

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

ANÁLISE DOS FATORES PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES IDOSOS
COM HISTÓRIA DE INFARTO AGUDO NO MIOCÁRDIO

Bolsista: Norcirio Silva Queiroz, FAPEAM

Manaus

2012

ANÁLISE DOS FATORES PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES IDOSOS
COM HISTÓRIA DE INFARTO AGUDO NO MIOCÁRDIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL

PIB-SA/0054/2011

Análise dos Fatores Psicossociais em Pacientes Idosos com História de Infarto
Agudo no Miocárdio

Bolsista: Norcirio Silva Queiroz, FAPEAM

Orientador: Profa. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

MANAUS

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado me guiando e me proporcionando força e esperança.

À minha família que me apoiou em todos os momentos e me ensinou a lutar pelos meus ideais.

À Vivi por todo seu apoio, compreensão e palavras certas nas horas certas.

À Profa. Nazaré Hayasida por ter acreditado em meu potencial e me proporcionado excelente supervisão e conhecimentos para toda a vida.

Aos meus amigos pelo apoio, paciência e compreensão em momentos de ausência.

Aos meus caros colegas Isis Lemos, André Braule, Ellen Belmonte e Sandokan Costa, por toda a ajuda prestada ao longo deste caminho.

À equipe de cirurgia do Hospital Universitário Francisca Mendes – HUFM, pois sem eles esta pesquisa não seria possível.

À Coordenação da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Amazonas-FAPEAM, pela concessão da bolsa de PIBIC, que viabilizou a realização desta pesquisa.

RESUMO

Há três décadas, as doenças cardiovasculares (DCV) têm se mantido como a principal causa de mortalidade em idosos, no Brasil, e constituem-se no conjunto de doenças que mais onera a assistência médica. Destacou-se dentre as DCV, a doença arterial coronária (DAC). Essa patologia está associada a fatores de risco, os quais podem ser classificados entre modificáveis e não-modificáveis. Hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, diabetes e colesterol fazem parte do primeiro grupo. Enquanto que idade, sexo e raça são fatores não-modificáveis. Também são fatores de risco os chamados comportamentais e psicossociais, os quais englobam o padrão de comportamento tipo A, depressão, ansiedade, estresse crônico e isolamento social. Objetivou-se no presente estudo, examinar o conhecimento dos fatores de risco, as práticas de saúde e comportamentos de risco, em pacientes hospitalizados que sofreram o primeiro infarto agudo do miocárdio, e analisar as características da população estudada quanto às variáveis sócio-demográficas, e considerar possíveis relações entre as mesmas e o conhecimento, as práticas de saúde e os comportamentos de risco. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa-descritiva na abordagem psicológica Cognitivo-Comportamental, desenvolvida no Hospital Universitário Dona Francisca Mendes - HUFM com pacientes (n=50) atendidos no Ambulatório de Cirurgia Cardíaca com episódio de Infarto Agudo do Miocárdio. Utilizou-se o instrumento entrevista semidirigida na abordagem de conteúdo em Bardin (1977). Observou-se que, os participantes apresentaram baixo nível de consciência acerca dos fatores de risco (HAS = 4%, Tabagismo = 8%, Colesterol = 28%, Prática de exercícios físicos = 12%, Suporte Social = 6%, Estresse = 28%, Estilo adaptativo = 4%). Quanto às práticas de saúde, houve baixa frequência (HAS = 4%, Colesterol = 22%, Prática de exercícios físicos = 48%, Suporte Social = 44%, Estresse = 26% e Estilo Adaptativo = 2%).

Palavras-chave: doença arterial coronária; fatores psicossociais; comportamento de risco.

ABSTRACT

For three decades, cardiovascular disease (CVD) have remained the leading cause of mortality in elderly, Brazil, and constitute the set of diseases that most health care burdens. Stood out among the CVD, coronary artery disease (CAD). This pathology is associated with risk factors, which may be classed among non-modifiable and modifiable. Hypertension, smoking, inactivity, diabetes and cholesterol are part of the first group. While age, gender and race are non-modifiable factors. Are also risk factors called behavioral and psychosocial factors, which include the standard of Type A behavior, depression, anxiety, chronic stress and social isolation. The objective of the present study, we examine the knowledge of risk factors, health practices and risk behaviors in hospitalized patients who experienced the first acute myocardial infarction and analyze the characteristics of the study population regarding socio-demographic variables, and consider possible relationships between them and the knowledge, health practices and risk behaviors. This is a qualitative and quantitative-descriptive in cognitive-behavioral psychological approach, developed at University Hospital Dona Francisca Mendes - HUFGM patients (n = 50) in the Outpatient Cardiac Surgery with an episode of Acute Myocardial Infarction. We used semistructured interview instrument in addressing content in Bardin (1977). It was observed that the participants had low level of awareness of risk factors (hypertension = 4%, 8% = Smoking, Cholesterol = 28%, Practical exercises = 12% = 6% Social Support, Stress = 28 %, Style adaptive = 4%). In regard to health, there was a low frequency (SH = 4%, Cholesterol = 22%, Practical exercises = 48% = 44% Social Support, Stress = 26% and Adaptive Style = 2%).

Key-words: coronary artery disease, psychosocial factors, risk behavior.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	METODOLOGIA	13
2.1	Delineamento da pesquisa.....	13
2.2	Local da Pesquisa.....	13
2.3	Participantes	14
2.4	Critérios de inclusão e exclusão.....	14
2.5	Material e Instrumento	14
2.6	Procedimento para coleta de dados	15
2.7	Procedimento para transcrição das entrevistas.....	16
2.8	Procedimento para análise dos dados.....	17
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES	18
3.1	Análise quantitativa.....	18
3.2	Análise qualitativa.....	20
4	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	36
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
	ANEXOS	44
	APÊNDICES	46

1 INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) considera o envelhecimento do ponto de vista fisiológico um processo cumulativo, irreversível e universal, não patológico, no qual ocorre a deterioração do organismo maduro, podendo levar a algumas incapacitações. Nesta faixa-etária, também, verifica-se um aumento de doenças crônicas não transmissíveis as quais podem interferir no nível de dependência e independência dos idosos.

Há três décadas, as doenças cardiovasculares (DCV) têm se mantido como a principal causa de mortalidade em idosos, no Brasil, e constituem-se no conjunto de doenças que mais onera a assistência médica. Devido ao aumento da expectativa de vida no país, destacou-se dentre as DCV, a doença arterial coronária (DAC).

Segundo Braunwald (1990), a DAC consiste em uma anormalidade na parede da coronária, podendo ou não limitar o fluxo sanguíneo levando, dessa forma, à deficiência de aporte de oxigênio no miocárdio, estabelecendo uma isquemia. É uma patologia associada a fatores de risco os quais podem induzir a diminuição da biodisponibilidade de óxido nítrico (NO), o aumento da formação de radicais livres (RL) e o aumento da atividade endotelial.

De acordo com pesquisas realizadas (MANCILHA-CARVALHO, 1992; GUIMARÃES, 1992; LOTUFO, 1996), os fatores dividem-se em dois grupos: fatores que não podem ser alterados e fatores que podem ser alterados. O primeiro grupo compreende a idade, o sexo, a raça e a existência de história familiar de DAC; o segundo, hipertensão arterial, dislipidemias (níveis de colesterol e triglicérides aumentados), sedentarismo, obesidade, diabetes *mellitus* não insulino-dependente, tabagismo, uso de anticoncepcionais orais e estresse emocional.

Na patogênese e na epidemiologia da DAC ocorre a interação dos fatores de risco considerados clássicos (fatores que possuem validação consensual entre os pesquisadores), Fernández-Abascal e Diaz (1994), Palmero et al. (1994), e dos fatores psicossociais e

ambientais. Dessa forma, considera-se a etiologia da DAC complexa e multifatorial, implicando aspectos genéticos, fisiológicos, químicos, nutricionais, ambientais e psicossociais.

A complexidade da patologia, conforme Tobal e Morales (1994) reside na possibilidade de diferentes fatores desencadeantes adotarem diversas combinações, as quais podem variar devido ao estágio evolutivo em que se encontra a doença. Partindo deste princípio, surge a necessidade de considerar, além da fisiologia, aspectos genéticos, psicológicos e ambientais, em busca de obter uma compreensão global da DAC.

Tendo em vista a alta morbidade de idosos acometidos pela DAC pode-se dizer que torna-se fundamental evitar e/ou minimizar a exposição dessas pessoas aos fatores de risco de forma que seja, também, reduzida a ocorrência da doença. Jenkins (1988), Bennett e Carrol (1990) apontam que “a doença coronária é fundamentalmente uma doença causada comportamentalmente e uma das doenças relacionadas com o estilo de vida” (p.26). Ou seja, a DAC pode estar associada a padrões de conduta, crenças e atribuições diárias.

De acordo com os estudos realizados por Winkleby et al (1990) e Barefoot et al (1991), o baixo status socioeconômico está relacionado a níveis de comportamentos e fatores psicossociais de risco.

Também são fatores de risco os chamados comportamentais e psicossociais, os quais englobam o padrão de comportamento tipo A, caracterizado, segundo Mancilha-Carvalho, 1992; Oliveira et al., 1995; Kop, 1997, por insatisfação no emprego e no casamento; dificuldades financeiras; falta de apoio familiar e social; baixo nível ou classe social; eventos estressantes; demandas excessivas, pouco controle e competitividade no trabalho. Outros fatores psicossociais de risco citados, por Levine (1997), podem ser: o nível de conhecimento do paciente, crenças, atitudes, valores e conceitos pessoais.

Estudos realizados por Willians e Littman (1996); Saner e Hoffmann (1997); Niedhammer e Siegriest (1998), Rozanski et al. (1999), sugerem que pelo menos cinco fatores psicossociais de risco específicos apresentam influência na patogênese e manifestação da DAC, são eles: Depressão, Ansiedade, Fatores de Personalidade, Isolamento Social e Estresse Crônico.

A Depressão Leve tem como sintomas a tristeza, perda de interesse por atividades ou prazeres da vida, baixa autoestima, alterações nos padrões de sono e alimentação, diminuição de atenção e concentração e visão negativa do futuro (TOLMAN, 2009). Hayasida (2010) observou em seus estudos a presença de maior nível de depressão em pacientes pós-cirúrgicos (controle) que não receberam acompanhamento psicológico em relação ao grupo experimental que foram tratados com a intervenção psicológica em TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental). Caracteriza a ansiedade como “um sentimento difuso e desagradável de apreensão, com a antecipação de algo desconhecido ou perigoso, seguido por um conjunto de reações autônomas, que pode assumir uma constelação específica em cada indivíduo” (2010, p.45).

O padrão de comportamento tipo A (PCTA) é caracterizado pela formação de um esquema cognitivo desadaptativo, que “em conjunção com os acontecimentos do meio-ambiente, produzem com mais frequência e intensidade estados de raiva, favorecendo o aparecimento de DAC” (DUARTE, 2002, p.80).

Buell e Elliot (1990) acrescentam evidências de que a coronariopatia está associada, além da depressão, à ansiedade, queixas psicofisiológicas, distúrbios de sono, fadiga e tensão emocional. Segundo as contribuições de Saner & Hofmann (1997) e Niedhammer & Siegrist (1998), o estresse constitui-se em importante variável para o desenvolvimento e curso da DAC.

O estresse é abordado por Straub (2005) como uma reação do organismo que envolve aspectos biopsicossociais e desenvolve-se em etapas. O estresse ocorre a partir da quebra da homeostase do organismo; ele designa uma condição psicofisiológica complexa que tem em sua gênese a necessidade de enfrentar uma perturbação que ameace o equilíbrio interno, sendo considerado um processo pelo qual alguém percebe e responde a eventos que geram a quebra no equilíbrio do organismo quanto a resposta comportamental, incluindo estratégias de enfrentamento. Seyle (1959) identificou o estresse como trifásico: alarme, resistência e exaustão.

Lazarus (1966) introduziu o conceito da interpretação de um evento como estressor e, deu um importante passo no estudo do estresse, ao sugerir que a reação do indivíduo depende de como interpreta o estímulo estressor.

O estresse apresenta-se de dois tipos, o estresse físico e emocional, ambos podem acarretar excessiva demanda ao coração e à pressão sanguínea. O estresse emocional pode ser causado por situações agradáveis ou desagradáveis, ou seja, por qualquer sentimento que cause excitação, ansiedade ou nervosismo. Já o estresse físico pode ser o resultado de muito trabalho, excessiva exaustão ou quando ocorre um trauma corporal (cirurgias, doenças ou acidentes). Em todas estas situações, o paciente pode desenvolver sintomas clínicos de Angina no peito ou outros sinais, como frio ou “nó” no estômago, taquicardia, dispnéia, sudorese em extremidades, tensão muscular, raiva intensa, cefaléia ou insônia (HAYASIDA, 2010; STRAUB, 2005).

Coelho et al. (1999) em seu estudo de caso-controle com pacientes acometidos por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e com sujeitos saudáveis apontou como características relevantes ao grupo de infartados o PCTA, depressão e baixo nível de qualidade de vida, independente de outros fatores de risco cardiovasculares.

Um dos principais responsáveis pelo IAM é a aterosclerose coronária, a qual pode ser resultante da forma como cada indivíduo absorve os impactos do ambiente pela sua constituição psico-emocional e carga genética. Além disso, um estilo de vida acelerado pode levar o indivíduo a estar em permanente tensão, o que provoca a produção e liberação de catecolaminas, podendo ocasionar diversas patologias orgânicas.

Quanto aos fatores psicofisiológicos, ambientais e psicossociais no desenvolvimento de DAC, Fernández-Abascal e Diaz (1994) afirmam:

[...] considerando os fatores de risco em seu conjunto, pode-se afirmar que o principal risco é comportamental, já que apesar das conseqüências se manifestarem em nível físico ou biológico, todos os fatores de risco provêm do estilo de vida e das tendências comportamentais (tabagismo, obesidade, colesterol elevado no sangue, hábitos de exercícios, consumo de álcool, aspectos do padrão de conduta tipo A, raiva, hostilidade, estressores ambientais e reatividade psicofisiológica aos estressores) (p.26).

Suporte Social é definido (COBB, 1976) como “a informação que leva o indivíduo a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mútuas”. Menores riscos de eventos cardíacos estão associados a percepção positiva do paciente ao suporte social. Desse modo, o suporte social previne comportamentos de risco modificáveis e diminui a probabilidade de comportamentos prejudiciais à saúde (ROZANSKI, 1999).

Dessa forma, pode-se dizer que estes diversos aspectos os quais se constituem de fatores de risco para DAC formam a categoria de fenômenos psicossociais, dos quais se destacam: Estresse, Estresse Ocupacional, Suporte Social, Fatores Psicológicos e Comportamentais.

Com base nesses dados, a pesquisa teve como objetivo geral analisar os fatores psicossociais em pacientes idosos com história de infarto agudo no miocárdio. Especificamente examinar o conhecimento dos fatores, as práticas de saúde e comportamento de risco, em pacientes hospitalizados que sofreram o primeiro infarto, bem como identificar

as características da população estudada quanto às variáveis sócio-demográficas, e considerar possíveis relações entre as mesmas e o conhecimento, as práticas de saúde e os comportamentos de risco.

Portanto, é pertinente compreender os fatores que possam estar entrelaçados na causa da doença, ampliando ideias e possibilitando visualizar quais comportamentos e experiências efetivamente podem ser fatores desencadeadores. Quando estreitamos essa análise para as combinações multifatoriais, o tema parece ganhar maior relevância.

Ampliando esta ideia, passam a serem discutidos os hábitos atuais e a repercussão nos aspectos biopsicossociais desses indivíduos após serem acometidos pela patologia.

Do ponto de vista da complexidade da doença coronariana, compreende-se a importância de pontuar que no envelhecimento ocorre a diminuição progressiva da reserva funcional, onde um único fator não é suficiente para a longevidade, mas, sobretudo o estilo de vida e as tendências comportamentais que podem prejudicar ou favorecer a saúde e a qualidade de vida, isso inclui fatores físicos, emocionais e sociais.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa-descritiva, na abordagem psicológica Cognitivo-Comportamental.

2.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Dona Francisca Mendes-HUFM, o qual é beneficiário do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.3 Participantes

O estudo foi realizado com 50 pacientes atendidos no Ambulatório de Cirurgia Cardíaca, com história de Infarto Agudo no Miocárdio.

2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram:

- Pacientes acima de 60 anos que apresentaram IAM, diagnosticado através de avaliação clínica e traçado eletrocardíaco;
- Pacientes com episódio de IAM;
- Pacientes com capacidade de comunicar-se verbalmente com escolaridade igual ou superior a quatro anos;
- Pacientes que concordem em participar do estudo, mediante leitura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE B);
- Residentes na cidade de Manaus (AM).

Os critérios de exclusão foram:

- Pacientes que, apesar de realizarem o tratamento em Manaus, não apresentem residência fixa nesta cidade;
- Pacientes que recusarem-se a participar do estudo.

2.5 Material e instrumento

Com intuito de obter uma maior compreensão a cerca da doença, além da possibilidade de melhor identificar o contexto e o momento da ocorrência da mesma, optou-se pelo uso da entrevista semidirigida como método de coleta de dados.

Foi elaborado um roteiro piloto (estudo exploratório), realizado com três pacientes que sofreram infarto, baseado nos objetivos e no levantamento bibliográfico da área. Após a realização desta entrevista, foi elaborado um roteiro de entrevista contendo os seguintes itens:

- Dados de identificação e sócio-demográficos;
- Dados referentes à existência de suporte social;
- Dados referentes ao conhecimento dos sujeitos quanto aos fatores de risco desencadeadores da patologia;
- Dados referentes à existência dos fatores de risco para este tipo de patologia e às práticas de saúde adotadas ou não;
- Dados referentes à existência de estressores recentes e sua natureza, os quais abrangiam as áreas do trabalho e familiar;
- Investigação sobre atitudes planejadas para o futuro quanto às práticas de saúde e eventuais dificuldades.

Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra através do método de análise do conteúdo de Bardin (1977).

2.6 Procedimento para coleta de dados

Foi inicialmente obtida a autorização da instituição para a realização da pesquisa (APÊNDICE D). O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas – CEP/UFAM, em 03 de agosto de 2012 (ANEXO A e ANEXO B). Com o intuito de conhecer a rotina dos pacientes infartados em tratamento, foram realizadas entrevistas com profissionais do serviço do Hospital Dona Francisca Mendes - HUFM. Os dados foram colhidos de novembro de 2011 à fevereiro de 2012. Os atendimentos foram realizados no Ambulatório de Cirurgia Cardíaca, após a consulta no ambulatório dos médicos cirurgiões, com a presença da pesquisadora e aluno bolsista do

PIBIC, nos dias: segunda, quarta-feira e quinta-feira pela manhã. Durante a consulta e a indicação de tratamentos, o paciente foi convidado pela pesquisadora e o acadêmico a adentrar numa sala privada do ambulatório. Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, em seguida, foram explicados os passos da pesquisa: objetivos, o que se pretende avaliar. Foi apresentado e lido o documento TCLE, onde o paciente pôde aceitar ou recusar-se a participar. Após o aceite e assinatura no TCLE foram lidos e realizados: Questionário Sócio-demográfico e a Entrevista semidirigida. Foi aplicado um plano piloto com três pacientes com o objetivo de aprimorar e aperfeiçoar o instrumento utilizado para a entrevista. Para a coleta de dados, no ambulatório, o aluno de graduação do PIBIC foi treinado e supervisionado pela pesquisadora que aplicou em 50 pacientes: o TCLE, a entrevista Semidirigida e o Questionário Sócio-demográfico.

2.7 Procedimento para transcrição das entrevistas

As entrevistas realizadas neste estudo foram gravadas em áudio mp3 e posteriormente transcritas segundo as orientações de Preti (1993), de acordo com as normas contidas, abaixo, no Quadro 1.

Quadro 1 – Modelo das orientações seguidas nas transcrições

Ocorrências	Sinais
Incompreensão de palavras ou Segmentos	()
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)
Truncamento (havendo homografia, usa-se acento indicativo da tônica e/ou timbre)	/
Ocorrências	Sinais
Entonação enfática	MAIÚSCULA
Prolongamento de vogal e consoante (como s, r) podendo aumentar para mais ou para menos	:::
Silabação	-
Interrogação	?

Continuação

Qualquer pausa	...
Comentários descritivos do transcritor	((minúscula))
Comentários que quebram a sequência temática da exposição; desvio temático	-- --
Superposição, simulação de vozes	Ligando as linhas
Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto	(...)
Citações literais ou leituras de textos, durante a gravação	“ ”

No APÊNDICE E segue o modelo de uma entrevista transcrita.

2.8 Procedimento para análise dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados quantitativos foi realizada inicialmente uma análise descritiva dos resultados com relação à frequência, porcentagem e média, utilizando o programa SPSS versão 17.

Para a análise qualitativa, os dados foram categorizados através da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), que compreende de três fases, que serão descritas a seguir.

Na pré-análise, foi realizada a leitura flutuante, isto é, primeiras leituras de contato com os textos. Em seguida, trabalhou-se na referenciação dos índices e elaboração dos indicadores, priorizando a frequência de aparecimento das categorias, e a preparação do material consistiu da organização das categorias. Posteriormente, houve a exploração do material, que fundamentou-se na aplicação das decisões sistemáticas tomadas na pré-análise. Por fim, os resultados foram quantificados e submetidos a provas estatísticas e realizadas as consequentes interpretações. As definições das categorias encontram-se no APÊNDICE F.

O procedimento de análise qualitativa dos dados obtidos foi o método de análise de conteúdo, proposto por Bardin (1977), construído a partir de cinco categorias gerais de análise: Atribuição de Causalidade, Conhecimento, Eventos Ambientais Estressantes, Estilo

Adaptativo e Reações Emocionais e Práticas de Saúde. Nesta análise, os dados foram dispostos em ordem decrescente de frequência.

Continuação

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Análise Quantitativa

Primeiramente, serão apresentados os dados de identificação e sócio-demográficos, os quais constam no Tabela 1, que segue abaixo.

Tabela 1 – Variáveis sócio-demográficas dos pacientes idosos com história de infarto agudo no miocárdio do ambulatório de cirurgia cardíaca do HUFM.

Variável	Especificação	n	%
Sexo			
	Masculino	33	66
	Feminino	17	34
Idade			
	45 – 59 anos	19	38
	60 – 77 anos	31	62
Escolaridade			
	Ensino Fundamental (1 ^a . – 4 ^a .)	24	48
	Ensino Fundamental (5 ^a . – 8 ^a .)	12	24
	Ensino Médio Completo	10	20
	Superior Completo	4	8
Estado Civil			
	Casado	24	48
	União Estável	9	18
	Divorciado	6	12
	Viúvo	6	12
	Solteiro	4	8
	Desquitado	1	2
Ocupação			
	Sim	22	44
	Não	28	56

Continuação			
Variável	Especificação	n	%
Renda pessoal em salários mensais (SMM)			
	Menor que 2 SMM	14	28
	Entre 2 e 4 SMM	25	50
	Entre 3 e 5 SMM	8	16
	Acima de 6 SMM	3	6
Jornada diária de trabalho			
	Até 8h/dia	38	76
	Acima de 8h/dia	12	24
Religião			
	Católico	29	58
	Evangélico	16	32
	Adventista	3	6
	Testemunha de Jeová	1	2
	Hindu	1	2
Pratica			
	Sim	39	78
	Não	11	22

n=frequência; % = porcentagem

Neste estudo, houve a prevalência de participantes do gênero masculino, sendo 33 (66%), os dados corroboram com os estudos realizados por *Framingham* (THE FRAMINGHAM HEART STUDY, 1995-2010) e Duarte (2002).

Quanto à idade, houve um predomínio de participantes na faixa etária entre 60 e 77 anos, totalizando 31 entrevistados (62%), sendo similar aos dados encontrados por Lotufo (1996) e Pinton (2006).

No que diz respeito à instrução, houve o predomínio de participantes com a escolaridade de Fundamental Menor incompleto (48%), seguidos daqueles que fizeram o Fundamental Menor completo (24%); sendo que 10 dos pacientes têm escolaridade de Fundamental Maior completo (20%), apenas 4 possuem o Superior Completo (8%). Os dados de Duarte (2002), Jaconodino, Amestoy e Thofern (2007) e Vilela (2008), corroboram com a prevalência de pacientes infartados com escolaridade de Fundamental Menor incompleto.

Quanto ao estado civil, houve um predomínio de 24 (48%) pacientes casados, enquanto que, 9 (18%) têm uma união estável, 6 (12%) são divorciados, 6 (12%) são viúvos, 4 (8%) solteiros e 1 (2%) desquitado. Evidenciou-se dados semelhantes quanto a alta prevalência de pacientes casados nos estudos de Duarte (2002), Vilela (2008) e Hayasida (2010).

Observou-se que mais da metade dos entrevistados não trabalham (56%), sendo que 12 (24%) trabalham com jornada superior a 8 horas por dia e metade (50%) dos participantes têm renda mensal entre 2 e 4 salários mínimos.

Quanto à religião, houve um predomínio de participantes católicos (58%), sendo que 78% afirmam praticar a sua religião.

3.2 Análise Qualitativa

Na seleção das categorias (n= 50) estão apresentados quadros onde constam os itens que as compõem, de acordo com a frequência de ocorrência e seguidas do percentual. O Quadro 2 aborda em cada coluna a seleção dos objetivos para o presente estudo: Presença do Fator e/ou Comportamento de Risco, Conhecimento do Fator e/ou Comportamento de Risco,

Práticas Saúde relacionadas à Saúde ao Fator e/ou Comportamento de Risco. presença ou não de Comportamento os Fatores e/ou Comportamento de Risco e se houve ou não a Presença dessas variáveis. A segunda coluna consta do Conhecimento do Fator e/ou Comportamento de Risco se o sujeito tinha Conhecimento e Práticas de saúde relacionadas a ela. Há outra coluna para os itens não-identificados na coleta de dados (NI).

Quadro 2 – Frequência de ocorrências de respostas relativas aos fatores de risco (n= 50)

Fator de Risco	Presença do Fator de Risco						Conhecimento do Fator de Risco						Práticas de Saúde relacionadas ao Fator de Risco					
	SIM		NÃO		NI		SIM		NÃO		NI		SIM		NÃO		NI	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)	37	74	13	26	0	0	2	4	48	96	0	0	2	4	48	96	0	0
Diabetes	15	30	35	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tabagismo	23	46	27	54	0	0	4	8	46	92	0	0	0	0	0	0	0	0
Colesterol Alto	22	44	28	66	0	0	14	28	36	72	0	0	11	22	39	78	0	0
Sedentarismo	26	52	24	48	0	0	6	12	44	88	0	0	24	48	26	52	0	0
Etilismo	24	48	26	52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Herança familiar positiva	35	70	15	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sobrepeso	31	62	16	32	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suporte Social	22	44	28	56	0	0	3	6	47	94	0	0	22	44	28	56	0	0
Estresse	32	64	18	36	0	0	14	28	36	72	0	0	13	26	37	74	0	0
Estilo Adaptativo	24	48	26	52	0	0	2	4	48	96	0	0	1	2	49	98	0	0
Ansiedade	6	12	44	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Depressão	3	6	47	94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(*) NI = não identificados.

(**) O sujeito pode ter citado mais de um fator na mesma categoria.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi evidenciada em 37 pacientes (74%), os dados corroboram com estudos de Siviero (2003) que ressaltam a HAS como um dos principais fatores de risco para a DCV. Porém, apenas 2 (4%) pacientes revelaram ter conhecimento acerca da HAS como fator de risco.

Houve a prevalência de diabetes *mellitus* em 15 pacientes (30%) e nenhum participante mostrou conhecimento acerca da doença como fator de risco para a DAC.

Constatou-se que 23 (46%) pacientes tem comportamento tabagista, sendo que Armaganijan e Batlouni (2000) apontam que quanto maior o número de cigarros, maior será a lesão coronariana. No estudo de FRICAS, realizado no Brasil em 1998, observou-se que 41,69% eram fumantes, o que corrobora com dados encontrados nesse estudo. No entanto, apenas 4 (2%) dos participantes mostraram ter consciência acerca do tabagismo como indicativo de fator de risco.

Observou-se, neste estudo, que 26 dos participantes (52%) não têm prática de exercício físico regular, sendo similar com os dados encontrados na pesquisa de Duarte (2002). Sendo que, 6 (12%) pacientes relataram ter conhecimento de que o sedentarismo é fator de risco para o acometimento da DCV.

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, 24 dos entrevistados (48%) fazem uso e nenhum revelou ter conhecimento acerca do consumo excessivo como fator de risco.

Houve a predominância de pacientes com histórico familiar positivo de DCV, totalizando 35 (70%) entrevistados, o que corrobora com dados encontrados por Perez (2005) e estudo de FRICAS (1998). Ressalta-se que, nessa pesquisa, nenhum paciente apontou herança familiar positiva como fator de risco.

Quanto ao peso ideal, 31 entrevistados encontram-se acima deste (62%). Castro (2004) e Cervato (1997), apontaram para a relação entre a obesidade e doenças crônicas em seus estudos.

Quanto às categorias encontradas, houve 11 (22%) respostas atribuindo algum tipo de causalidade ao IAM; 26 (52%) respostas englobavam conhecimento sobre a doença com relação a limitações e evitação de estresse; 50 (100%) respostas dos entrevistados englobaram eventos ambientais estressantes; pôde-se observar PCTA como estilo adaptativo em 35 (70%) respostas; 28 (56%) respostas englobaram a ausência de suporte social e; 32 (64%) ausência de prática de saúde.

Quadro 3 – Categoria: ATRIBUIÇÃO DE CAUSALIDADE

Fatores de risco	n	%
Estresse	5	10
Atividades Laborais	3	6
Morte de familiar	1	2
Colesterol Alto	1	2
Tabagismo	1	2

n= frequência; % = porcentagem

Nesta categoria estão reunidos os fatores de risco que foram atribuídos pelos pacientes ao acometimento direto do IAM. Dos 50 pacientes (10%), cinco atribuíram ao estresse a causa direta do IAM, seja esse ocupacional, constitucional ou ambiental. 3 (6%) sujeitos atribuíram o IAM às atividades laborais. 1 (2%) participante atribuiu a causa do IAM ao colesterol alto; 1 (2%) paciente atribui o seu infarto à morte de familiar e; 1 (2%) atribuiu a causalidade ao tabagismo. Segundo estudos de Dantas (1996) e Billing et al. (1997), era de consenso entre esposas e pacientes que a causalidade está mais atribuída a fatores psicológicos e sociais do que a fatores fisiológicos, corroborando com os dados da presente pesquisa. É importante ressaltar que o baixo nível socioeconômico está associado a comportamentos de risco e fatores de risco psicossociais (WINKLEBY,1990; BAREFOOT, 1991).

Estresse (10%)

No meu trabalho na época que eu acho que adquiri problema de coração, eu trabalhava de motorista e era um estresse em cima de outro. Corta daqui, entra ali, o cara avança o sinal, fecha o cara, não tem como.” (m, 54a, motorista)^{1 2}

Eu acho que o fato que aconteceu um tempo desses que me deixou muito desagradável foi uma neta que eu tenho e que eu criei desde o dia que ela nasceu foi que ela se achou gestante. Eu não queria que ela ficasse com o rapaz (...) Acho que foi isso que até fez eu ter feito essa ponte de safena. Foi uma revolta muito grande que eu tive, né? Mas agora tá tudo bem com ela (f, 57a).

Ó! pra mim ter um infarto, eu sei como foi pra ser causado esse infarto, da primeira vez. Foi um problema dentro da fábrica onde eu trabalhava. Houve um roubo lá, eu descobri um roubo lá, porque eu trabalhava no almoxarifado e...chamaram a policia no dia que eu descobri e o que aconteceu... eu passei no meio da fabrica com um cara com uma arma na minha costa. Todo mundo que ia depor o delegado lá mandava me acusar que eu era o cabeça do roubo (m, 54).

Eu acho. Eu já tinha problema do coração. Acho que eu fiquei estressado, com aquele desgosto. Aí fiquei estressado e me deu o problema (m, 67).

Os achados de Colombo (1995), Dantas (1996) e Duarte (2002) corroboram com os dados da pesquisa ao se referir ao estresse como principal atribuição de causalidade.

Atividades Laborais (6%)

[...] hoje eu tenho o meu tempo pra tomar meu café, tenho tempo pra comer o lanche, de repente, comer o almoço, o que tiver. Meus compromissos maiores só é no dia certo. Deixar um pouquinho as outras coisas pra assumir os outros compromisso, né? E talvez isso me prejudicou (f, 73a).

E fora o estresse de você trabalhar dois turnos direto. Sábado, domingo e feriado. 5 anos você trabalhando na mesma empresa e você nunca ter tirado férias. Tanto é que quando eu voltei em 99, em 2000 me deram minhas contas (m, 54 a).

¹ Todas as falas dos sujeitos serão identificadas com uma letra referente ao sexo do paciente (f=feminino; m=masculino). Quando necessário, será acrescentado uma informação para contextualizar o exemplo.

² Foram consideradas as atividades laborais dos participantes na pesquisa aqueles que tiveram ocupação há 10 anos.

Morte de familiar (2%)

Que eu to com problema no coração não tem um ano não. Eu fiquei mais assim porque eu tive 12 filhos, né? (...) E agora ultimamente eu tenho só um casal solteiro, o resto tá tudo casado. Só tem um casal solteiro: uma moça e um rapaz. Esse rapaz, mataram ele....mataram....desde lá eu fiquei assim. Eu não durmo direito, não como direito e fiquei assim (f, 73a).

Colesterol alto (2%)

Foi o que levou pra operação foi o colesterol. Porque antes, muitos anos, deu colesterol e eu não tratei, não cuidei e foi entupindo as “aveias” (m, 74 a).

Tabagismo (2%)

O cigarro me prejudicou e na minha consciência foi que me fez mal (m, 64a).

Quadro 4 – Categoria: CONHECIMENTO

Fatores	n	%
Estresse	14	28
Limitações	12	24

n= frequência; % = porcentagem

Houve nesta categoria, 14 (28%) pacientes que revelaram ter consciência de que o estresse pode desencadear comprometimentos futuros relacionados à sua condição atual de DAC, inclusive, os que atribuíram diretamente ao estresse o seu quadro clínico atual. Sendo que, 12 participantes (24%) revelaram ter conhecimento acerca de suas limitações enquanto paciente cardíaco acerca dos fatores de risco.

Estresse (28%)

Que não posso me aborrecer e me aborreço, que não posso ter raiva e tenho, que não posso discutir e discuto. Hoje, por exemplo, só pra você ter uma ideia, eu cheguei aqui 6:30 pra consulta 8h e o médico chega 10 horas da manhã. Eu já to aqui no hospital mais de 11 horas. Isso tá te estressando, vai te aborrecendo e vai te chateando (m, 54a).

Limitações (24%)

Capinar, brocar, essas coisas eu não posso mais fazer (m, 73a).

Que eu não posso carregar peso, não posso me aborrecer, não posso ter raiva, não posso aquilo, mas tenho que fazer tudo isso. Eu não posso carregar peso, mas às vezes precisa, entendeu? E que o doutor me falou que eu era uma bomba relógio, que de uma hora pra outra eu podia explodir, eu posso ter um infarto fulminante (m, 54a).

Eu não evitava, mas eu sabia (risos), porque eles pediam, mas eu não evitava porque eu gosto muito de gordura (m, 67a).

Quadro 5 - Categoria: EVENTOS AMBIENTAIS ESTRESSANTES

Eventos	n	%
Conflitos familiares	16	34
Estresse ambientais	7	14
Morte de alguém próximo	6	12
Mudanças de vida	9	18
Ansiedade	6	12
Estresse ocupacional	6	12
Doenças em si ou em familiar	4	8
Depressão	3	4

n= frequência; % = porcentagem

Nesta categoria, foram englobadas as respostas dos pacientes acerca da ocorrência de eventos ambientais como fatores estressantes. A maior parte desses eventos ocorreu nos últimos anos e ainda se faz presente na vida dos pacientes, atualmente. A resposta de maior frequência foi a subcategoria *conflitos familiares*, com 16 respostas (32%), caracterizado pela

presença de fatores estressantes no ambiente familiar, seja no matrimônio, seja na relação parental;

Quanto à subcategoria *morte de alguém próximo* a frequência foi de 6 pacientes (12%); no *estresse ocupacional* houve (12%) ; *estresses ambientais* foi relatada por 8 sujeitos (16%); 6 (12%) respostas dos pacientes foram englobadas nas subcategorias *mudanças de vida e ansiedade*.

A resposta de menor frequência foi *doenças em si ou em familiar*, totalizando 4 (8%) respostas. Os dados corroboram com a literatura, estudados por Oliveira *et al.* (1995), que apontam que 81% dos pacientes infartados havia vivenciado situações graves e depressivas no período anterior ao infarto.

Conflitos Familiares (32%)

Tem filho que não quer fazer as coisas pra mim. Ela diz que não é empregada minha pra fazer as coisas pra mim. E assim, né...aí não se alimenta bem porque não tem quem faça, né? Mas a minha parte mais é só os filhos, ainda mais que eu tenho 7 filhas e 1 filho. Ainda tem em casa 2 comigo...Esses que estão comigo são casados os que estão me acompanhando. Os que tão em casa não se preocupam muito comigo não... Só quer saber de sair e isso aí é o maior estresse que a gente tem é de ver isso aí... a gente trabalhou tanto, fez tanto pra criar os filhos e agora... (m, 73a).

Não é muito bom, porque você sabe hoje em dia as famílias não vivem bem...até irmão com irmão tem diferença e é o que mais eu bato...eu falo pra se unir, pra não tá com discussão. Eles (filhos), se você fala em estresse, pode ser uma coisa, porque sempre na família tem uma discussão com outro (m, 74a).

Porque meus filhos..."comé" ? A gente num se bate um com o outro, assim... As "ideia" dele não bate na minha nem as "minha" bate com as deles. Eles sempre me chamam de..."gagá". Que eu já sou gagá, que sou isso...aquela velhinha que já tá..."gagá" (f, 62a).

Eu tenho uma filha que ela é muito estressada. Ela é muito assim... ela gosta de me dizer coisas que me atinjam, sabe? Em casa... aí eu acho que nessas horas eu acho que eu procuro mais me controlar. Ela é estressada, a minha filha (f, 69a).

Para Oliveira (1979), a instabilidade familiar é considerada como fator de risco para a DAC, corroborando com dados da presente pesquisa.

Estresses Ambientais (14%)

Exemplo, trânsito em Manaus. Eu não vou ao centro dirigindo nem a pau, mas se eu for eu vou num horário que eu sei que não é horário de pico, porque é estressante. Mesmo com o ar condicionado do carro ligado, você não anda, você vê barbearagem em cima de barbearagem. Neguinho quase te batendo, forçando situações...isso faz com que de fato eu me estresse. (m, 63 a)

O dia-a-dia, né? O trabalho da minha esposa. Ela tem um pequeno restaurante, então, estressa, né? Direto..." (m, 49)

Morte de alguém próximo (12%)

Aconteceu uma coisa que foi muita tristeza pra mim foi que minha nora que morreu [...] Morreu dia 13 de Agosto. Faleceu. Eu amava muito ela. Muito. E aí foi um caso desagradável que aconteceu na minha vida." (f, 72a)

Teve a morte do meu cunhado. Eu gostava dele muito, né? (m, 50a)

A morte do meu pai mexeu muito comigo que foi recente agora, né. Mexeu muito comigo, tá mexendo ainda, né? (m, 49)

Aconteceu que a pessoa assim que é da família... a mãe do meu cunhado morreu e a gente ficamos na tristeza assim. Inclusive até a notícia até me abalou pra caramba. Eu tava no trabalho, cheguei até a parar o trabalho e vim pra casa porque passei mal. (m, 45)

Mudança de vida (18%)

Agora eu digo com as meninas "to mais doida porque não faço nada", eu era acostumada, doutor, a fazer tudo, a limpar em casa, lavar a calçada, só na lavo a roupa porque a máquina lava, né? Cozinhava...era assim, sempre...agora já sinto muito...acho que to mais ruim porque não faço nada. Agora tem uma menina que trabalha comigo. (f, 73a)

Tem muita coisa que a gente não pode mais fazer. Porque, quando eu era mais novo, eu fazia tudo. Agora, não posso fazer nada. Praticamente, eu to uma pessoa... não sei nem dizer. Quase paralisado, porque eu não faço nada. (m, 62 a)

É, mas eu ultimamente eu não faço nadinha porque eu peguei derrame nesse meu braço e eu não tenho condições de fazer nada, nem ela deixa eu fazer nada, as vezes até eu fico assim meio chateada porque eu quero fazer as coisas, porque eu quero fazer as coisas e não posso (f, 72a)

Ansiedade (12%)

É que eu sou muito é nervosa! Entendeu? Não é brigar! É que eu sou muito nervosa! Tudo eu tenho medo, pra mim parece que eu vou morrer, sabe? O problema é esse. (f, 45)

Um dia desses eu pensei que eu não me lembrava o que eu tinha feito, se era ponte de safena ou era válvula. Aí eu disse “Meu Deus, senhor, me alumina o caminho” eu não sei se é válvula ou ponte de safena, né? Aí minha filha disse “mãe, pare com isso, é ponte de safena” porque se for a válvula, a válvula tem uns anos, né? 10, 15 anos aí tem que trocar. Aí eu não posso mais passar por isso, pai, aí comecei a chorar e me aliviei. O senhor veio, botou na minha cabeça, ‘para com isso que é ponte de safena’, aí eu disse ‘me orienta que eu to desorientada’. Então eu fiquei assim, meu filho. (f, 57a)

Meus ‘neto’ bebe e aí aquilo ali pra mim é uma morte. Porque se neto bebe dentro de casa e às vezes sai num sabe se voltam disso, se brigam, é aquela coisa ruim pra minha cabeça (f, 77a).

Fofoca, por causa de fofoca, porque ficam me contando as coisas deles né? E aquilo vai, e minha pressão sobe e fica naquelas alturas. Aí eu passo mal. Depois que ela sobe. (f, 70a)

Buel e Elliot (1990), em seu estudo encontraram dados que sugerem a associação entre a coronariopatia e a ansiedade, também observadas na presente pesquisa.

Estresse Ocupacional (12%)

É... deixa eu ver... fato desagradável é que eu perdi o interesse e eu já tinha que perder mesmo porque eu tava doente, né? Mas se eles continuarem me pagando direitinho...mas eu perdi o meu lugar lá... tem razão isso, eles tem razão! Quem quer um comandante doente? Ninguém quer, né? (m, 56a)

Fora o estresse de você trabalhar dois turnos direto. Sábado, domingo e feriado. 5 anos você trabalhando na mesma empresa e você nunca ter tirado férias. Tanto é que quando eu voltei em 99, em 2000 me deram minhas contas (m, 54)

Eu trabalho numa escola e isso, trabalhar com criança é muito estressante né? Tudo isso contribui pra que a gente se estresse um pouco né? (m, 54)

Depressão (6%)

Nunca tive alegria, porque... ano passado mesmo eu passei ... velando o meu genro, o bandido matou ele, quer dizer, isso aí já é uma tristeza para mim né? .Como é que eu vou ter alegria? Perdi minha mãe, tudo é tristeza. Eu não tenho, não tenho, não tenho alegria não (f, 52a)

Mataram ele...mataram...desde lá eu fiquei assim. Eu não durmo direito, não como direito e fiquei assim (f, 73a)

A pessoa doente é como um animal acuado né? Quando ele é ferido, ele quer se esconder né? Quer ficar isolado, quer ficar escondido. Assim que eu quero ficar também, sabe? [...] Porque a pessoa se sente inútil na sociedade. Não é que eu tenha trabalhado há 39 anos pro governo, mas parece que... (h, 64a)

O estresse ocupacional caracterizado por sobrecarga, excesso de demanda, insatisfação é amplamente citado na literatura como fator de risco da DAC (MANCILHA-CARVALHO, 1992; OLIVEIRA et al., 1995; KOP, 1997). Houve uma correlação do estresse ocupacional com participantes com companheiros (as), que apresentaram maior estresse ocupacional que o restante da amostra. Neste sentido, os dados podem estar relacionados com a baixa renda mensal e as responsabilidades familiares. Similarmente, Duarte (2002) observou que o fator estresse ocupacional está associado ao baixo status sócioeconômico e com a baixa escolaridade e pode levar a um pior prognóstico da doença.

Doenças em si ou em familiar (8%)

É, mas eu ultimamente eu não faço nadinha porque eu peguei derrame nesse meu braço e eu não tenho condições de fazer nada, nem ela deixa eu fazer nada, as vezes ate eu fico assim meio chateada porque eu quero fazer as coisas, porque eu quero fazer as coisas e não posso (f, 72 a)

Eu me preocupo muito com um filho que eu tenho que saiu há dois meses de casa e é viciado. E outra, faz 6 anos que ele descobriu que tem o vírus HIV. Ele procurou o mundo das drogas né? Foi na depressão que ele teve em saber que ele tava com o vírus da HIV. (f, 52a)

E esses tempos eu to atacada porque meu neto é doente e eu é quem cuido com ele (f, 77a)

Nesta subcategoria houve unanimidade de respostas no gênero feminino. Na presente pesquisa, a mulher se mostrou como cuidadora principal, corroborando com dados da literatura. Os motivos que contribuem para que uma pessoa se torne cuidadora principal variam: “a obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos; a condição de conjugalidade, o fato de ser esposo ou esposa; a ausência de outras pessoas para a tarefa do cuidar, caso em que o cuidador assume essa incumbência não por opção, mas, na maioria das

vezes, por força das circunstâncias” (GONÇALVES, 2006, P.570, 571). Gonçalves (2006) observou que geralmente a mulher cuidadora tem companheiro e cuida do lar. Desse modo, sobrecarrega-se, pois soma o trabalho doméstico ao de cuidadora, comprometendo, assim, diversos domínios em sua vida, como o físico, social, espiritual e emocional, contribuindo para o pouco cuidado à própria saúde como pode ser observado no relato abaixo:

“Eu é quem cuido dele, sou mais velha de que ele 2 “ano”. Tem noite...esta noite eu não dormi, tem que passar a noite se levantando da cama que é aquela “tribulação” que eu me “embarqueio” demais. Tô aqui, mas tô morta de sono que eu não dormi esta noite. Eu vim nessa viagem com medo até de cair” (f, 77a)

Quadro 6 – Categoria: ESTILO ADAPTATIVO E REAÇÕES EMOCIONAIS

Características do comportamento tipo A	n	%
Impaciência	14	28
Agressividade	6	12
Exigência	4	8
Reações emocionais e comportamentais	n	%
Suporte Social	22	44
Isolamento/Esquiva	11	22

n= frequência; % = porcentagem

Nesta categoria, 14 (28%) respostas foram englobadas na subcategoria *impaciência*; 7 (14%) na subcategoria *agressividade* e 5 (10%) na subcategoria *exigência*, quando relacionadas às características de personalidade tipo A. Houve a prevalência de 22 (44%) respostas para a presença de suporte social e 11 (22%) de respostas para comportamento de isolamento e/ou esquiva.

Impaciência (28%)

Mas eu não sou. Eu sou assim é é... Eu não aceito ss... Por que às vezes as pessoas... As pessoas é é é.... Se você diz assim óia, se eu tenho certeza que eu não fiz uma coisa que o senhor tá dizendo que eu fiz aí eu me estresso (m, 51a)

Acho que sim. Assim, negocio de esperar...eu não gosto de esperar. Eu não gosto de esperar e nem gosto que ninguém espere por mim (aumentando o volume da voz) Eu to antes claro. É 8h minha consulta aqui, eu cheguei aqui era 6:30. O pessoal já tava entrando (f, 62a).

Sempre quando eu peço alguma coisa e a pessoa não pode me atender eu fico irritado. Fica fazendo hora... (m, 58a).

Observou-se a correlação do fator *impaciência* com a *agressividade*, quanto maior a *impaciência*, maior o nível de *agressividade* do participante. Observa-se na verbalização abaixo:

“É...me considero assim. Eu não consigo... Se eu pedir uma coisa duas, três vezes dos meus filhos e eles não fizerem, eu já quero brigar, já quero falar um monte de coisa que não deve” (f, 52a).

Agressividade (12%)

Eu fico com raiva, eu brigo, eu xingo aquela pessoa que eu fico com raiva, sabe? Mas depois passa. Mas até que não me aperreiam assim muito, porque ficam com medo (f, 72).

Eu sou só enraivada [...] qualquer coisinha que eu não gosto eu fico com raiva, mas é um momento (f, 72a).

Já passei quatro meses internado aqui, eu praticamente era estressado todo dia, tava estressado todo dia ainda mais que os cara entravam aqui nesse salão, os crente, pastor, queriam falar mal da minha religião aí eu tacava o maior “rebul”, eu dei cuma máquina daquela de soro em cima do pastor aí dentro uma vez, que ele veio dizer que a minha religião não existia, que por... tenho um filho que tá prestes a ser ordenado padre, né? Seminarista Salesiano. O cara vem pra mim dizer que isso não existe, que isso é uma merda. Eu tava tomando soro na bomba, a sorte dele foi essa...que se eu não tivesse com o soro na bomba eu tinha jogado a escada de ferro na cabeça dele (m, 54a).

Exigência (8%)

O dia-a-dia é muito estressante. [...] As pessoas não entendem o problema da gente, e fica cobrando, cobrando, só cobrança.. Aqui tudo estressa a gente, né? (m, 49a).

Mas eu já trabalhava muito também vendendo verdura na feira de madrugada. Levanta 3 horas da manhã pra ir vender também. Entendeu? Depois, quando eu assumi a minha responsabilidade eu não... Eu vendia comida, eu sempre trabalhei.

No meu tempo, era curto com comida. Eu já não tinha prazer de conversar porque sabia a hora que eu tinha que acordar no outro dia. Tinha todo aquele horário pra tomar banho, descansar, dormir e no outro dia estar na batalha. (m, 64a).

E quando eu tava trabalhando eu chegava às vezes sábado, eu ia dormir às vezes 11 horas da noite, meia noite, enquanto não deixava minha casa totalmente limpa. Aí meu marido dizia assim “tu morre e as coisas fica aí” (f, 45a).

Suporte Social (44%)

Se não fosse pela minha esposa, eu já tinha morrido há muito tempo. Tenho apoio e tudo. Me ajuda muito (m, 56a).

Meus filhos são muito bons, são muito carinhosos, mas eles moram longe de mim. Mas ele me visitam quando podem. (...) Porque eles trabalham, tudo trabalha...tu sabe que quem trabalha não tem tempo, né? Os meus filhos homens eles trabalham até sábado. Aí as mulher, onde tá vazío elas correm, no domingo eles não trabalham e cobrem o turno delas (f, 57a).

Às vezes eu fico pedindo: Senhor, me dá paciência porque, poxa, eu podia tanta coisa, e agora não posso fazer, mas, se é da Tua vontade, o importante... eu não posso fazer nada né? Aí eu fico acomodada, fico quieta pra que não aconteça nada né? (f, 57a).

Minha casa é boa. Meus filhos vão lá pra casa todo sábado, domingo. Compram comida, pra comer...minha casa é boa, graças a Deus. Trabalhei e fiz minha casa boa mesmo (m, 73a).

A ausência de suporte social foi observada em 78% dos entrevistados, o que corrobora com os dados encontrados por Duarte (2002), sendo que grande parte dos sujeitos relataram não ter suporte social. Estudos de Glynn; Christenfeld; Gerin (1999) e Serra (2000) apontam para a associação entre níveis de saúde e suporte social, este último funcionando como agente “amortecedor” frente ao risco de doenças induzidas por estresse.

Isolamento/Esquiva (22%)

Nesta subcategoria, alguns pacientes relataram preferir evitar a situação de estresse:

Eu vou-me embora. Eu nem discuto, eu até me ‘emposso’, sabe? (...) eu dou uma palavra ou duas com ele. Se ele continuar a ‘coisar’ comigo eu vou-me embora e digo “pronto, obrigado, acabou-se (m, 74a).

Ela quer me estressar, só que ela não consegue. Ela briga que só comigo... Ela me ofende às vezes. Mas, como diz o ditado, eu fico na minha porque é melhor né? Porque se ela fala e eu vou falar também, a coisa vai embora né? (f, 69a).

A gente deixa pra lá, né? A gente tenta esquecer, né? (m, 73a).

Outros relataram preferir ficarem sozinhos em sua condição clínica atual:

A pessoa doente é como um animal acuado né? Quando ele é ferido, ele quer se esconder né? Quer ficar isolado, quer ficar escondido. Assim que eu quero ficar também, sabe (m, 56a).

Bem, deixa eu te dizer como é o convívio na minha casa: Eu entro pra dentro do meu quarto, deito na minha redinha, ligo minha televisão e não me lembro mais [...] aí eu fecho minha porta, que eles moram tudo separado de mim, né? aí fica só eu.. (f, 62a).

Ressalta-se que a vida solitária é um importante preditor para o desenvolvimento de sintomas depressivos em pacientes com acometimento cardíaco (HAVRANECK et al, 2004). Estes sintomas podem levar a um pior prognóstico da DAC (CARNEY et al., 1998).

Quadro 7 - Categoria – PRÁTICAS DE SAÚDE

Práticas de saúde	n	%
Prática de exercícios físicos	24	48
Evitar estresse	23	26
Alimentação adequada	11	22
Estilo adaptativo	1	2

n= frequência; % = porcentagem

Observou-se que a maior parte dos pacientes têm prática de exercícios físicos (48%). 13 (26%) deles evitam o estresse como prática de saúde, sendo que 11 (22%) mantêm alimentação adequada evitando sal, gordura para manter o nível de colesterol abaixo do limite e 1 (2%) participante relatou ter prática de saúde quando relacionado ao seu estilo adaptativo. Vale ressaltar que grande parte da prática de exercício físico foi iniciada após a cirurgia, como recomendação médica.

Prática de exercícios físicos (48%)

Eu caminho da minha casa, é porque minha casa é pequena [...] Eu caminho da frente até atrás, da frente até atrás. Eu caminho assim umas dez vezes por dia. (f, 73a).

Caminho até demais... (m, 74a).

Evitação de estresse (26%)

Doutor, a gente mesmo tem que acabar com o estresse da gente, porque a gente tem que ter paciência com as coisas, né? Tem que ter paciência, porque se afobar é pior (m, 73a).

Eu procuro me comportar da melhor forma possível. Não me estressar mais do que aquilo que é suficiente, porque senão você vai ao extremo né? Você é arriscado pirar. Eu procuro sempre me controlar o máximo possível pra evitar de.... até pelo problema que eu já tenho né? (m, 54).

Alimentação adequada (11%)

[...] o outro médico que eu fui pediu que eu mudasse a comida, né? Eu mudei. Agora eu tô comendo só a base de legumes né? Saudável, né? A única coisa que eu tô fazendo é arroz e feijão e legumes, né? (m, 58a)

Eu tô prestando muita atenção no dia-a-dia e respeitando também as normas para me proteger e não comer certas comidas, então tudo isso eu tô respeitando no dia-a-dia hoje (m, 64).

Boa alimentação [...] leite desnatado, pouco café, pão integral, frutas, legumes. Posso comer quase tudo, desde que não tenha gordura e pouco sal (m, 47a).

Estilo Adaptativo (2%)

O que eu fazia, às vezes eu não almoçava, eu só jantava. Hoje não, hoje eu tenho o meu tempo pra tomar meu café, tenho tempo pra comer o lanche, de repente, comer o almoço, o que tiver. Meus compromissos maiores só é no dia certo. Deixar um pouquinho as outras coisas pra assumir os outros compromisso, né? (m, 54).

Na presente pesquisa observou-se que quanto maior a escolaridade do sujeito, maiores são os índices de práticas de saúde, os dados corroboram com a evidências científicas. Zaitune et al, (2006) observaram nos idosos do Município de Campinas que, quanto maior a escolaridade, maiores as estratégias de práticas de saúde como uso de dietas, práticas de atividade física e evitação de estresse.

4 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Na medida em que se propôs compreender e analisar os fatores psicossociais em pacientes idosos com história de IAM, pontua-se, de acordo com a coleta de dados, a baixa consciência da população estudada, acerca dos fatores de risco da DAC. Menos da metade dos entrevistados revelaram ter conhecimento e/ou exercer comportamentos de práticas de saúde relacionados aos fatores de risco. Estes dados podem estar relacionados com a baixa escolaridade (ZAITUNE et al., 2006).

Ressalta-se que, mesmo com a baixa consciência sobre os fatores preponderantes de risco, os participantes exercem práticas de saúde, seja pela presença do suporte social, seja pelas orientações médicas. No entanto, de acordo com os estudos realizados por Winkleby et al (1990) e Barefoot et al (1991), o baixo status socioeconômico está relacionado a níveis de comportamentos e fatores psicossociais de risco, o que não corrobora com a presente pesquisa.

Nesse estudo, observou-se que quanto maior o nível de escolaridade do indivíduo, maiores são os índices de mobilização a prática de saúde, como o uso de dietas, prática de atividades físicas e evitação do estresse.

O número de pessoas acometidas pela HAS é relativamente alto, enquanto que a proporção de pacientes estudados que relatou ter conhecimento acerca do fator de risco para a DAC e exercer práticas de saúde referentes a esta doença específica é consideravelmente baixa. Esse dado ilustra que o fator de risco Hipertensão Arterial Sistêmica não é percebido por um número significativo de pacientes como de risco para o acometimento da DAC, desse modo, não atribuindo a devida importância de serem realizadas práticas de saúde no intuito de minimizar as possibilidades de serem vitimadas por esta.

Os resultados revelaram que grande parte dos participantes tem comportamento desadaptativo com relação ao meio, expressados de modo explosivo, hostil e impaciente, o

que corrobora com pesquisas que enfatizam estas características como fator de risco para a DAC (MANCILHA-CARVALHO, 1992; OLIVEIRA et al., 1995; KOP, 1997, DUARTE, 2002).

A população estudada apresentou fatores estressantes no seu cotidiano, no entanto, poucos relataram ter estratégias efetivas de enfrentamento desse malefício.

Presume-se que essa falta de monitoramento ao enfrentamento do estresse pode ser pontual para a discussão da real mudança de hábitos após o acometimento da DAC. Pois o estresse é também um fator desencadeador em potencial de IAM (Niedhammer; Siegrist, 1998) e pode estar estreitamente ligada a um dos fatores principais da patologia, mesmo considerando a etiologia da DAC complexa e multifatorial, implicando diversos aspectos genéticos, fisiológicos, químicos, nutricionais, ambientais e psicossociais.

Embora o estudo tenha possibilitado uma visão global da doença, sem contudo, especificar o valor para cada fator de risco, algumas combinações puderam ser realizadas. Dessa forma, os resultados da pesquisa sugerem outras possibilidades de investigações, que poderão aprofundar o entendimento de questões que permeiam o universo dos fatores psicossociais em pacientes idosos com história de IAM.

Quando se fala de fatores de risco, comportamentos de risco e estilo de vida, sugere-se que a doença coronariana pode ser divulgada à população nas redes sociais de informações acerca dos possíveis norteadores da patologia, viabilizando, assim, a prevenção.

Observou-se ainda o cuidado acerca do estilo de vida, que é fundamental para pacientes coronarianos, onde uma modificação nos hábitos vivenciados anterior ao infarto deve ser efetivada, segundo orientações médicas. As estratégias de enfrentamento podem configurar-se em inúmeras, o que não se pode mais negar, é a relevância de se querer viver com longevidade e buscar recursos para isso, primordialmente no que diz respeito à qualidade de vida.

Outras pesquisas que utilizem instrumentos específicos para a mensuração de ansiedade, depressão e estresse assim como para a identificação do padrão de comportamento poderão agregar na mensuração das causas multifatoriais e somar ao seu entendimento, haja vista a alta complexidade referente à patologia aqui estudada.

Apesar da análise dos dados apontarem para a importância do estudo, houve limitação dessa investigação com relação à seleção da amostra, dada as variáveis intervenientes no contexto hospitalar (férias e as faltas dos médicos, feriados).

Em suma, a criação de programas educacionais, isto é, psicoeducação, com intervenções em grupo e individuais, com linguagem acessível ressaltando que a população acometida em sua maioria apresenta baixo nível de escolaridade, poderia reduzir significativamente o número de histórias de infarto na população, ressaltando a importância na busca por qualidade de vida e práticas de saúde, onde estão intimamente relacionadas ao estilo de vida dos indivíduos, estabilizando o dado estatístico da doença coronariana como principal causa de mortalidade em idosos, no Brasil.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS³

ABDUCH, M. **Doença arterial coronária: contribuição do psicodiagnóstico de Rorschach**. 1990. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 10, n. 6, p. 93- 683, 2000.

ATLINSON, R. L. et al. **Introdução à psicologia**. Tradução de Dayse Batista Kerbary. 11^a ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

BAREFOO T. J. C.; PETERSON B.L.; DAHLSTORM W.G.; SIEGLER I.C.; ANDERSON N.B.; WILLIAMS R.B. Jr. Hostility patterns and health implications: correlates of Cook-Medley Scores in National Survey. **Health Psychol.** 10:18–24, 1991.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Trad. De Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Edições 70, 2009.

BENNETT, P; CARROL, D. Cognitive-behavioral interventions in cardiac rehabilitation. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 38, n.03, p.169-182, 1994.

BERKOW, R. **Manual Merck de Medicina: diagnóstico e tratamento**. 15. ed. São Paulo: Roca, 1989.

BILLING, E.; BAR-ON, D.; REHNQVIST, N. Causal attribution by patients, their spouses and the physicians in relation to patient outcome after a first myocardial infarction: subjective and objective outcome. **Cardiology**, v.88, n.4, p. 367-72, Jul-Aug, 1997.

BUELL, J.C.; ELLIOT, R.S. **Estresse emocional, condições psiquiátricas e o coração**. In: HURT, J.W. **O coração-artérias e veias**. 6^a ed., Rio de Janeiro, Guanabara, 1990, p. 1097-1102.

³ UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. Guia para normalização de relatórios técnicos científicos: documento eletrônico e impresso. Manaus: UA, 2003. 103 p.

CARNEY, R. M. et al. The relationship between heart rate, heart variability and depression in patients with coronary artery disease. **Journal Psychosomatic**, v. 32, p. 159-64, 1998.

CASTRO, L. C. V. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 3, p. 369-377, jul. 2004.

CERVATO, A. M. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 227-235, jun. 1997.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38 (5), 300-314, 1976.

COELHO, R. et al. Acute myocardial infarction: psychosocial and cardiovascular risk in men. **Cardiovascular Risk**, v.6, n.3, p.157-62, jun., 1999.

COLOMBO, R. C.; AGUILLAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.5, n.2, Ribeirão Preto, abr. 1997

DANTAS, R.A.S. **Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio na perspectiva do modelo de Campo de Saúde**. 1996. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

DUARTE, M.S.Z. **Análise dos fatores psicossociais de risco em pacientes de primeiro infarto agudo do miocárdio**. 2002. 129 f. Dissertação (Mestrado) – FFCLRP- Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FERNÁNDEZ-ABASCAL E.; DIAZ M.D.M. El Síndrome AHI! Y su relacion con los transtornos cardiovasculares. **Ansiedad y Estrés**, v.0, p. 25-26, 1994.

GLYNN, L. M.; CHRISTENFELD, N.; GERIN, W. G. Social support and cardiovascular responses to stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 61, n. 2, p. 234-242, 1999.

GONÇALVES, L.H.T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4):570-7.

GUIMARÃES, A. Cardiopatia coronária, aspectos epidemiológicos e preventivos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v..59, n.1, p.05-11, 1992.

HAVRANEK, E. P. et al. Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. **Journal American College Cardiology**, v. 44, p. 2333-8, 2004.

HAYASIDA, N.M.A. **Intervenção Cognitivo-Comportamental pré e pós Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, em Manaus/AM**. 2010. 168 f.Tese (Doutorado). FFCLRP- Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil: Tábua de Mortalidade, 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2012.

JACONODINO, C.B.; AMESTOY, S. C. & THOFERN, M. B. Conhecimento Dos Pacientes Acerca Dos Fatores De Risco Relacionados Às Doenças Cardiovasculares. **Cogitare Enfermagem**, 2007 Out/Dez; 12(4):466-71.

KOP, W.J. Acute and chronic psychological risk factors for coronary syndromes: moderating effects of coronary artery disease severity. **Journal of Psychosomatic Research**. v. 43, n.2, p.167-181, 1997.

LAZARUS, A. A. **Terapia comportamental na clínica**. Belo Horizonte: Interlivros, 1966.

LEVINE, D.M. **Fatores e comportamento e fatores psicossociais, processos e estratégias**. Compêndio de Cardiologia Preventiva. v.3, EPUC, p.217-226, 1997.

LOTUFO, P.A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico, **Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo**. São Paulo, n.5, v.6, p.541-44, set/out, 1996.

MANCILHA-CARVALHO, J.J. Antecedentes da doença coronária: os fatores de risco. **Arquivos Brasileiros em Cardiologia**, v.4, n.58, p. 263-267, 1992.

NIEDHAMMER, I.; SIEGRIST, J. Psychosocial factors at work and cardiovascular diseases: contribution of the effort-reward imbalance model. **Review Epidemiology Santé Publique**, v.5, n.46, p.398-410, Nov, 1998.

OLIVEIRA, J.M. Fatores psicossociais e doenças coronárias. **A Folha Médica**. São Paulo, v.79, n 1, p. 5-10, 1979.

OLIVEIRA, M.F.P. et al. Aspectos emocionais do paciente coronariano. In: OLIVEIRA, M.F.P.; ISMAEL, S.M.C. **Rumos da psicologia hospitalar na cardiologia**. Campinas, Papirus, 1995, p.185-198.

PALMERO, F. et al. Psicologia y salud coronária: historia de un trayecto emocional. **Ansiedade y Estrés**, v.0, p.37-55, 1994.

PEREZ, G. H.; NICOLAU, J. C.; BELLKISS, R. W.; LARANJEIRA, R. Depressão e síndrome isquêmica instável: diferenças entre homens e mulheres. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 3, n. 1, p. 319-322, jul. 2005.

PINTON, F.A.; CARVALHO, C.F.; MIYAZAKI, M.C.; GODOY, M.F. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. **Brazilian Journal Cardiovascular Surgery**, 2006.

PRETI, D. **Análise de textos orais**. Projeto de estudo da norma linguística urbana culta de São Paulo (projeto NURC/SP), FFLCH/USP, 1993.

ROZANSKI, A.; BLUMENTHAL, J.A.; KAPLAN, J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. **Circulation**, Apr, 27, 99 (16), p. 2192-217, 1999.

SANER, H.; HOFFMANN, O. Stress as cardiovascular risk factor. **Schweizerische medizinische Wochenschrift**. v. 34, n. 127, p. 1391-1399, Aug, 1997.

SERRA, A. V. **Stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Manole, 2000.

SEYLE, H. **Stress: a tensão da vida**. IBRASA: São Paulo, 1959.

SILVA, M. A. D.; SOUZA, A. G. M. R.; SCHARGODSKY, C. M. Fatores de risco para o infarto do miocárdio no Brasil: Estudo FRICAS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 71, n. 5, p. 667-675, 1998.

SIVIERO, I.M.P.S. **Saúde Mental e Qualidade de vida de infartados**. 2003. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TOBAL, J.J.M; MORALES, M.I.C. Emociones y transtornos psicofisiológicos. **Ansiedad y Estrés**, v. 0, p.1-13, 1994.

TOLMAN, A. **Depressão em adultos**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

VILELA, J.C. **Efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre fatores de risco e qualidade de vida em pacientes cardíacos**. 2008. 141 f. Tese (Doutorado). FFCLRP – Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project**. Geneva, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>> Acesso em: 15 mai.2012

WINKLEBY M.A; FORTMANN S.P; BARRETT D.C. Social class disparities in risk factors of disease: eight year prevalence patterns by level of education. **Preventive Medicine** 1990;19:1–12

WILLIAMS, R.B.; LITTMAN, A.B. Psychosocial factors: role in cardiac sick and treatment strategies. **Cardiologic Clinic.**, p.97-104, Feb, 1996.

ZAITUNE et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(2):285-294, fev, 2006.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM



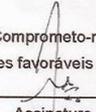
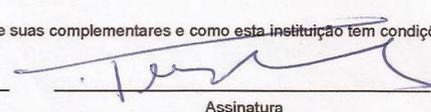
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 0228.0.115.000-11, intitulado: “ANÁLISE DOS FATORES PSICOSSOCIAIS EM PACIENTES IDOSOS COM HISTÓRIA DE INFARTO AGUDO NO MIOCÁRDIO”, tendo como Pesquisadora Responsável Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 03 de agosto de 2011.

Prof. MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro
Coordenador CEP/UFAM

ANEXO B – FOLHA DE ROSTO

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP			
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			FR - 420349
Projeto de Pesquisa Análise dos fatores psicossociais em pacientes idosos com história de Infarto Agudo no Miocárdio			
Área de Conhecimento 6.00 - Ciências Sociais Aplicadas - 6.01 - Direito		Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)			Fase Não se Aplica
Unitermos Doença coronariana; fatores psicossociais; comportamento de risco			
Sujeitos na Pesquisa			
Nº de Sujeitos no Centro 15	Total Brasil 15	Nº de Sujeitos Total 15	Grupos Especiais
Placebo NÃO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO
Pesquisador Responsável			
Pesquisador Responsável Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida		CPF 312.547.644-53	Identidade 1121959-9
Área de Especialização PSICOLOGIA CLÍNICA, HOSPITALAR		Maior Titulação DOUTORADO	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço ALAMEDA CÍCERO DIAS, CASA 07, QUADRA D, CONDOMÍNIO ITAPURANGA 3, NO. 1997		Bairro PONTA NEGRA	Cidade MANAUS - AM
Código Postal 69049-630	Telefone 92.32332829 / 92.36575192	Fax 92.32331001	Email hayasidanazare@hotmail.com
Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 20 / 04 / 2011			
		Assinatura  Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida	
Instituição Proponente			
Nome Universidade Federal do Amazonas - UFAM		Prof. Dr.º em Psicologia USP / UFAM CRP 014353	
Unidade/Órgão Hospital Dona Francisca Mendes - HUFM		Participação Estrangeira NÃO	Nacional/Internacional Nacional
Endereço Rua Teresina, 495		Bairro Adrianópolis	Projeto Multicêntrico NÃO
Código Postal 69057-070	Telefone (92) 3305-5130	Fax (92) 3305-5130	Cidade Manaus - AM
		Email cep@ufam.edu.br	
Termo de Compromisso			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____			
		Assinatura 	
O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 18/04/2011. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.			
 Prof. Dr. Maranhão Terrazas Chefe do Serviço de Cirurgia Cardiovascular das UHI-UFAM Coordenador de Ensino e Pós			

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) senhor (a) a participar do projeto de pesquisa cujo título é “**Análise dos fatores psicossociais em pacientes idosos com história de Infarto Agudo no Miocárdio**”. O objetivo deste estudo é examinar o que sabe sobre fatores de risco, as práticas de saúde e comportamentos de risco, nos pacientes que sofreram o primeiro infarto agudo do miocárdio; analisar as características gerais, e considerar possíveis relações entre as mesmas e o conhecimento, as práticas de saúde e os comportamentos de risco daqueles que se internaram neste hospital universitário. Necessito que o (a) Sr.(a) responda a algumas perguntas, cujas respostas ou informações serão gravadas. A sua participação nesta pesquisa é voluntária, não pretende trazer nenhum desconforto ou risco, ficando a coleta dos dados restrita a entrevistas.

A sua participação não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento à respeito do funcionamento psicológico, que poderão implementar benefícios aos tratamentos já existentes, entretanto, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício. Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa. Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes. O Sr.(a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar. Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

Informo que o Sr (a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Profa. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida (Pesquisadora), através do telefone (092) 3305-4550 da Faculdade de Psicologia da UFAM localizado na Avenida Rodrigo Otávio nº3000, Coroado.

Consentimento Pós-informação

Eu declaro que fui informado(a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e posso sair quando quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou guardar.

Assinatura----- ou

Data ____/____/____



Impressão do dedo polegar

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C – Questionário Sócio-demográfico

ROTEIRO DE ENTREVISTA No. (Ver termo de Consentimento): _____ Data _____

Entrevistador: _____ Duração da entrevista: _____ hs. _____

1. Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Telefone: _____ próprio () recado () _____

Endereço: _____

2. Estado Civil: _____

3. Escolaridade:

() 1^a. a 4^a. séries completos () 1^a. a 4^a. séries incompletos

() 5^a. a 8^a. séries completos () 1^a. a 4^a. séries incompletos

() Colegial completo () Colegial incompleto

() Superior completo () Superior incompleto

() Não frequentou a escola

4. Renda familiar:

() menor que 2 salários mínimos

() entre 2 e 4 salários mínimos

() entre 3 a 5 Salários mínimos

() acima de 6 salários mínimo

() não sabe referir

5. Religião _____ () praticante () não praticante

6. Atualmente está empregado? () sim não ()

7. Profissão: _____ **Função:** _____

8. Tem mais de um emprego? () sim () não Quantos? _____

9. Jornada diária de trabalho: _____

10. Férias: () sim () não

11. Com que frequência: _____

12. Há quanto tempo: _____ Por que? _____

13. Anos da doença: _____

14. Gravidade da doença (infartos, o que o você sabe sobre a sua doença?): _____

15. Outras doenças:

() diabetes

() hipertensão

() obesidade/ colesterol

() sedentarismo ou não prática de atividade física

() tabagismo

() álcool

() histórico familiar

() outros (especificar)

16. Outros fatores:

() estresse – O que é estresse para você? Alguma situação recentemente que tenha lhe estressado?

() família – Como é o convívio com a sua família?

() fato desagradável – Aconteceu algum fato desagradável com você ultimamente?

() comportamento – Como você se descreveria? Como você é no dia-a-dia?

() trabalho – Como é a rotina no seu trabalho?

17. IMC: _____

APÊNDICE D - TERMO DE CONCORDÂNCIA**Termo de Concordância**

Título da Pesquisa: “Análise dos fatores psicossociais de risco em pacientes idosos com história de Infarto Agudo no Miocárdio”

Pesquisadora Responsável: Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida.

Bolsita: Norcirio Silva Queiroz

Colaboradora: Ellen Belmonte dos Santos

Senhor Gestor,

Esta pesquisa objetiva analisar os fatores psicossociais de risco em pacientes idosos com história de Infarto Agudo no Miocárdio.

Participarão do presente estudo pacientes atendidos no ambulatório do HUFM.

As informações coletadas serão processadas e analisadas e servirão de base para outras pesquisas nessa área. Não será realizado, portanto, nenhum procedimento que não esteja informado neste termo de concordância.

Em qualquer momento o senhor poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados e sobre as formas de divulgação dos resultados, procurando a pesquisadora Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida (92) 91265815 (celular pessoal).

Não lhe será causado qualquer prejuízo caso o senhor, por quaisquer razões, não autorize a pesquisa, no hospital.

Os participantes não receberão qualquer forma de pagamento pela participação nesta pesquisa.

Os resultados dos procedimentos realizados nesta pesquisa (entrevistas) serão analisados, podendo ser expostos em palestras, conferências, revistas científicas ou quaisquer outros meios de divulgação, que têm por objetivo repassar o conhecimento científico para a sociedade.

Eu, _____, li e entendi toda a informação que me foi fornecida sobre o presente estudo e tive a oportunidade de discutir e tirar dúvidas. Todas as minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente e concordo com a pesquisa. Entendendo que receberei uma cópia desse termo de concordância assinado.

_____ Data _____
Assinatura do Diretor Geral do HUFM/UFAM

_____ Data _____
Assinatura do Responsável pela Pesquisa

APÊNDICE E – Transcrição de uma sessão⁴

Abaixo consta exemplo de transcrição realizada no Ambulatório de Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Francisca Mendes, no dia 13 de março de 2012, com paciente do gênero masculino de 54 anos de idade.

E: Entrevistador

P: Paciente

E: Qual a sua idade?

P: 54

E: Qual o seu estado civil?

P: União estável.

E: O senhor estudou até que série?

P: Até o 2º grau. Fiz faculdade, mas parei no meio.

E: Qual a sua renda familiar mensal?

P: Mais ou menos 3 salários mínimos.

E: O senhor tem alguma religião?

P: Católico Apostólico Romano praticante.

E: Atualmente o senhor está empregado?

P: Não, estou desempregado. Ninguém me dá emprego.

E: Qual é sua profissão?

P: Eu era industriário.

E: Qual era a sua função?

P: Eu trabalhava no () almoxarifado.

⁴ E = estudante; P = paciente

E: O senhor tirava férias?

P: Não.

E: Há quanto tempo?

P: Cinco anos. Agora que eu to de férias, to desempregado.

E: Por que não tirava férias?

P: Porque não tinha ninguém pra ficar no meu lugar. Eu trabalhei dois anos de 7 da manhã às 24h. Sábado, domingo e feriado.

E: 7 da manhã à meia noite, né?

P: Eu trabalhava DOIS turnos!

E: Como o senhor soube da sua doença?

P: Eu comecei a passar mal. Eu andava e começou a doer o peito. Eu me internei no pronto-socorro da Unimed com dor no peito e o médico disse que eu não tinha nada, tinha só vento e se quisesse ficar melhor tinha que tomar coca pra arrotar. Chegando em casa eu marquei consulta com um cardiologista e o médico bateu o eletro/ e disse que eu tava infartado e isso era desde terça com essa dor e isso era quinta. Eu tava esses dias todinhos sem dormir.

E: Que época foi isso?

P: Isso foi em maio de 1998.

E: O senhor teve outro infarto depois desse?

P: Tive em 2009, em maio também.

E: O que o senhor entende sobre a sua doença?

P: Que eu não posso carregar peso, não posso me aborrecer, não posso ter raiva, não posso aquilo, mas tenho que fazer tudo isso. Eu não posso carregar peso, mas às vezes precisa, entendeu? E que o doutor me falou que eu era uma bomba relógio, que de uma hora pra outra eu podia explodir, eu posso ter um infarto fulminante. Ele me proibiu até de caminhar, eu engordei porque não to caminhando. Ele disse “você não pode caminhar de espécie alguma”,

nem caminhar! Porque eu caminhava duas horas por dia. Eu tinha emagrecido 16kg e já engordei 20kg, porque tá com mais de um ano que ele diz que eu não posso caminhar.

E: O senhor é hipertenso também?

P: Também. Quem é cardíaco é hipertenso, não tem jeito! Tem pressão alta, porque é a pressão alta que faz ter o bombeamento no coração. Todo mundo que tem problema no coração é hipertenso, tem pressão alta.

E: Então o senhor sabe que não pode carregar peso, mas precisa carregar. Que mais o senhor sabe?

P: Que não posso me aborrecer e me aborreço, que não posso ter raiva e tenho, que não posso discutir e discuto. Hoje, por exemplo, só pra você ter uma ideia, eu cheguei aqui 6:30 pra consulta 8h e o médico chega 10 horas da manhã. Eu já to aqui no hospital mais de 11 horas. Isso tá te estressando, vai te aborrecendo e vai te chateando. E por exemplo, eu to aqui e ainda não tomei café.

E: O que é estresse pro senhor?

P: Estresse pra mim? É eu tá agitado, nervoso com qualquer coisa, discutir...

E: E como o senhor reage em situação de estresse?

P: Ah, mano, eu procuro me acalmar, procuro ficar sozinho. Eu procuro não discutir, não me estressar, mas às vezes não dá.

E: Aconteceu recentemente alguma situação em que o senhor tenha se estressado?

P: Não... ó! pra mim ter um infarto, eu sei como foi pra ser causado esse infarto, da primeira vez. Foi um problema dentro da fábrica onde eu trabalhava. Houve um roubo lá, eu descobri um roubo lá, porque eu trabalhava no almoxarifado e... chamaram a polícia no dia que eu descobri e o que aconteceu... eu passei no meio da fabrica com um cara com uma arma na minha costa. Todo mundo que ia depor o delegado lá mandava me acusar que eu era o cabeça do roubo. Eu não podia ver um telefone...como é? ((pensando sobre a resposta)) Tocando que

eu me espantava, ficava com medo! Eu tava na minha casa e se alguém tocasse a campainha eu achava que era a policia atrás de mim, eu ficava doidinho.

E: Depois dessa situação?

P: Depois da situação que descobriram tudo quem foi e tudo...mesmo antes de descobrir! Eu ouvia uma sirene de...podia ser ambulância, de carro de policia e só faltava morrer, achava que o cara tava atrás de mim! Então por isso que eu infartei. E fora o estresse de você trabalhar dois turnos direto. Sábado, domingo e feriado. 5 anos você trabalhando na mesma empresa e você nunca ter tirado férias. Tanto é que quando eu voltei em 99, em 2000 me deram minhas contas.

E: E como é o convívio na sua família?

P: É normal... mora eu, minha esposa e meus dois filhos.

E: E como é esse convívio? É muito estressante?

P: Às vezes...eu não gosto que ninguém mexa nas minhas coisas. Quando mexe nas minhas coisas e não deixa no mesmo lugar. Acho que ninguém gosta...

E: O senhor se irrita mais?

P: Me irrita mais, porque vou procurar e não acho.

E: Aconteceu algum fato desagradável com o senhor ou alguém próximo?

P: Não, amor.

E: Como o senhor se descreveria como pessoa?

P: Um cara enjoado, chato, brincalhão...honesto. acho que só.

E: Agora o senhor falou que tá desempregado, né? Como tem sido sua rotina?

P: Eu to desempregado, mas eu to recebendo pelo INSS, porque eu to afastado com auxilio doença, então isso é um suporte para mim e graças a Deus não tá faltando nada pra dentro da minha casa, entendeu? Isso dá um...ajuda muito. Antes eu não tinha isso e tava muito ruim. Quando eu fiquei internado aqui e passei 23 dias que a assistente social conversou

comigo...foi que ela me orientou que eu poderia pedir esse auxílio. Tanto é que eu vim aqui no médico só pedir um laudo pra levar pro INSS que acabou, porque lá no INSS eu já to com dois anos e três meses afastado. É de três em três meses eu tenho que vim pedir isso aí. E a própria doutora lá do INSS falou o seguinte – e é isso que eu to correndo atrás também – que se eu não operar ela me aposenta, mas só que eu to desde Novembro do ano passado tentando fazer a cirurgia e não consigo. Já foi marcado quatro vezes e já foi desmarcado as quatro vezes. Aí o que aconteceu? Todos os exames que eu fiz, já passou mais de um ano e eu to refazendo. E isso estressa você, pior que a gente chega aqui e a pessoa chega na maior cara de pau “tu tem que correr atrás pra fazer tudo de novo” e o que acontece, pra gente pegar uma ficha pra falar com o médico, a gente tem que chegar aqui 4:30 da manhã, 4h...e às vezes você pega a ficha e vai lá no computador e não tem mais vaga. Entendeu? A dificuldade nossa é essa.

E: Isso tem sido um fator desagradável na sua vida agora?

P: De quem é cardíaco, porque isso estressa. Porque você perde horas e horas...você chega 4:30 da manhã e você pega uma ficha e é chamado 8, 9 horas da manhã e chega na hora da pessoa, você “eu quero consulta com tal médico”, “não tem vaga”. Aí você volta, no caso do doutor L. A., ele só atende quinta-feira e só dão ficha dia de quinta. E você passa uma semana e a ficha que você recebe é pra 15 dias. Olha, hoje é dia 1º, eu vou no médico do INSS dia...em Janeiro. Se eu não fizer isso hoje, logo cedo, assim, eu não vou conseguir, por exemplo, ele vai sair de recesso agora em Dezembro. Vai passar 15 dias afastado.

E: Semana que vem?

P: Acho que é. Dia 16, não sei. Vai passar 1 semana, 10 dias. Isso dificulta a vida da gente. Se a gente chegasse aqui e tivesse vaga, tivesse tudo, oh, só pra você ter uma ideia, eu me consultei com ele em Setembro. Desde Setembro....dia... 9 de Setembro...Outubro, Novembro, Dezembro. 3 meses pra marcarem cateterismo eu vindo aqui quase todos os dias saber a

situação. Por que? Às vezes enviava, não enviava, não sei o que e tinha que fazer tudo de novo. Se eu não viesse aqui a moça não tá nem aí se enviou ou não, se passou ou não!

E: Situação estressante pro senhor?

P: Estressante! Isso estressa mais do que qualquer coisa, você (...) aqui oh, vou fazer dia 19 o cateterismo. Oh, são 3 meses:::...e você tem que vim quase toda semana aqui.

E: Fora a doença cardíaca o senhor tem outro tipo de doença, tem diabetes, colesterol?

P: Não.

E: Pratica atividade física?

P: Não tô podendo. O médico proibiu. Tô querendo voltar, tô querendo mesmo sem liberar, porque tô engordando muito, eu tenho tendência a engordar. Eu fico nervoso, eu fico estressado eu só paro se eu comer. Eu prefiro correr o risco porque eu disse “doutor eu não sinto nada”, antes de eu ter o infartado. O segundo, se eu andasse daqui ali pra rua só faltava eu morrer de cansaço. Fiquei 20 dias internado e perdi 10kg. Agora to com 92kg e quero voltar ao meu peso ideal. Se eu não fizer atividade física não tem jeito.

E: O senhor fuma?

P: Nun-ca fumei.

E: E bebida?

P: Beber eu bebia, mas parei tem dois anos. Bebia esporadicamente.

E: Na sua família tem histórico familiar de doença cardíaca?

P: Minha mãe morreu disso.

E: O senhor sabe seu peso e altura?

P: 95 kg, 1,63m.

E: As perguntas terminaram, o senhor quer acrescentar algo?

P: Não, não.

E: Obrigado pela participação.

APÊNDICE F – Definição das categorias

As definições das categorias relacionadas no presente estudo estão dispostas abaixo por ordem alfabética.

Atribuição de causalidade

Essa categoria engloba o conhecimento do paciente acerca da sua condição clínica atual. Está relacionada à prevenção do que à promoção da saúde. Estão incluídas nesta categoria quatro subcategorias: “Estresse”, “Colesterol Alto”, “Atividades Laborais” e “Morte de Familiar”.

Subcategorias:

Atividades Laborais

Foram englobadas respostas em que o indivíduo relaciona diretamente as suas atividades laborais como causa do IAM.

Colesterol Alto

Reúnem-se nesta subcategoria, respostas em que os pacientes atribuíram à alta taxa de colesterol a causalidade de seu acometimento cardíaco.

Estresse

Nesta subcategoria, foram incluídos relatos que relacionaram o estresse anterior ao infarto como o responsável pelo mesmo.

Morte de familiar

Incluem-se aqui os relatos dos pacientes que atribuíram ao falecimento de familiar a causalidade direta da DAC.

Tabagismo

Nesta subcategoria foram englobadas as respostas dos sujeitos que atribuíram ao tabagismo a causalidade de seu IAM.

Conhecimento

Nesta categoria foram englobadas as respostas dos pacientes que relataram ter conhecimento acerca do seu tratamento e da doença, mas não especificamente dos fatores de risco. Esta categoria está relacionada apenas ao conhecimento da doença e não às práticas de saúde em si. As subcategorias encontradas foram: “Estresse” e “Limitações”.

Subcategorias:

Estresse

Esta subcategoria engloba as respostas dos pacientes que têm conhecimento acerca do estresse como fator de risco para a DAC, inclusive as respostas que atribuíram causalidade.

Limitações

Aqui se incluem os relatos dos sujeitos que verbalizaram ter consciência de suas limitações enquanto pacientes cardíaco, impossibilitados de realizar esforço físico e restrições acerca da alimentação.

Estilo Adaptativo e Reações Emocionais

Esta categoria está relacionada à interação do indivíduo com o ambiente e consigo mesmo, além de demonstrar como reage frente a situações cotidianas. As subcategorias incluem: “Agressividade”, “Exigência”, “Impaciência”, quando relacionadas a características do padrão de comportamento tipo A (estilo adaptativo) e; quando relacionados a reações emocionais e comportamentais, incluem: “Suporte Social” e “Isolamento/Esquiva”.

Subcategorias:

Agressividade

Foram incluídas respostas em que o paciente verbaliza situações características de agressividade.

Exigência

Nesta subcategoria foram englobadas as respostas em que o indivíduo mostrava-se exigente consigo mesmo ou com as tarefas de sua rotina.

Impaciência

Foram listadas as respostas em que o indivíduo verbaliza não ter paciência com algumas situações.

Isolamento/esquiva

Nesta subcategoria foram incluídas respostas isolamento ou esquiva frente às situações de estresse ou de conflitos.

Suporte Social

Nessa subcategoria foram englobadas respostas sobre a existência de redes sociais de apoio com as quais pode se beneficiar positivamente em momentos de dificuldade, representadas por relacionamento afetivo (presença de companheiro), grupo social (amigos e familiares) e de apoio religioso.

Eventos Ambientais Estressantes

Nesta categoria, os pacientes relataram a ocorrência de eventos ambientais como fatores estressantes. A maioria desses eventos ocorreu nos últimos anos e se faz presente na vida dos pacientes atualmente de maneira direta ou indireta.

Subcategoria:

Ansiedade

Nesta subcategoria foram incluídas respostas dos pacientes em que a ansiedade se manifestou como uma reação de incerteza e indagações sobre o futuro.

Conflitos familiares

Esta subcategoria reúne as verbalizações dos pacientes que têm ou tiveram fatores estressantes no âmbito familiar, com conteúdos sobre o casamento ou a família.

Depressão

Incluem-se nesta subcategoria as respostas relacionadas aos sintomas da depressão, como tristeza, alterações na alimentação e sono, visão negativa do futuro e baixa autoestima.

Doenças em si ou familiar

Esta subcategoria contém as respostas dos pacientes que possuem doenças crônicas em si ou em familiar, requerendo, assim, o constante cuidado e manutenção da saúde.

Estresses ambientais

Nesta categoria foram incluídas respostas relacionadas ao estresse do ambiente em que o indivíduo está inserido.

Estresse ocupacional

Esta subcategoria está relacionada com o estresse no ambiente do trabalho e com mudança de vida, com crenças de incapacidade em dar continuidade as suas atividades laborais.

Morte de alguém próximo

Reúnem-se aqui as verbalizações sobre a morte de alguém próximo que pode gerar respostas fisiológicas negativas à saúde do indivíduo.

Mudanças de vida

Esta subcategoria relaciona as respostas dos pacientes que mudaram bruscamente de vida devido a algum tipo de causalidade sendo representadas como fator estressante.

Práticas de Saúde

Essa categoria está relacionada a práticas de saúde exercidas pelos pacientes, como a prática de exercício, alimentação adequada ou esquivar de estresse.

Subcategorias:

Prática de exercícios

Nessa subcategoria foram englobadas as respostas em que o paciente relatou praticar exercício físico mesmo diante de suas limitações no para minimizar a doença.

Alimentação adequada

Foram incluídas as respostas que os pacientes relataram alimentação adequada, evitando gorduras, sal, comendo legumes e frutas, como práticas de saúde cardíaca.

Estilo Adaptativo

Nesta subcategoria foram incluídos os relatos dos pacientes que admitiram ter consciência de comportamentos adequados e saudáveis para as suas vidas.

Evitar estresse

Foram incluídas respostas em que o indivíduo evitou o estresse para não agravar seu quadro clínico atual.