

EGBERTO RIBEIRO TURATO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA TESE DE DOUTORADO
APRESENTADA PELO MÉDICO EGBERTO
RIBEIRO TURATO NA FACULDADE DE
CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP EM
29 DE AGOSTO DE 1988.

Rachel Vilela Fávero
PROFA. DRA. RACHEL VILELA FÁVERO
ORIENTADORA

Eduardo Arantes Nogueira
PROF. A. EDUARDO A. NOGUEIRA
CO-ORIENTADOR

INFARTO DO MIOCÁRDIO

- HISTÓRIAS DE VIDA E OPINIÕES DE PACIENTES -

Tese de Doutorado apresentada à
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS da
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.
- UNICAMP -

ORIENTADORES:

Profa. Dra. RACHEL VILELA FÁVERO

Prof. Dr. EDUARDO ARANTES NOGUEIRA

CAMPINAS - SP - 1988

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

FICHA CALATOLÓGICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

T84i Turato, Egberto Ribeiro, 1954 -
Infarto do miocárdio: histórias-de-vida e opiniões de pacien-
tes / Egberto Ribeiro Turato - Campinas: | s.n. |, 1988.

Tese (doutoramento)-Universidade Estadual de Campinas, 1988.
Orientadores: Rachel Vilela Fávero e Eduardo Arantes Nogueira.

1. Infarto do miocárdio - Medicina psicossomática. 2. Infarto do miocárdio - Pacientes - Histórias de casos. 3. Cardiologia-Medicina psicossomática. 4. Doenças isquêmicas - Coração - Medicina psicossomática. I. Fávero, Rachel Vilela. II. Nogueira, Eduar do Arantes. III. Título.

19. CDD-616.123 708
-616.123 709
-616.120 8
-616.123 08

Índices para catálogo sistemático:

1. Infarto do miocárdio: Medicina psicossomática 616.123 708
2. Medicina psicossomática: Infarto do miocárdio 616.123 708
3. Infarto do miocárdio: Pacientes: Histórias de casos 616.123 709
4. Cardiologia: Medicina psicossomática 616.120 08
5. Doenças isquêmicas: Coração: Medicina psicossomática 616.123 08

A meus pais,

Alcides e Ercília,

cujos constantes estímulos a meus estudos
permitiram-me,
desde os primeiros passos da formação escolar,
galgar com segurança
os degraus da formação profissional.

- A G R A D E C I M E N T O S -

Apresento minha mais profunda gratidão às seguintes pessoas que permitiram a concretização deste trabalho:

A todos os pacientes da presente pesquisa, que ficam no anonimato, porém mostraram-se nobres no seu gesto de valiosa colaboração para o avanço do conhecimento científico, ao confiarem-nos as esperanças e receios, certezas e dúvidas, alegrias e tristezas de suas vidas.

À Profa. Dra. Rachel Vilela Fãvero, que transcendeu a função de orientadora de tese com sua postura acolhedora, e ao co-orientador Prof. Dr. Eduardo Arantes Nogueira, que me deu supervisão clínica e liberdade de ação.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP - cujo assessoramento científico e subvenção financeira foram de relevante importância para a transformação do projeto em prática.

Faço jus mencionar individualmente aqueles que nos abriram gentilmente seus serviços de saúde e incansavelmente nos forneceram informações sobre o movimento de admissão de pacientes e sobre seus dados clínicos:

- da Casa de Saúde Campinas: Dr. Olímpio Maia, Dr. Carlos Eduardo Lima, Dr. Antonio Garcia e enfermeiras Maria Conceição de Oliveira, Maria Célia Berti e Tânia Maria Raul;
- do Centro Médico Campinas: Dr. Paulo Eduardo Barnabê e enfermeira Vera Lúcia Médici;
- do Hospital Beneficência Portuguesa: Dr. José Ataliba Aboim Gomes e funcionárias Silvia Regina de Paula e Márcia Conceição Cortes;
- do Hospital Celso Pierro (PUCCAMP): Dr. Aguielo Cunha, Dr. Sebastião Araújo e enfermeira Beatriz Angelo Rosa;
- do Hospital Santa Edwiges: Dr. Francisco Eduardo Prota e enfermeira Luiza Helena Meibach Salles;
- do Hospital Irmãos Penteado: Dr. Antonio Benedicto Prado Fortuna e equipe médica e enfermeira Eulina de Magalhães e equipe;
- do Hospital Santo Antonio: Dr. Joaquim de Paula Barreto Fonseca, Dr. Alberto Liberman e equipe médica e enfermeira Adelaide Müller;
- do Hospital Mário Gatti: Dr. Flávio Augusto Frias e enfermeira Denise Aparecida Raimundo;

- do Hospital Samaritano: Dr. Carlos Roberto Fernandes e enfermeiras Inahã Pinhel e Renata Cristina Souza;
- do Hospital Santa Teresa: Dr. Luis Antonio K. Bittencourt e enfermeiras Teresa Moreira e Maria Cristina Guedes;
- do Hospital Vera Cruz: Dr. Nyder Rodrigues Otero e enfermeiras Amália Torresan e Marlene Souza Ramos;
- e da Santa Casa (UNICAMP): enfermeira Márcia Inês Rodrigues Furcolin (Emergência) e equipe da Enfermaria de Cardiologia da Faculdade.

Particularmente uma atenciosa lembrança aos professores Dr. Maurício Knobel e Dr. Roosevelt S. Cassorla, ambos do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Unicamp, que me abriram portas para atividades acadêmicas e estimularam-me para as idéias e a prática de Medicina Psicossomática. Outrossim, seus trabalhos científicos muito me inspiraram para esta pesquisa.

Ao Laboratório de Estatística do Instituto de Matemática, Estatística e Ciência da Computação, através das Profas. Gabriela Stangenhau e Regina Célia C.P.Moran e das alunas Luzia Aparecida Trinca e Luciana Santos Pupo, que prestaram inestimável colaboração em nos realizar os cálculos estatísticos. Grato, igualmente, ao Pesquisador Científico Toshio Igue, do Instituto Agronômico de Campinas.

Ao Professor Luís Antonio Rezara, meu mestre nos idos do colégio, pela solicitude na revisão do Português. Às datilógrafas Maria Cristina Santos Barreto, Maria Luíza Ferraz, Ângela H.L.Pedrini e Maria Lucia Cordeiro, pela eficiência no preparo desta apresentação.

Finalmente, aos colegas e funcionários do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP que, com sua calorosa amizade, me acompanharam e proporcionaram um ambiente agradável de trabalho. E também a meus amigos, Padre Milton Santana e Professor Rubem Alves, que me ajudam a crescer como pessoa.

O Autor.

- P E N S A M E N T O S -

"Se a emoção não se libera, ela vai agarrar-se a outros órgãos, perturbando seu funcionamento. O desgosto que se pode exprimir por meio de gemidos e de lágrimas é rapidamente esquecido, enquanto que o sofrimento mudo, que fica incessantemente remoendo o coração, termina por abatê-lo".

(Maudsley, The physiology of mind, 1876)

"Meu coração, não sei por quê, bate feliz quando te vê".

(Braguinha)

"O melhor remédio que me podem receitar é o enfarte fulminante".

(Carlos Drumond de Andrade, dias antes da morte)

"Felizes os puros de coração,
porque verão a Deus".

(Mateus, cap.5, vers.8)

- S U M Á R I O -

	Páginas
RESUMO	1
ABSTRACT	2
CAPÍTULO I - TEMAS INTRODUTÓRIOS	3
1. A medicina psicossomática.	4
2. A questão da relação médico-paciente	14
3. O infarto agudo do miocárdio: aspectos clínicos.	19
4. Revisão da literatura acerca dos aspectos sócio-psicossomáticos das co ronariopatias.	32
5. A trajetória pessoal para esta pesquisa: motivações.	48
CAPÍTULO II - OBJETIVOS DA PESQUISA.	51
1. Objetivos principais	52
2. Objetivos complementares	52
CAPÍTULO III - RECURSOS METODOLÓGICOS.	54
1. O planejamento da pesquisa	55
2. Os sujeitos: grupos para o presente estudo	64
3. Considerações acerca dos métodos	67
4. Os procedimentos técnicos para o levantamento de dados	69
5. O tratamento dos dados	72
CAPÍTULO IV - RESULTADOS	76
1. Os dados de identificação dos grupos estudados	77
2. Os antecedentes bio-psicossociais relevantes	82
3. O possível risco psicossocial para o IAM	94
4. As circunstâncias e precedentes do episódio e expectativas dos pacien- tes com infarto.	99
5. As opiniões dos sujeitos acerca da enfermidade	104
6. Relações de opiniões com características pessoais e eventos da vida de pacientes com infarto.	115
7. Dados diversos no discurso dos pacientes com infarto	130
8. Considerações sobre as entrevistas realizadas e as dificuldades encon- tradas para a coleta dos dados	133

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO	137
1. Compreendendo receios, dúvidas, expectativas e atitudes do paciente com infarto.	138
2. Compreendendo as diversas opiniões referentes à enfermidade.	146
3. Questionando possíveis associações do infarto com características pessoais e eventos da vida.	153
4. Compreendendo as relações do paciente com o círculo familiar e hospitalar.	158
5. Um modelo de registro de Histórias-de-Vida de pacientes com IAM.	166
6. A informação de conhecimentos médicos ao indivíduo e à coletividade : por quê, quais e como - o acompanhamento psicoterápico	170
CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES	176
1. Principais pontos.	177
2. Sugestões.	183
APÊNDICE - Resumo das Histórias-de-Vida dos pacientes com IAM.	185
ANEXO I - Modelo dos instrumentos utilizados.	259
1. Entrevista não-dirigida.	260
2. Questionário sobre opiniões do sujeito acerca da enfermidade (56 questões).	262
3. Questionário sobre características bio-psicossociais do sujeito (81 questões).	270
4. Questionário sobre circunstâncias e precedentes do episódio e expectativas do sujeito (17 questões)	284
5. Adendo à entrevista (6 questões)	287
6. Dados clínicos sucintos e outras informações (8 questões)	288
ANEXO II - Critérios utilizados para codificação das respostas e entendimento de palavras e expressões empregadas.	289
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	293

- L I S T A D E T A B E L A S -

<u>NÚMERO</u>	<u>DISTRIBUIÇÃO POR ALTERNATIVAS NO(S) GRUPO(S) ESTUDADO(S)</u>	<u>PÁGINAS</u>
01	- Casos registrados para o grupo com infarto	65
02	- Razões da não realização de entrevistas de pacientes registrados	66
03	- Fonte de obtenção dos casos.	66
04	- Sexo e cor	78
05	- Faixa etária	78
06	- Estado civil e situação conjugal	79
07	- Grau de escolaridade	79
08	- Existência de ocupação profissional.	80
09	- Tipo de ocupação principal	80
10	- Faixa de renda mensal familiar	81
11	- Local de nascimento.	81
12	- Número de migrações.	82
13	- Tempo de residência em Campinas.	82
14	- Vivência da infância	83
15	- Vivência da adolescência	83
16	- Percepção do papel do pai e qualidade da relação	84
17	- Percepção do papel da mãe e qualidade da relação	84
18	- Ocorrência de separação entre os pais.	85
19	- Relação com irmãos	85
20	- Ocorrência de hipertensão arterial e tratamento.	86
21	- Ocorrência de hiperlipidemia e tratamento.	86
22	- Ocorrência de obesidade e tratamento	87
23	- Ocorrência de diabetes e tratamento	87
24	- Hábito alimentar predominante.	88
25	- Ocorrência de tabagismo.	88
26	- Ocorrência de sedentarismo	89
27	- Ocorrência de alcoolismo e problemas decorrentes	89
28	- Percepção do papel do cônjuge e qualidade da relação	90
29	- Ocorrência de problemas sexuais.	90
30	- Grau de sociabilidade.	91
31	- Ocorrência de problemas psiquiátricos.	91
32	- Morbi-mortalidade do pai	92
33	- Morbi-mortalidade da mãe	92
34	- Ocorrência de problemas de saúde nos irmãos.	93
35	- Irmãos vivos e mortos por problemas cardíacos.	93

PÁGINAS

36	-	Ocorrência de problemas cardíacos entre outros familiares.	94
37	-	Ocorrência de problemas cardíacos no círculo social.	94
38	-	Subgrupos com infarto segundo risco psicossocial	95
39	-	Lista classificatória de 25 fatores psicossociais de risco, por grau de gravidade.	97
40	-	Dia da semana em que ocorreu o infarto	99
41	-	Horário em que se deu o início da dor.	99
42	-	Local onde se encontrava durante o infarto	100
43	-	Pessoas próximas durante o infarto	100
44	-	Pensamentos sobre morte no momento do infarto.	100
45	-	Conhecimento do seu diagnóstico (infarto).	100
46	-	Associação de evento(s) recente(s) com o infarto	101
47	-	Consciência do problema cardíaco e tratamento.	101
48	-	Provável ocorrência de percepção prévia ao infarto	102
49	-	Planos ou providências frente à possibilidade de morte (pacientes com infarto)	102
50	-	Humor anterior ao infarto.	102
51	-	Principal fator correlacionado ao próprio infarto.	102
52	-	Expectativa da evolução da saúde (pós-infarto)	103
53	-	Principal receio (quanto à terapêutica e prevenção do infarto) .	103
54	-	Expectativa de um novo infarto	104
55	-	Estado afetivo após o infarto.	104
56	-	Opinião acerca do saber científico sobre o infarto	104
57	-	Opinião acerca da incidência do infarto	105
58	-	Opinião acerca da percepção prévia ao infarto.	105
59	-	Opinião acerca da gravidade do infarto	106
60	-	Opinião acerca da prevenção do infarto	106
61	-	Opinião acerca da evolução clínica do infarto.	107
62	-	Opinião acerca da evolução psicológica pós-infarto	107
63	-	Principal fonte das opiniões sobre o infarto	108
64	-	Opinião acerca do papel dos médicos e relação.	108
65	-	Opinião acerca do principal fator correlacionado com o infarto .	109
66	-	Lista classificatória de 20 fatores correlacionados com o infarto, por grau de importância.	110
67	-	Opinião acerca da correlação entre sexo e o infarto.	111
68	-	Opinião acerca da correlação entre faixa etária e o infarto. . .	111
69	-	Opinião acerca da correlação entre principal tipo de alimentação e o infarto	112
70	-	Lista classificatória de 6 tipos de personalidade correlacionados ao infarto, por grau de importância.	112

PÁGINAS

71	-	Opinião acerca da correlação entre tipo de ocupação e o infarto.	113
72	-	Opinião da correlação entre classe sócio-econômica e o infarto .	113
73	-	Número de exames subsidiários citados para doenças cardíacas . .	114
74	-	Lista classificatória de 13 medidas terapêuticas e preventivas do infarto, por grau de necessidade.	115
75	-	Opinião acerca da incidência do infarto segundo sexo dos entrevistados	116
76	-	Opinião acerca da incidência do infarto segundo faixa etária dos entrevistados.	116
77	-	Opinião acerca da incidência do infarto segundo faixa de renda mensal dos entrevistados	117
78	-	Opinião acerca da gravidade do infarto segundo sexo dos entrevistados.	118
79	-	Opinião acerca da gravidade do infarto segundo faixa etária dos entrevistados.	118
80	-	Opinião acerca da gravidade do infarto segundo faixa de renda mensal dos entrevistados	119
81	-	Opinião acerca da prevenção do infarto segundo sexo dos entrevistados	119
82	-	Opinião acerca da prevenção do infarto segundo faixa etária dos entrevistados.	120
83	-	Opinião acerca da prevenção do infarto segundo faixa de renda mensal dos entrevistados	120
84	-	Opinião acerca da percepção prévia ao infarto segundo ocorrência provável desta percepção	121
85	-	Opinião acerca da evolução clínica do infarto segundo expectativas da evolução da própria saúde	122
86	-	Opinião acerca da evolução psicológica pós-infarto segundo referido sentir-se após o episódio	122
87	-	Opinião acerca do principal fator correlacionado ao infarto segundo fator correlacionado ao próprio episódio	123
88	-	Opinião acerca da correlação entre sexo e a enfermidade segundo sexo do paciente com infarto	124
89	-	Opinião acerca da correlação entre faixa etária e a enfermidade segundo faixa etária do paciente com infarto	124
90	-	Opinião acerca da correlação entre tipo de ocupação e a enfermidade segundo renda familiar do paciente com infarto.	125
91	-	Opinião acerca da correlação entre classe sócio-econômica e a enfermidade segundo renda familiar do paciente com infarto . . .	125

PÁGINAS

92	-	Opinião acerca da correlação entre hipertensão e a enfermidade segundo ocorrência de hipertensão no paciente com infarto . . .	126
93	-	Opinião acerca da correlação entre hiperlipidemia e a enfermidade segundo ocorrência de hiperlipidemia no paciente com infarto.	127
94	-	Opinião acerca da correlação entre obesidade e a enfermidade segundo ocorrência de obesidade no paciente com infarto.	127
95	-	Opinião acerca da correlação entre tipo de alimentação e a enfermidade segundo hábito alimentar do paciente com infarto.	128
96	-	Opinião acerca da correlação entre hábito de fumar e a enfermidade segundo ocorrência de tabagismo no paciente com infarto . . .	129
97	-	Opinião acerca da correlação entre hábito sedentário e a enfermidade segundo ocorrência de sedentarismo no paciente com infarto.	129
98	-	Impressão diagnóstica psicológico-psiquiátrica tida pelo entrevistador	133
99	-	Número de partes em que se realizaram as entrevistas	134
100	-	Dia do pós-infarto em que foram realizadas as entrevistas. . . .	135

- R E S U M O -

Para o presente trabalho, o autor ocupou-se de colher e estudar Histórias-de-Vida de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio - IAM - visando contribuir para a compreensão de receios, dúvidas, expectativas e atitudes deles a partir da escuta e da observação do comportamento global destes pacientes. Procurou conhecer especialmente opiniões leigas de amostras de pacientes, extraídas nos 12 hospitais gerais de Campinas-SP, a respeito do IAM e de aspectos correlacionados, ouvindo 100 indivíduos, distribuídos em dois grupos: um de pacientes com infarto recente e outro, sem antecedentes cardiológicos, pareado por sexo, faixa etária e condições sócio-econômicas. E compilou-se opinião científica de várias vertentes para confrontar com as primeiras. Procuraram-se, também, relações entre opiniões dos pacientes com suas características pessoais e eventos da vida. Como objetivos complementares, propôs-se: discutir aspectos da relação psicossocial entre os pacientes com IAM, suas famílias e as equipes hospitalares; apresentar um modelo de registro de História-de-Vida para aplicação por parte da equipe de saúde e, ainda, reunir conhecimentos para servir de subsídios, em abordagem médica e educativa, para a prevenção e tratamento das coronariopatias.

Os instrumentos aplicados na pesquisa foram basicamente a entrevista não-dirigida seguida por questionários com respostas padronizadas. Os dados colhidos foram considerados numa perspectiva psicossocial e psicodinâmica e as comparações inter e intragrupos foram feitas através de testes estatísticos não-paramétricos.

A discussão deste trabalho principia-se pelos dados da vivência do episódio do infarto e pelas expectativas frente ao reinício da atividade sexual e ao retorno às ocupações costumeiras. A seguir, são comentadas a conscientização dos pacientes sobre a incidência e a gravidade da doença, bem como a necessidade de alertá-los sobre a prevenção, sobretudo entre os subgrupos de mulheres, idosos e população das camadas sociais baixas, que se mostraram os mais alienados. Mereceram atenção as opiniões emitidas pelos entrevistados acerca de possíveis fatores de risco e de medidas terapêuticas e preventivas. Por outro lado, o autor procura apresentar uma visão crítica sobre conhecidos estudos a respeito das chamadas "personalidades coronarianas". Sobre as relações do paciente no círculo familiar e hospitalar, salientaram-se a importância do mecanismo psicológico da negação e as reações do cônjuge, bem como a influência das características da estrutura da equipe cardiológica no estado clínico (psicofísico) do paciente. Quanto ao modelo de coleta da História-de-Vida, sugeriram-se adaptações próprias para uso clínico-assistencial. A discussão encerra-se na questão da necessidade existencial e psicológica de as pessoas terem acesso aos conhecimentos médicos sobre o problema da cardiopatia isquêmica, bem como dos meios de levar estes conhecimentos ao indivíduo e à coletividade.

- A B S T R A C T -

For this paper, the author collected and studied Life Stories of patients with Myocardial Infarction - MI - aiming at contributing to the comprehension of their fears, doubts, expectations and attitudes, by listening to and observing them in their global behavior. We tried to get mainly non-professional opinions of sampled patients from 12 general hospitals in Campinas, SP, regarding the MI and correlated aspects, listening to 100 patients, distributed in two groups: one of patients with recent infarction and the other without cardiological antecedents, paired by sex, age and social-economic conditions. As well as relationships between opinions and personal characteristics and life events were looked for. As for the secondary objectives we proposed to discuss aspects of the psychosocial relationship among the MI patients, their families and the hospital teams; to show a model of Life Story register to be applied by the health team, and in addition to this, to collect knowledge to be used as subsidies in medical and educational approaches for the prevention and treatment of the coronary artery diseases.

The instruments applied in the research were basically non-directed interview followed by questionnaires with standardized answers. The collected data were considered in a psychosocial and psychodynamic approach and inter and intra-group comparisons were done through non-parametric statistical tests.

The discussion of this paper begins with the data of the infarction episode experience and the expectations about the beginning again of the sexual activity and return to the usual occupations. Next, the conscientization of the patients about the incidence and the seriousness of the disease, as well as the need for warning them about the prevention, especially among the sub-groups of women, elders and population of low social strata are commented. The opinions given by the interviewed patients about possible risk factors and rehabilitation measures deserved attention. On the other hand, the author wants to present a critical view of known studies on the so called "coronarian personality". About the relationships of the patients in the family and hospital circle, the importance of the psychological reaction of denying and the spouse's reactions, as well as the influence of cardiological team's structural characteristics on the patient's psychophysical state were emphasized. Regarding the model of the Life Stories collect, own adaptations to the clinical use were suggested. The discussion is closed with the problem of existencial and psychological need of the persons having access to medical knowledge on the ischemic cardiac disease, as well as ways of taking such knowledge to the individuals and collectivity.

- SUMÁRIO DO CAPÍTULO I -

TEMAS INTRODUTÓRIOS

1. A MEDICINA PSICOSSOMÁTICA
 - 1.1 - Alguns momentos importantes
 - 1.2 - Psicossomática e dimensão psicodinâmica
 - 1.3 - Psicofisiologia, stress e psicoimunologia
 - 1.4 - Dimensão sócio-cultural e eventos da vida
 - 1.5 - Conceitos, críticas e perspectivas

2. A QUESTÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
 - 2.1 - Principais contribuições
 - 2.2 - Questões diversas na relação

3. O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: ASPECTOS CLÍNICOS
 - 3.1 - Fatores etiológicos
 - 3.2 - Fatores de risco
 - 3.3 - Mecanismos da doença
 - 3.4 - Diagnóstico e complicações
 - 3.5 - Prognóstico
 - 3.6 - Tratamento e Prevenção

4. REVISÃO DA LITERATURA SOBRE ASPECTOS SÓCIO-PSICOSSOMÁTICOS DAS CORONARIOPATIAS
 - 4.1 - Psicofisiopatologia cardiovascular
 - 4.2 - Coronariopatia, personalidade e fatores emocionais
 - 4.3 - Relação com características pessoais, ocupação e eventos
 - 4.4 - Estudos de fatores culturais
 - 4.5 - Simbolismo e aspectos psicodinâmicos

5. A TRAJETÓRIA PESSOAL PARA ESTA PESQUISA: MOTIVAÇÕES

CAPÍTULO I - TEMAS INTRODUTÓRIOS

O estudo das Histórias-de-Vida de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio e o problema das opiniões sobre a enfermidade constituem o cerne do presente trabalho. Para criar um contexto, optamos por apresentar, antes, um apanhado dos seguintes assuntos: a reflexão e a prática da Medicina Psicossomática e da Relação Médico-Paciente, os aspectos clínicos e psicossociais do infarto do miocárdio e as motivações do autor para esta pesquisa.

IMPORTANTE: A introdução propriamente dita à tese, tais como os critérios para a escolha do problema investigado, a sua identificação e a definição, preferimos reservá-la ao Capítulo dos Recursos Metodológicos, cujo contato colocará o leitor nas linhas específicas do presente trabalho.

1. A MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

1.1 - Alguns Momentos Importantes (72, 89, 113, 125, 162, 176)

A História da Medicina Psicossomática remonta às origens da própria História da Medicina. Lembra Haynal e Pasini que a hipótese de um vínculo existente entre os estados da alma e as doenças apareceu, inicialmente, como uma suposição intuitiva, e depois como uma verdade filosófica especulativa. A bruxaria, as curas miraculosas, em todas as épocas e culturas, pareciam, com efeito, mostrar a influência do psicológico sobre as doenças, sem, no entanto, dizem os autores, prová-la cientificamente. Recordamos que foi Heinroth (1773-1843), médico e mais tarde nomeado professor de Psiquiatria em Leipzig, quem criou, em 1818, o termo "psicossomático". E para marcar o predomínio do fator corporal na gênese de algumas doenças, Jacobi introduziu, em 1828, o termo "somatopsíquico".

Ao longo de toda a sua história, a Medicina oscilou entre uma tendência dinâmica e sintética, estudando o Homem em sua totalidade, e uma tendência analítica, especificista, mecanicista. Já na Antiguidade, levaram-se em conta fatores psicológicos, como em certos locais onde se consagravam a restabelecer a saúde por uma espécie de atendimento dinâmico da personalidade dos doentes. Da mesma maneira, os escritos hi-

poeráticos estabelecem o vínculo entre temperamento e doença. Hipócrates descreveu os delírios dos tuberculosos, distúrbios de memória em casos de disenteria e estados confusionais agudos seguindo grave hemorragia. Considerou o cérebro como o órgão do pensamento e escreveu que as doenças mentais tinham causas naturais, desmistificando algumas doenças como sagradas. Descreveu, ainda, de modo completo, quadros melancólicos, maníacos e paranóicos, classificando-os. Além de examinar o paciente, conversava com ele, indagando sobre as circunstâncias em que iniciaram suas queixas, como também sobre hábitos e condições de vida. Encetou inclusive a prática de conversar com os familiares do paciente acerca do que podiam informar sobre a doença.

Galeno foi a última grande figura da medicina neste período antigo, conforme assinala Mello Filho. Ao lado de suas clássicas contribuições taxonômicas, também colocou que o alcoolismo, a adolescência, as perturbações da menstruação, os fracassos econômicos e amorosos poderiam ser causas das doenças mentais (126).

Na *Idade Média*, as concepções e as práticas médicas sofreram um certo declínio, em consonância com uma tendência à estagnação verificada nos diversos campos da cultura. Com o predomínio da mentalidade espiritualizante sobre as estruturas sociais, as funções mentais foram para o domínio da religião, enquanto os médicos se ocupariam do corpo. As perturbações psíquicas seriam, então, reduzidas a questões demoníacas.

No *Renascimento*, com o avanço das ciências, nos critérios de Galileu e Newton, nasce um novo modelo, o *naturalista*. O Homem é visto no contexto da natureza, porém provido da razão, e o que então se contrapõe a esta, seria anomalia. Como a natureza estaria em equilíbrio, o que é um mal só poderia vir de fora, como a doença, que seria superposta ao Homem. Enfatizou tais idéias o *dualismo cartesiano*, com propostas de estudo em separado do corpo e da alma.

Contudo, modernamente se conceberam também as *Ciências do Homem*, ou histórico-culturais, regidas pelas relações de sentido e de significação. Deste modo, os fenômenos psicológicos adquiriram nova dimensão, podendo ser compreendidos, ao invés de apenas explicados. No entanto também as concepções materialistas adquiriram força com as descobertas da microbiologia, da biologia celular e, recentemente, da microscopia eletrônica, o que tende a deslocar para o corpo a etiologia das enfermidades.

Neste contexto complexo, os trabalhos de Freud, criando e desenvolvendo a *psicanálise*, ganham espaço usando o conceito do inconsciente dinâmico, da repressão e da livre associação de idéias. Considera-se um marco na compreensão ampla de uma enfermidade a abordagem de Freud num caso de histeria de conversão, descobrindo o vínculo mente-corpo (57).

Há cerca de quatro décadas, surgiram autores que associaram conhecimentos psicológicos e psicodinâmicos aos conhecimentos clínicos de patologias orgânicas. Des-

pontam Dunbar e Alexander, cujos trabalhos, em dado momento histórico, permitiram a fundação da Associação Americana de Medicina Psicossomática. Com Flanders Dunbar, em 1943, fala-se em *Perfis Psicossomáticos*, um trabalho descritivo tentando estabelecer um vínculo entre um dado perfil de personalidade, construído a partir de experiências infantis básicas, e uma doença psicossomática, por meios de questionários e testes psicológicos. Em seu livro "Diagnóstico Psicossomático", aborda cinco grupos de patologias: fraturas; doença cardiovascular hipertensiva, oclusão coronariana e síndrome anginosa; doença reumática; arritmias cardíacas e descompensação recorrente e, por fim, diabetes (47).

Franz Alexander, com sua escola de Chicago, por sua vez, contribuiu com a *Teoria da Especificidade dos Conflitos*, para as doenças psicossomáticas (4). Foi um trabalho psicodinâmico, mas muito influenciado pela Fisiologia da época, que seguia um modelo estreito, como o causal linear. Para o autor, as neuroses vegetativas seriam os concomitantes fisiológicos de certas emoções (crônicas) e não teriam o valor dos sistemas de conversão resolvendo conflitos. As doenças psicossomáticas decorreriam das inervações errôneas crônicas, ligadas ao sistema neurovegetativo que prepara para a luta ou para a fuga em situações difíceis. Assim, por ocasião de atitudes crônicas de rivalidade, agressividade ou de hostilidade, o sistema simpático, adrenérgico, seria, também ele, excitado cronicamente. Citam-se os seguintes exemplos. O indivíduo com hipertensão arterial seria um homem bem controlado ao nível da musculatura voluntária, enquanto que ao nível neurovegetativo visceral estaria constantemente sob a pressão das emoções reprimidas, da agressividade, competição, e viveria sob o regime adrenérgico. Já o indivíduo ulceroso obrigaria-se a ser ativo, não se permitindo expressar suas necessidades de dependência, seja porque não pode aceitá-las interiormente, seja porque sua demanda seria rejeitada pelas pessoas que o rodeiam.

Diversos foram os livros sobre Medicina Psicossomática que passaram a ser escritos com o intuito de ocupar um espaço na literatura médica e difundir as contribuições das várias áreas do conhecimento para o entendimento e um exercício médico completo. Rof Carballo publica uma obra respeitável nascida das lições que, sobre o tema "Modernos aspectos de la Patología psicossomática", foram dadas a um grupo de médicos e alunos no ano de 1948, em Madri (31). Entralgo escreve uma introdução histórica ao estudo da patologia psicossomática, comentando que a medicina tem sempre sido, de um modo ou de outro, "psicossomática", mas a patologia não (50). Entendendo patologia psicossomática numa acepção mediata e plena, a partir de uma consideração científica das afecções mórvidas do homem, conforme a índole pessoal de sua realidade psicofísica, ela então, segundo o autor, não tem existido todo o tempo. Outras publicações posteriores têm reunido artigos da área de pesquisa e da clínica, no intuito de alcançar os médicos e sedimentar uma nova postura (74, 109, 209, 212).

Mais recentemente, assumindo a forma de manuais modernos, surgiram obras de autores que têm procurado aplicar descobertas nas áreas da epidemiologia, neuroendo-

crinologia, imunologia e psicanálise, entre outras, atingindo clínicos, psiquiatras e outros especialistas (72, 153). Lachaman dá uma interpretação *comportamental* aos distúrbios psicossomáticos, partindo de um conceito central: a idéia de que o comportamento emocional consiste de conjuntos de reação geral que envolvem extensivamente os mecanismos de reação autônomos, os músculos lisos e as glândulas (102). Entre os autores brasileiros, não podemos deixar de citar aqueles que têm escrito contribuições à literatura da psicossomática, como Perestrello (149, 151), Miller de Paiva (145), Pacheco e Silva (181) e Mello Filho (126).

1.2 - Psicossomática e Dimensão Psicodinâmica

Comentando sobre as contribuições da psicanálise para a Medicina Psicossomática, Mello Filho ressalta que o pensamento de Freud foi sempre psicossomático, já que deu grande ênfase aos aspectos psicológicos do comportamento humano e tinha formação eminentemente médica que o orientou também para uma visão biológica (126). Discorreremos alguns pontos que o autor tem apontado e que consideramos como de real importância para compreensão do doente integral, advindos de várias correntes e especulações psicodinâmicas.

Torna-se relevante para a medicina saber que grande parte de nossa vida mental é regida por processos dos quais não temos conhecimento, resultantes de forças instintivas e emoções profundas que influenciam permanentemente nossas atitudes. Vem o conceito do *inconsciente dinâmico*. Igualmente é importante a *compreensão* do comportamento humano, e não meramente a descrição, como predominava academicamente, para então se dar um novo sentido à biografia do homem, entendendo-se o encadeamento de eventos vitais. Torna-se forte a idéia de que a história da doença ocorre dentro da história da pessoa e aí tem suas significações. Também ganha destaque uma menor diferenciação entre estados tidos como normais e patológicos, vistos antes como bem distintos e antagônicos. Aparece, então, a idéia de um *continuum*, acompanhando entre outros, a adaptação à realidade.

Merece ênfase, para uma visão holista do paciente, o conceito de *imagem corporal*, desenvolvido por Schilder, que corresponde à visão interna que se tem do próprio corpo, com representações conscientes e inconscientes, sendo que a forma como se estrutura esta imagem é de significação importante na localização e manutenção dos sintomas orgânicos.

As noções de *ansiedade*, *conflito* e *defesa* vêm ocupar espaço irreversível no conhecimento do doente, para melhor lidar com este, sobretudo quando as situações conflitivas lhe são mais frequentes: o desmame do bebê, o início do período escolar, a puberdade, o casamento, a maternidade-paternidade, as migrações, as intercorrências na vida profissional, o declínio do vigor físico e mental, etc.

Devemos lembrar a teoria freudiana das *séries complementares*, que procura integrar a participação dos vários fatores implicados na gênese da doença. Postulou-se que interviriam três tipos de fenômenos interatuantes na etiologia das enfermidades: congênitas e hereditárias, representando a constituição; os acontecimentos e vivências da infância, que somados aos primeiros, representariam a disposição; e, finalmente, os fatores atuais ou desencadeantes.

O mecanismo de *identificação* é de grande significação na prática médica, pois um paciente pode estar se assemelhando nas atitudes, na maneira de pensar, no delineamento de objetivos de outras pessoas a quem ama, admira ou teme, e que sofreram problemas de saúde (similares ou não) aos do nosso paciente. Os componentes dessa identificação, muitas vezes se faz necessário discriminá-los para clareamento psicológico do paciente e permitir-lhe um seguimento adequado de seus problemas de saúde. Além disso, podemos lembrar os mecanismos de *somatização*, quadros orgânicos manifestados concomitantemente com graves tensões emocionais. O conceito inclui, sobretudo, perturbações psicofisiológicas, onde o substrato somático é praticamente inexistente. Ainda dentro da esfera dos processos identificativos, cumpre-se lembrar as chamadas *reações de aniversário*, tratando da ocorrência de um evento mórbido por ocasião do "aniversário" de um evento traumático passado, cuja elaboração psicológica foi insuficiente e cuja associação com a manifestação presente é de ordem inconsciente.

O assunto da importância de uma *perda* significativa, seguida da elaboração de um luto, dentro de uma necessária reação depressiva, adquiriu o nível de uma reflexão imprescindível na clínica. Nestas ocasiões, os indivíduos se tornam mais vulneráveis à eclosão de enfermidades. Assim, a perda de um ente querido, de um emprego, de um status, de um ideal podem comumente associar-se a doenças de diversas naturezas, quer sejam neurofisiológicas, infecciosas, até mesmo degenerativas ou neoplásicas. A questão ganha peso sobretudo nas situações de luto patológico, onde se demonstra forte culpa inconsciente.

Conceito bastante interessante é o da *alternância psicossomática*, representada por um suceder de situações psíquicas, somáticas e de relação com o meio, como que uma substituindo, ao menos parcialmente, a anterior. Esta idéia pressupõe uma gênese comum a todas estas exteriorizações, havendo assim um conflito básico da pessoa, que se faz manifesto numa das esferas do homem (biológica, psicológica ou social), conforme condições internas e externas ao indivíduo (balanço entre fatores heredo-constitucionais e ambientais). Sperling, neste sentido, comenta aspectos clínicos e teóricos da alternância entre o comportamento de atuação e os sintomas psicossomáticos (185).

Teríamos outros aspectos enriquecidos com a visão psicanalítica. A presença de traços de *onipotência* costuma levar o indivíduo a atitudes de desafio à realidade, quando pode se expor a fatores morbígenos e desprezo à autopreservação. Assim ocorre na escolha de certos estilos de vida e mesmo profissões de risco.

O *masoquismo*, por sua vez, faz o indivíduo buscar situações de autoflagelo, como a própria doença somática. Parece que a enfermidade funcionaria como expiação de suas culpas inconscientes, havendo, então, um ganho secundário da doença e um processo até de cronificação.

Ainda neste subcapítulo, pareceu-nos interessante incluir uma menção às colocações de Hambling que questiona se a culpa e a ansiedade são experimentadas diferentemente por pacientes sofrendo de doenças psicossomáticas e psiconeuróticas(70). Conclui que tais manifestações podem aparecer diretamente como sintomas nas neuroses, porém são evitadas nas doenças psicossomáticas, ficando a um nível profundamente inconscientes, e têm nas doenças um equivalente simbólico.

1.3 - Psicofisiologia, Stress e Psicoimunologia

Haynal e Pasini apontam diversas abordagens fisiológicas como fazendo parte da história da Medicina Psicossomática e participando da construção de sua doutrina (72). Destacamos, a seguir, alguns pontos, que julgamos importantes, para compreendermos a integração deste aspecto ao todo da medicina.

Coube a *Cannon* o mérito de, juntamente com seus colaboradores, ter colocado em evidência, pela primeira vez, certas lesões, como a úlcera, em animais expostos a estímulos do meio externo. Mostrou as modificações fisiológicas que estão sob situações de medo, fome, dor e raiva, produzidas pela secreção adrenalínica de emergência. Estudando os mecanismos de transformação da emoção em bioquímicos e fisiológicos, derubava barreiras entre mente e funções corporais.

Apontam-se, também, os famosos trabalhos de *Selye* como marco decisivo na investigação do stress, que foi conceituado como o estado de tensão de um organismo submetido a qualquer tipo de agressão, como a ação de dor, frio, fome, estados tóxicos ou infecciosos ou qualquer outro agente, onde se podem incluir os fatores psicológicos. A ameaça à vida provoca stress e respostas adaptativas. Conhece-se a *Síndrome geral de adaptação*, onde se discriminariam três fases: de alarme, resistência e esgotamento. O primeiro estágio da fase de alarme, chamado de choque, é iniciado por uma descarga adrenérgica. O segundo estágio, de contrachoque, corresponde às modificações das reações humorais e neurovegetativas graças a uma hiperatividade da córtex supra-renal, principalmente. Se permanecer o agente provocador do stress, o organismo entra na fase de defesa, que leva muitos destes fenômenos à regressão, quando há uma hiperatividade córtico-supra-renal, resultante do estímulo hipofisário. A fase do esgotamento é consequência da falha destes mecanismos adaptativos a estímulos permanentes e excessivos. As alterações características da fase de alarme reaparecem e o animal vai finalmente a óbito. As restrições que se fazem aos trabalhos de Selye são quanto à falta de ênfase aos fatores psicológicos como agentes do stress. Para a me-

dicina psicossomática, importa que o elemento estressôgeno representa também o contato com o novo e o imprevisível. Aqui entram as tarefas de responsabilidade, a experiência do adoecer e da hospitalização (95, 126). Cassel faz uma revisão do assunto e faz considerações das doenças físicas emergentes como conseqüências do stress, sobretudo ocorrendo nas localidades industriais do ocidente (32).

Modernamente tem aumentado a atenção sobre o tema da *psicoimunologia*, buscando-se a compreensão do papel dos linfócitos e do macrófago, a identificação da estrutura das imunoglobinas e do sistema de complemento. A imunocompetência estaria associada às doenças de hipersensibilidade, auto-ímmunes, infecciosas e neoplásicas.

O processo imunológico é regulado pelo sistema nervoso central e endócrino, sendo as influências nervosas mediadas principalmente pelo hipotálamo. As ações hipotálâmicas alterariam a reatividade do organismo à histamina e modificam as descargas simpáticas e parassimpáticas. Mello Filho sintetiza as considerações de Solomon e Moos sobre as influências do stress e emoções sobre processo imunológico (126). Assim o stress, por via hormonal, atuaria sobre as populações celulares que produzem a resposta imune: os macrófagos, os linfócitos T (responsáveis pela imunidade celular) e os linfócitos B, produtores de anticorpos. Numa primeira fase, os macrófagos apresentam o antígeno aos linfócitos e, numa fase seguinte, estes proliferam-se. Na fase final, os linfócitos T destroem as células-alvo diretamente ou por secreções que atraem e ativam os macrófagos (linfocinas) e estes, por sua vez, fagocitam as células. Os linfócitos B agem produzindo anticorpos que, em conjunto com o sistema de complemento, destroem os antígenos diretamente ou fazem que sejam fagocitados pelos macrófagos. Os macrófagos seriam os alvos principais do stress, sofrendo influência da função hipofisária, tireoidiana e adrenal.

1.4 - Dimensão Sócio-Cultural e Eventos da Vida

A doença modifica a situação do indivíduo na relação conjugal, com o grupo familiar, profissional ou social. Sabemos dos *ganhos secundários* advindos desta situação, com alterações no equilíbrio do casal e da família, no emprego e na sociedade, sobretudo quando a doença se cronifica, como assinala Haynal (72). O autor nos recorda que o inverso também ocorre: a vida social exerce influência sobre a saúde, principalmente em situações de *perda*. Menciona uma série de situações em que já se verificaram alterações da morbidade e mortalidade associadas a problemas sociais. Famosos são os estudos do aumento do número de mortes em famílias que haviam perdido um membro recentemente. Assim como se especula se, ocorrendo mortes no hospital, a família não se tornaria mais vulnerável do que quando ocorrem em casa, talvez pelo *sentimento de culpa* por não estar próxima neste momento importante. Assim como no caso de bebês, indivíduos ainda mais frágeis, estes padecem de problemas psicossomáticos, quando do afastamento da mãe e das mudanças ao redor. Cita os autores Schwab,

Fennell e Warheit cujas pesquisas apontam que, nas classes de baixa renda, as doenças psicossomáticas superam em mais de três vezes a incidência nas classes mais favorecidas. E comentam que tal incidência também aumenta nas modernas sociedades tecnológicas, onde o contato humano se empobrece, passando a *língua corporal* a ter um papel importante, ao ser comparada com as possibilidades de expressão verbal.

Os fatores sócio-culturais nos ajudam a compreender o comportamento da pessoa adoecida. A variação do contexto muda a imagem do doente e da doença, suas significações, as expectativas frente aos médicos e ao tratamento. A doença pode significar uma oportunidade para conseguir maior tolerância por parte dos familiares, no serviço e no meio social. Haynal e Pasini esclarecem que as perturbações sociais agem através dos problemas que se colocam a um nível psicológico, o que nos faz falar de uma ação do campo profissional.

Igualmente os *estudos transculturais* clarearam a influência do meio sobre o adoecer nas diferentes populações. Assim deve interessar aos pesquisadores a detecção de fatores como *hábitos alimentares* de uma comunidade. Outro fator interessante é a *educação global* e a *personalidade básica* que direcionam a pessoa para diferentes grupos de alterações psicossomáticas e diferentes formas de lidar com o stress. Constatou-se que os povos mediterrâneos, como os italianos, têm mais alterações gastrointestinais do que os nórdicos, possivelmente porque os primeiros dão maior peso à relação alimentar mãe-filho, enquanto os segundos têm um ideal educativo com maior controle de si e introversão.

Benavides comenta a suposição de que a acumulação de eventos vitais seja necessária, porém não suficiente, para a gênese da enfermidade e responsável pelo momento de sua manifestação (14). O autor aplica o conceito do "complexo de rendição-abandono". A fase de derrota, de rendição, é marcada pela sensação de fracasso dos recursos habituais para enfrentar as dificuldades e a capacidade de obter gratificações. A fase do abandono, pela sensação final da perda de gratificação. Daí o indivíduo pode recuperar sua capacidade mediante seus próprios esforços ou por fatores circunstanciais ou, então, adoecer.

Eastwood reflete sobre os estudos epidemiológicos em medicina psicossomática (48). Coloca que a tríade epidemiológica hospedeiro-agente-ambiente usada conceitualmente em doenças infecciosas, pode servir como um modelo para desordens psicossomáticas, a despeito do envolvimento de muitas outras variáveis. Haveria maiores problemas com diagnósticos e mensuração, entretanto, e o termo psicossomático assumiria vários significados. Rahe discute que os métodos epidemiológicos são limitados para a efeitos de clarear mecanismos etiológicos, na questão entre recentes mudanças de vida dos sujeitos e sua subsequente susceptibilidade à doença (159).

Levine e Scotch chamam-nos a atenção de que um médico atento, diante de seu paciente acometido por um episódio patológico agudo, pode procurar colher uma histó-

ria social tão boa quanto uma história médica, porém raramente está ele preparado para saber o que fazer com tais informações (107). Assim comentam a necessidade do trabalho conjunto com psicólogos e assistentes sociais para lidar com a questão do stress social, principalmente nas patologias com a clara influência deste elemento, como o alcoolismo, suicídio e abuso de drogas. Bergen traz uma visão sociológica sobre o conhecimento psicossomático e o papel do médico (15). Comenta que uma das mais importantes tarefas da medicina psicossomática é a de educar as especialidades clínicas, fora da psiquiatria, quanto ao modo pelo qual os fatores psicossociais estão implicados na doença.

Retornando à questão dos eventos da vida, Nunes faz observações acerca da metodologia de pesquisa destes elementos em associação com a ocorrência de morbidades em indivíduos (138). Assinala que muitas escalas propostas levam em consideração a natureza qualitativa do evento e menosprezam o peso (o componente quantitativo) de cada evento. O número de eventos pesquisados tem sido arbitrário e, nalgumas vezes, compõe uma lista fechada, com risco de excluir um acontecimento particularmente importante num determinado indivíduo.

Bastante conhecida é a escala de *avaliação de reajustamento social* de Holmes e Rahe (77). Ela busca estabelecer a magnitude dos eventos, medindo a intensidade e extensão de tempo necessárias para a acomodação a um evento da vida, independente de este ser desejável ou não. Com um questionário de 43 eventos, este foi aplicado a 394 indivíduos americanos. Salientamos os mais importantes em ordem decrescente de classificação: morte do cônjuge, divórcio, separação conjugal, condenação à prisão, morte de parente próximo, aborrecimento grave ou doença mental, casamento e dispensa do emprego.

Igualmente conhecidos são os estudos de Dohrenwend e colegas. Em contribuição recente, os autores reviram a escala de Holmes e Rahe, ampliando-a para 102 eventos, especificando a característica de serem desejáveis ou não, divididos nas seguintes áreas: escola, trabalho, amor e casamento, filhos, família, residência, crime e assuntos legais, finanças, atividades sociais, miscelânea e saúde (44). Em sua obra "Status social e desordem psicológica", os autores lembram que, por mais de cem anos, pesquisadores têm relatado que o status social está relacionado à desordem psicológica, mas que modernamente não se busca apenas conhecer uma relação empírica, mas fazer sua interpretação. Nos seus estudos, mostrou-se que o resultado mais consistente foi uma relação inversa entre classe social e taxa relatada de desordens psicológicas, sobretudo esquizofrenia e desordem de personalidade (42). Ocupando-se ainda com o assunto, os autores coordenaram uma série de conferências, com vários especialistas, transformadas em publicação, onde abordam a questão da natureza e efeitos dos eventos estressantes da vida (43). Abordam programas de pesquisa sobre relação entre eventos e doença física, pesquisa clínica sobre relação entre eventos e desordens físicas e psiquiátricas, pesquisa comunitária sobre relação entre eventos e sin-

tomatologia psiquiátrica e pesquisa de eventos estressantes em geral.

1.5 - Conceitos, Críticas e Perspectivas

A palavra psicossomática, isoladamente ou associada com as palavras medicina e doença, guarda diferentes acepções (126, 206). Originariamente o conceito de psicossomática estava imbuído do sentido dado por algumas doenças, em que se evidenciou o fator emocional acrescido à gênese, desencadeamento ou alteração na evolução dessas doenças. Assim, doenças psicossomáticas constituíam um grupo composto pela úlcera péptica, hipertensão arterial, asma brônquica e retocolite ulcerativa, entre outras.

Hoje procuram-se superar conceitos de psicogenicidade e somatização, por exemplo. Quer-se assumir a atitude de apreender a manifestação do adoecer em função da *globalidade*, isto é, unidade integradora de todas as dimensões da pessoa humana. Compreender a enfermidade com aquilo que ela quer dizer a respeito do homem possuidor de conflitos existenciais.

A literatura tem feito três principais críticas ao termo "psicossomática". São estas:

1. *a monodirecionalidade*: implicando se tratarem de distúrbios "localizados" no "soma" sob a influência ou origem na esfera psíquica. Assim como a expressão *somatopsíquica* poderia indicar o caminho oposto. Ambas não trariam em seu bojo a idéia da manifestação do global simultânea;

2. *a ênfase da dicotomia*: a palavra, ao ser composta pelos radicais "psique" e "soma", daria a conotação da divisão, como se pudessem ser dois segmentos justapostos, quebrando o sentido da unidade que se quer dar à pessoa;

3. *a simples individualização*: a expressão omite a dimensão do social e do cultural, como se corpo e alma não se expressassem também pela relação com o mundo externo (pessoas ou coisas), com o quê, na verdade, vivem em permanente contato e trocas.

Dentre as *perspectivas* para a medicina psicossomática, Wittkower assinala a conveniência de se incluir a dimensão ecológica à discussão (211). Passaríamos à visão do equilíbrio do ser consigo mesmo e com o ambiente que o insere. Jenkins considera que nos últimos 50 anos de medicina psicossomática como campo identificado e distinto, vê-se um vigoroso desenvolvimento, não tanto seguindo o modelo de desenvolvimento de um organismo, mas preferencialmente mais próximo da expansão de um movimento social — altamente diferenciado, multidisciplinar e avançado — frequentemente não anunciado em muitas direções diferentes (83). Pergunta se não seria hora de inte

gração teórica e conceitual de nosso campo multifacetado, se seria desejável ou mesmo possível. O autor pensa que a força nas décadas futuras repousará sobre a diversidade e a contínua propagação de novas áreas de pesquisa e prática. Já teríamos assuntos envolvendo a interação mente-corpo em quase todas as especialidades médicas. E diríamos, também, nas atividades humanas em geral. Coloca que talvez um dos nossos próximos horizontes seja expandir esta interação para explorar mais extensivamente a dimensão interpessoal, social e cultural do processo de vida e levar à maior avaliação do impacto dos múltiplos aspectos do ambiente sobre estes processos. Outro horizonte seria a integração de novas tecnologias da endocrinologia, imunologia, neurologia e bioquímica com os mecanismos psicossociais. Horizontes adicionais envolveriam maior atenção à psicossomática de outras fases da história natural da doença, tal como reabilitação, recuperação e manutenção. E, ainda, o crescimento de número de idosos na sociedade faz da psicossomática gerontológica uma área prioritária para investigação e clínica.

Cabe uma palavra a respeito do *ensino* da psicossomática. Reischsman discute programas de ensino da habilidade e métodos de observação, de ajudar estudantes a adquirir informação sobre relação mente-corpo na saúde e na doença, descrevendo organizações de serviços de interconsulta (163). Lipsitt avalia os problemas deste ensino, sugerindo reflexões sobre a necessidade da identidade humanística na educação médica, da redefinição da abordagem multidisciplinar e cuidados médicos primários(110). Entre nós, Paiva fez recentemente uma avaliação do ensino da psicossomática, comentando dinâmicas de grupo utilizadas, assim como a criação de um departamento interdisciplinador e do serviço de "Liason Psychiatry" (psiquiatria de ligação)(146), lembrando-nos desta conceituação de Lipowski.

2. A QUESTÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

2.1 - Principais Contribuições

Não poderíamos começar a abordagem deste tópico, senão por Balint, cuja obra "O médico, seu paciente e a doença", de 1956, está consagrada. Apresenta resultados de um projeto de pesquisa desenvolvido por um grupo de catorze clínicos gerais com o psiquiatra. A natureza da investigação requereu que os clínicos revelassem com franqueza muitos dos detalhes pessoais de seu trabalho cotidiano, que raras vezes vêm a público, e também que submetessem tais detalhes à crítica exaustiva e aguda, conforme o próprio autor coloca. Sua esposa, Enid, participou da obra com supervisão de casos tratados na pesquisa e conferências sobre estes. Lembremos algumas idéias do autor (12).

Observou que o clínico costuma aplicar automaticamente os métodos elaborados e demonstrados pela prática do hospital, como a coleta da "história médica", com sua

quase padronizada seqüência de perguntas. Considerou que ele se protege da possível omissão de uma doença orgânica, mas não obtém nada mais. Acontece, também, de achar certo sinal físico accidental, frequentemente sem importância, passando a induzir e ajudar o paciente a "organizar" sua doença em torno daquele. Assinalou que as "doenças clínicas", bem estudadas e classificadas no hospital, são apenas episódios de uma longa história, mesmo que elas sejam dramáticas ou trágicas. E mesmo que deva cuidar de seus pacientes em tais episódios, estes representam algumas das várias "doenças" que os pacientes "oferecem ou propõem" a seu médico.

O autor conceituou o *conluio no anonimato*, situações em que um paciente é passado por vários especialistas, que diluem assim suas responsabilidades e desconhecem os antecedentes biográficos daquele. Falou da *utopia* na medicina, onde todas as distorções das relações da atividade médica possam vir a ser superadas. Comentou que o médico deve saber achar tempo para proceder a *entrevista prolongada* nos casos em que achar necessário começar e não se satisfará com os diagnósticos superficiais, como os que aparecem nas fichas do hospital, mas chegará ao "mais profundo" com a compreensão das "ofertas" do paciente. O médico terá de aprender, segundo Balint, quando já não é mais necessário tratar a "enfermidade clínica", ignorando-a e concentrando sua atenção sobre o "conflito" subjacente. Seria preciso saber "o que tratar", com os hospitais-escola ensinando técnicas para escutar. Falou da função apostólica, da capacidade de penetrar no conflito do paciente, descobrir os problemas de fundo, antes de "confortar" o paciente.

Finalmente, fez uma reflexão sobre a farmacopéia da substância chamada "médico", para que se indique como e em que proporções se há de administrá-la, ou seja, as doses para fins curativos, de manutenção ou preventivos. O médico deve tomar cuidado, entre outras coisas por exemplo, em dar "conselhos" porque geralmente são tiros no escuro, embora tenham a melhor intenção.

Por outro lado, é a figura de Perestrello, entre nós, que obrigatoriamente deve ser lembrada, sobretudo pelo seu clássico trabalho "A medicina da pessoa", de 1973. Um livro vivido, segundo o autor, representando sua experiência como psicanalista, com clínicos durante quinze anos no setor de Psicossomática da então Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (149).

Comenta o autor que o médico sai da faculdade sem ter presente em seu espírito que o paciente é um ser humano, semelhante a ele, médico. Quando chamado, vai equipado com seus conhecimentos, munido de instrumentos para exame e preparado para fazer perguntas necessárias e para examinar os órgãos. Lembra que a palavra *terapêutica*, em sua raiz grega, não tem apenas o significado de curar, mas terapeuta é aquele que cuida de algo, alguém obsequioso, que serve, servidor.

A partir desta lembrança, Perestrello afirma que o médico tem que estar apto a proceder a uma *anamnese não dirigida*, pois com suas perguntas chegaria somente ao

diagnóstico da doença, necessário mas não suficiente, porém jamais ao diagnóstico do doente. Assinala que a anamnese, sendo "dirigida", dirige-se a uma parte do doente, não ao doente todo. Em tais circunstâncias, o médico relacionar-se-ia com órgãos, aparelhos e sistemas, só com parte do paciente. Disso viria o risco de *coisificar* o doente.

Comenta a relação transpessoal, uma relação viva. Todo o ato médico é um ato vivo, por mais que lhe dêem um caráter técnico, não existindo ato puramente diagnóstico. Todas as atitudes do médico repercutiriam sobre a pessoa do doente e teriam significado terapêutico ou antiterapêutico, segundo as vivências que despertariam no paciente e nele, médico, também. O contato entre médico e paciente produziria configurações a partir de múltiplos encaixes. Haveria encaixes com configurações harmoniosas e desarmoniosas, levando respectivamente a efeitos positivos e negativos, no médico e no paciente.

Citamos, também, Mello Filho, que ao abordar a questão da relação médico-paciente propõe conhecer didaticamente este encontro, estudando a pessoa do paciente, a do médico e a interação entre ambos (126).

Quanto ao *paciente*, o autor assinala que este procura o médico em busca de um "algo a fazer" ou, às vezes, um "nada a fazer". Comenta que este traz os sintomas com suas respectivas fantasias e concepções, que são importantes para a compreensão do todo da sua doença, embora podendo não ter relação direta com a gravidade dos sintomas. Aponta as *defesas psicológicas* mais usadas contra a ansiedade provocada pelo sentimento de estar enfermo: a racionalização, tentando amenizar a sensação do perigo, e a negação tentando eliminá-lo. Lembra ainda a regressão, ocorrida conforme a intensidade dos fenômenos de sua vida mental. Quanto às expectativas do paciente em relação a seu médico, começariam bem antes do primeiro contato. Idealiza o médico, pois é quem mantém a saúde e evita a morte. Aparece o contexto *transferencial*, de projeção de imagens maternas e paternas, a influência do passado sobre o presente.

Mello Filho recoloca, por sua vez, a figura do *médico* sendo formada pela identificação com outro médico importante, pelo desejo de salvar uma pessoa significativa, pelo desempenho de seu papel na sociedade e busca de ascensão sócio-econômica e, ainda, pelo desejo de tratar e curar a si mesmo. Como o paciente, o médico leva à consulta suas expectativas e fantasias. Na *interação* entre ambos, projetam e introjetam coisas de parte a parte. Há amor e há ódio, inconsciente ou conscientemente. Há inicialmente uma "confusão", assim como uma mãe precisa "confundir-se" com a criança, no seu interior, para compreendê-la.

2.2 - Questões Diversas na Relação

Eksterman fala dos fatores iatrogênicos na relação médico-paciente, que acon-

teceriam naquela em que o médico estaria incapacitado para fornecer um "holding" adequado ao doente, trazendo sobrecarga de ansiedade, com formação reativa de novos sintomas ou agravamento dos antigos. Enfatiza, assim, a importância do "holding" representado esquematicamente pelo amparo da mãe ao bebê, citando Winnicott. Lembra que em chamados de urgência pode ser bem vista a atitude regressiva dos doentes, pelo tom dramático do chamado e o clima de tragédia em torno de qualquer alteração aguda do organismo. Discute a posição "antálgica" do doente diante da realidade, encolhendo-se no leito, exigindo a "amamentação" das dietas ou medicamentos, cercado-se da proteção de familiares. O médico seria o papai ou mamãe onipotentes, capazes de resolver e controlar tudo (49).

Figliuolo, Queiroz e Mello Filho comentam problemas da relação médico-paciente no ambulatório e no hospital (55). Lembram que a necessidade de levar a assistência médica às massas populacionais exigiu a *institucionalização da assistência*, afirmando ter trazido resultados positivos e também numerosos problemas. Hoje, no atendimento aos doentes, não se pode separar médico-paciente-instituição e apontam as crises geradas em todos os lados deste triângulo. Na relação médico-instituição, elas seriam provocadas pelo excesso de doentes a serem atendidos, angustiando o médico e, por outro lado, aliviando-o ao justificar seu atendimento precário. A crise na relação paciente-instituição adviria da longa espera e do rápido atendimento onde o doente procura descarregar suas insatisfações sobre o médico, que é a pessoa a representar a instituição naquele momento. Na relação médico-paciente, propriamente dita, tem chamado a atenção dos autores a crise gerada pelo fato de o doente ser tratado por vários médicos. Lembram, também, que, por trás de queixas físicas, existem dificuldades sociais e familiares, já que exercem grande influência na eclosão e evolução das doenças.

Continuando a debater tais problemas a nível *ambulatorial*, os autores são de opinião de que uma psicoterapia deve sempre existir no encontro médico-paciente, mesmo nos casos de patologia orgânica. Lembram que há médicos que conseguem enxergar os casos a exigir mais atenção, dedicando-lhes mais tempo. Chamam tal atitude de *individualização do tempo da consulta*.

Ao falar dos problemas a nível *hospitalar*, ressaltam alguns motivos psicológicos para a internação: dificuldade de o doente manter-se em tratamento ambulatorial por viver em ambiente familiar ou profissional hostil ou rejeitante; pressão da família por não se sentir em condições psicológicas ou sócio-econômicas para manter o doente no lar; mau relacionamento do médico com o paciente, que procura frustrar o tratamento e pede a internação para se livrar daquele ou castigá-lo. Daí é internado, reduzido às razões médicas, ignorando os conflitos familiares e sócio-econômicos. Ao falar das tendências à regressão, dizem que é reforçada pela perda da posição ocupada na família e na sociedade por parte do doente, que se torna um cumpridor de normas hospitalares. Sobre a equipe de profissionais de um hospital, colocam que quando

esta não se relaciona de maneira harmônica, cumprindo tarefas não integradas, a relação com o doente tornar-se-ia fragmentada, ocasionando atos de rebeldia e reclamações. Nesta situação, verificam que o paciente elege um dos componentes da equipe para relacionar-se de forma mais íntima, que pode não ser o médico responsável, mas até mesmo um acadêmico ou alguém da enfermagem.

Haynal cita cinco situações que as perturbações da relação médico-paciente podem traduzir: necessidade de dependência exacerbada, recusa da relação com o médico, desaparecimento dos sintomas, dificuldade em aceitar e assumir o "papel do doente" e, por fim, sentimento de ser incompreendido (72). A necessidade exagerada de dependência manifestar-se-ia de diferentes formas, como na síndrome de Munchhausen, onde o paciente suscita cuidado em atenção por todos os meios, inclusive a simulação. Na síndrome eretomaníaca, haveria fantasias eróticas centradas sobre o médico, com a paciente interpretando a solicitude deste como uma prova de amor. Nas reações de reivindicação dirigidas aos médicos, para que estejam disponíveis para atender "imediatamente", sendo que o paciente não satisfaz sua avidez. O autor inclui como uma quarta forma de dependência a hipocondria, na medida que pode ser igualmente mantida pela esperança de manter uma relação com o médico. Outra perturbação, a recusa da relação, dever-se-ia ao temor de ser entregue ou dominado pelo médico, assumindo diferentes aspectos: protelação da consulta, não seguimento das recomendações e tratamento e falta aos retornos. Quanto ao desaparecimento dos sintomas, poder-se-ia dar, devido à angústia frente ao tratamento e suas exigências. A dificuldade interior de certos pacientes aconteceria levada pelo possível comprometimento de sua imagem narcísica, sentir-se inferior, não querer submeter-se àquele que tem o saber. Finalmente, sentir-se não compreendido pelo médico leva o paciente a passar de um profissional a outro, indo também ao farmacêutico ou mesmo a um charlatão, na procura desesperada de quem escute e compreenda.

O alemão Schüffel, do Departamento de Medicina Psicossomática da Universidade de Ulm, coloca-nos que a relação médico-paciente está baseada nos princípios de interação, coletando dados, e integração de ambos, interação e dados, dentro do global diagnóstico-terapia. Assinala que a literatura revela uma quase completa negligência de princípios de interação e integração, sendo que tal ocorreria mesmo na literatura orientada psicossomaticamente (1975).

Na realidade, a literatura sobre o assunto se amplia bastante, com vários autores comunicando reflexões importantes sobre a relação médico-paciente. Posterli destaca os aspectos humano-psicológicos deste relacionamento (154). Bernik procura mostrar que este, quando bem sucedido, continua sendo a maior garantia do sucesso terapêutico (16). Masci lembra que o médico não exerce "biologia humana aplicada"... (120). Outros têm procurado publicar textos didáticos para levar a questão a acadêmicos e profissionais. Moreira, por exemplo, aborda a especificidade do relacionamento frente à presença da enfermidade, conceitua esta, enumera as diferentes expectativas do

médico e do paciente. Por fim, o autor comenta aspectos práticos da relação: a escolha do médico, as pertinências de uma entrevista, etc.

Acrescentamos, ainda, a visão crítica e contundente de Clavreul, que chega a afirmar não existir relação médico-doente, pois existiria o obstáculo do vocabulário técnico especializado (37). Lembra que, no entanto, os doentes aprendem este vocabulário, o que se dá apesar da resistência do corpo médico em difundí-lo, devida à preocupação destes profissionais em guardar um caráter esotérico para o saber. Assinala que os médicos pensam que seus doentes e o público em geral, mesmo aprendendo palavras e conceitos, apenas fariam mau uso deles, por não conhecerem suas articulações. Afirma não existir relação médico-doente, nem médico-doença. Existiria apenas uma relação instituição médica-doença, pois o médico só fala e intervém enquanto é o representante e funcionário do discurso médico. Sua personagem deve se apagar diante da objetividade científica.

3. O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: ASPECTOS CLÍNICOS

Na elaboração deste subcapítulo, utilizamos textos de Bierman (18), Braunwald e Alpert (24), Willerson (208) e Wolinsky (215), que se encontram em tradicionais tratados de medicina interna e dos quais selecionamos trechos que nos trouxessem noções científicas do infarto do miocárdio e que pudessem ser comparadas a noções leigas contidas no Capítulo de Resultados do presente trabalho.

3.1 - Fatores Etiológicos

O termo infarto do miocárdio é usado para descrever a irreversível lesão e a necrose celular que ocorrem em virtude de prolongada isquemia. O infarto pode resultar de oclusão coronária, máxima redução do fluxo sanguíneo para certas regiões do miocárdio, ou de insuficiente aumento do fluxo coronário relativo à demanda regional de oxigênio durante períodos de grande stress. Em quase todos os casos, existe certo grau de redução da luz vascular coronária devida à aterosclerose nos pacientes com infarto do miocárdio. Entretanto há exceções. O infarto agudo do miocárdio também pode resultar de dissecação da artéria coronária, embolismo ou espasmo arterial, vasculite, origem anômala na artéria pulmonar de uma das artérias coronárias e fístula arteriovenosa coronária congênita.

Patogênese da Aterosclerose

A aterosclerose é multifatorial em origem e progresso. Há teorias clássicas que invocam processos como lesão vascular, infiltração lipídica, trombose e hemorragia. Estes termos, no entanto, estão sendo incorporados aos novos conhecimentos da biologia celular. Os dois principais tipos celulares encontrados na parede dos vasos sanguíneos são as células musculares e as células endoteliais. O endotélio parece ter importância na determinação do índice de penetração de materiais circulantes, inclusive as lipoproteínas, na parede vascular e na manutenção da não trombogenicidade da superfície do vaso. As células musculares lisas elaboram a extensa matriz do tecido conjuntivo da parede arterial e metabolizam aqueles componentes do plasma que penetram na parede do vaso. Quando ocorre a aterosclerose, os elementos básicos estão presentes, mas há um quadro alterado de proliferação das células musculares lisas, de depósito de tecido conjuntivo e o acúmulo de lipídio.

Acredita-se que uma alteração na barreira funcional ou estrutural apresentada na túnica de células endoteliais seja um evento precoce na patogênese de aterosclerose. A turbulência local e a força de distorção geradas pelo fluxo sanguíneo sob alta pressão podem determinar a especial suscetibilidade de certos locais da superfície do endotélio e sofrer ruptura. Duas principais consequências da perda do endotélio seriam a maior trombogenicidade dos locais descobertos e a penetração excessiva de lipoproteínas circulantes e outros componentes do plasma na parede vascular.

O aumento da síntese do tecido conjuntivo está intimamente vinculado à proliferação celular. Os estímulos específicos, em nível celular, para a maior síntese protéica do tecido conjuntivo, não foram identificadas, embora a hipertensão, em particular, pareça promover a fibrose, enquanto o estradiol dado experimentalmente parece retardá-la. A lipoproteína circulante, em particular a LDL (lipoproteína de baixa densidade) pode ser detectada em muito baixas concentrações nos vasos sanguíneos normais. Com a perda da integridade endotelial, presume-se que ocorra um maior influxo dessa lipoproteína, resultando em acúmulo progressivo de lipídios por dois mecanismos. Em primeiro lugar, ocorre uma fixação à exagerada matriz extracelular, nas lesões mais avançadas. Talvez uma determinante de maior importância nas lesões mais recentes seja, entretanto, a capacidade metabólica das células musculares lisas em enfrentar o incômodo lipídio. A habilidade da célula em manter o equilíbrio entre interiorização e catabolismo do complexo de lipoproteínas (inclusive do éster de colesterol em colesterol e ácido graxo) e a síntese de lipídios podem determinar sua suscetibilidade ao acúmulo lipídico intracelular. No sentido de que o ingresso possa exceder o egresso do produto, o acúmulo de lipídios é considerado como uma forma sutil de doença de depósito na célula muscular, que se torna um repositório de éster de colesterol e outros lipídios de lenta penetração. Com base na informação disponível, parece plausível admitir que muitos "fatores de risco" exercem uma influência sobre o

balanço influxo-efluxo. Por exemplo, as relações entre os níveis de LDL e HDL (lipoproteína de alta densidade) e o risco da doença podem derivar, pelo menos em parte, do suposto papel atribuído à LDL de transportar o colesterol para a célula e a HDL de remover o colesterol da célula.

3.2 - Fatores de Risco

O conceito de fatores de risco, na aterosclerose, deriva dos estudos epidemiológicos. Um perfil do risco pode ser obtido pela avaliação da frequência com que características específicas e medidas químicas se acham associadas à ocorrência de certos eventos clínicos em uma dada população. O epidemiologista pode apenas apontar as associações; ele não pode determinar o mecanismo nem estar certo da interação dentro de uma característica particular e a presença da doença.

a) Sexo

Um retardamento de 10 a 15 anos na verificação da aterosclerose coronária e cerebral e suas seqüelas é visto nas mulheres, em comparação com os homens, até aproximadamente os 50 anos de idade. Após isso, correspondendo de modo aproximado à menopausa, a incidência da doença em ambos os sexos torna-se similar. A aceleração da doença vascular em indivíduos mais jovens com diabetes mellitus desfaz as diferenças relativas ao sexo. Parece que o mecanismo responsável pela influência do sexo refere-se à ação antiaterogênica dos hormônios femininos.

b) Idade

O risco de infarto do miocárdio aumenta com a idade, seja qual for o sexo. Pouco se sabe a respeito desse fator, mas supõe-se que ela representa a duração da exposição a outros fatores. Por outro lado, observa-se atualmente a incidência do infarto antecipando-se já para a 4.^a década da vida.

c) Hereditariedade

Os padrões de herança familiar da hiperlipidemia, hipertensão e diabetes mellitus são bem conhecidos. A separação dos fatores comportamentais dentro de famílias, inclusive tabagismo, obesidade e talvez atividade física, é também observada. Por outro lado, ocasionalmente, podem-se encontrar famílias com excesso de doenças vasculares prematuras nas quais nenhum dos fatores de risco parece estar operando.

d) Hipertensão arterial

A evidência experimental e clínica tem convincentemente demonstrado a importância da pressão arterial como um acelerador de aterosclerose. Uma pressão sistólica de mais de 160 mm Hg e diastólica superior a 95 mm Hg oferece um risco cinco vezes maior de cardiopatia coronária, em comparação com os indivíduos normotensos. A hipertensão representa o mais forte fator de risco global para as doenças clínicas nos indivíduos acima dos 45 anos de idade.

e) Hiperlipidemia

Outro principal fator de risco é a presença de elevados níveis, no sangue circulante, de lipídios: colesterol e triglicérides. O problema pode ser dividido em dois componentes: os níveis lipídicos geralmente elevados nas populações industrializadas em comparação com as comunidades agrícolas e a identificação dos indivíduos de alto risco, com lipidemia alta dentro de uma dada faixa populacional. A hiperlipidemia encontrada em populações inteiras parece estar relacionada com a dieta, embora fatores genéticos possam desempenhar algum papel. A maior ingestão de gorduras saturadas, açúcar refinado e de calorias totais, por uma população sedentária, parece ser de grande importância.

Com o emprego das técnicas de ultracentrifugação e de eletroforese, quatro principais classes de lipoproteínas têm sido identificadas como transportadoras de lipídios no plasma. Uma, os quilomicrons, são as partículas maiores, contendo o máximo de lipídios (especialmente os triglicérides) e o mínimo de proteínas (1 a 2% do peso), e se encontram normalmente na circulação apenas logo após as refeições. No estado de jejum, outra, as lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL), transporta a maior parte dos triglicérides circulantes, assim como menores quantidades de colesterol. A terceira, as lipoproteínas de baixa intensidade (LDL), é derivada do metabolismo das VLDL, e transporta a maior parte do colesterol e ésteres de colesterol séricos. E, finalmente, lipoproteínas de alta densidade (HDL) são as menores partículas e contêm maior quantidade de proteínas (50% do peso); os fosfolipídios e o colesterol representam cerca de 45% a 35%, respectivamente, do lipídio. As HDL acham-se envolvidas na esterilização do colesterol livre lançado no plasma pelos tecidos. Os triglicérides plasmáticos refletem acuradamente os níveis de VLDL, e o colesterol plasmático total indica os níveis de LDL-colesterol, no homem, embora esta última relação não seja constante.

Os três mais comuns padrões eletroforéticos das lipoproteínas séricas nos indivíduos com vasculopatia aterosclerótica prematura são: aumento da LDL ou tipo IIa (colesterol elevado e triglicérides normais), aumento da VLDL e LDL, ou tipo IIb (elevado colesterol e também triglicérides), e aumento da VLDL ou tipo IV (colesterol normal ou levemente elevado e alto teor de triglicérides). Esses três padrões apa-

recem com igual frequência nos sobreviventes de um infarto agudo do miocárdio, com menos de 60 anos de idade.

f) Obesidade

A obesidade, em particular com 20% ou mais de peso ideal, acarreta significativamente maior risco. Entretanto, quando as variáveis associadas, como hipertensão, hiperlipidemia e diabetes mellitus, são afastadas, a obesidade por si não demonstra clara contribuição para o risco. O efeito salutar da redução do peso corporal sobre as outras variáveis coloca-a em primeiro plano na conduta terapêutica.

g) Hiperglicemia e diabetes mellitus

A intolerância à glicose, definida como uma glicemia casual de 120 mg por decilitro ou mais, ou a presença de glicose na urina, age independentemente dos outros fatores de risco comumente associados, como a elevação dos triglicérides, a obesidade e a hipertensão. Ela é de certo modo mais importante nas mulheres do que nos homens. O excesso de risco associado à intolerância à glicose pode ser 100%. Quando presente em combinação com a trigliceridemia superior a 150 mg por decilitro, encontra-se um acentuado efeito sinérgico do diabetes mellitus no desenvolvimento da doença coronária difusa angiograficamente demonstrável.

h) Dieta alimentar

As alterações dietéticas em populações que migram de sociedades mais primitivas para outras mais industrializadas comumente incluem um aumento na ingestão de calorias totais, gorduras animais, colesterol e sal, levando ao surgimento, acentuado pela dieta, de fatores de risco como obesidade, hiperlipidemia e hipertensão. O nível médio de colesterol na maioria das populações está intimamente relacionado à quantidade de gorduras animais (ovos, carne e derivados do leite, as principais fontes de ácidos graxos saturados de cadeia longa e colesterol) na dieta. Um maior consumo de gorduras animais também tende a se correlacionar com uma proporção maior de gorduras saturadas na dieta e a uma menor ingestão de carboidratos complexos e fibras vegetais. Embora uma relação causal, em seres humanos, entre a ingestão de sódio e a hipertensão não tenha sido firmemente estabelecida, também foi recomendado que se evitem os excessos de sódio na dieta.

i) Tabagismo

Um maior risco de vasculopatia aterosclerótica, que se manifesta entre outros pelo infarto do miocárdio, é observado nos indivíduos que fumam em comparação com aqueles não-fumantes. Na idade de 45 anos, o excesso do risco nos homens aproxima-se

de 70%. A maior freqüência de aterosclerose encontrada à necrópsia de fumantes está correlacionada ao grau do prévio uso de cigarros. Além das alterações ateromatosas nos principais vasos sanguíneos coronários, as pequenas artérias intramiocárdicas mostram um maior espessamento fibromuscular difuso da íntima. Não são essas alterações estão relacionadas, em grau, com o número de cigarros fumados, como também os fumantes de cigarros e cachimbos exibem mais impressionantes lesões do que aqueles que não fumam.

A morte súbita é o mais freqüente evento clínico relacionado com o hábito de fumar cigarros. A abstenção do cigarro de maneira nítida e pronta reduz o risco de tal evento. Os níveis de carboxiemoglobina acham-se significativamente aumentados nos fumantes e cerca de 15% destes exibem valores de 5% ou mais. Os homens no grupo etário de 30 a 69 anos que alcançam este nível de carboxiemoglobina apresentam uma prevalência 20 vezes maior de acidentes vasculares ateroscleróticos em comparação com os não-fumantes ou aqueles fumantes com níveis menores de 3%. Uma artéria coronária estreitada pode ser incapaz de fornecer o aumento de 20% do fluxo sanguíneo requerido para a compensação da reduzida disponibilidade de oxigênio do sangue que contém 5% de carboxiemoglobina, e com isso evitar a isquemia.

j) Alcoolismo

O consumo moderado do álcool parece estar associado a menor risco do infarto do miocárdio, talvez devido a um efeito positivo sobre a relação HDL/LDL.

l) Sedentarismo e ocupação

É difícil separar os riscos dessas variáveis de outros fatores, o que se presta à confusão. Os indivíduos sedentários apresentam muitos outros fatores de risco em ação. Os estudos epidemiológicos mostram que somente o trabalho físico pesado, do tipo feito nas comunidades rurais ou pelos mais ativos estivadores, está associado a menor risco de infarto do miocárdio e de morte súbita. O declínio considerável da morte súbita nesses grupos sugere que o miocárdio estimulado pelo exercício físico pode ser menos vulnerável a um acidente isquêmico fatal. Muitas análises sociais e demográficas até agora falharam em alcançar qualquer consenso a respeito das relações etiológicas da ocupação e fatores situacionais semelhantes e a incidência de coronariopatia isquêmica.

m) Vida urbana e classe social

Estes fatores merecerão destaque no item 1.4.

n) Tipos de personalidade e stress

Idem.

o) Outros fatores.

Uma grande quantidade de variáveis ligadas ao risco cardíaco contribui apenas com uma parte do risco. A uricemia é um dos lembrados. Ainda poderiam ser citados: capacidade vital pulmonar, tipo sanguíneo, conteúdo de sais minerais da água potável, ritmo circadiano ligado a picos hormonais no sangue (90) e outros quase desconhecidos, como propriedades inatas do tecido vascular, genéticas ou não. A atividade sexual também é lembrada na correlação com as coronariopatias, mas longe de ser classificada como fator positivo de risco. Ao contrário, discute-se sua influência benéfica para a saúde global. Embora valorizados em setores leigos, a visão científica não tem obviamente comportado fatores como vontade divina, influências alheias, punição e o acaso.

3.3 - Mecanismos da Doença

O infarto agudo do miocárdio ocorre primariamente em pacientes com doença coronária significativa. Em tais pacientes os dois principais determinantes da vulnerabilidade ao infarto são: o prolongado aumento das exigências miocárdicas de oxigênio sob condições em que elas não podem ser satisfeitas em virtude de importante comprometimento da artéria coronária (inclusive aumentos duradouros e acentuados da frequência cardíaca, da contratibilidade e da tensão mural miocárdica) e as reduções primárias da entrega de oxigênio do miocárdio. Estas últimas podem ser causadas por quatro situações: trombose da artéria coronária, espasmo da mesma, hemorragia na placa aterosclerótica e hipotensão arterial sistêmica (a perfusão coronária é dependente da pressão arterial média e diastólica na aorta). Tem-se sugerido que os trombos coronários se desenvolvem de modo independente do infarto agudo do miocárdio ou representam apenas fenômenos secundários, relativamente tardios em relação ao infarto. Apóia-se na observação da baixa incidência de trombos nos casos de morte súbita. Pensa-se, ainda, que as síndromes do infarto agudo do miocárdio e da morte súbita possam ser entidades clínicas distintas, com diferente patogênese.

Estudos post mortem e as correlações clínico-patológicas têm demonstrado cinco ocorrências: uma forte associação entre oclusão coronária aguda e infartos miocárdicos regionais, especialmente infartos transmurais; uma relação espacial, na maioria dos casos, entre a localização do infarto e a oclusão da artéria que nutre a área infartada; uma relação cronológica dentro dos limites do método histológico, entre a idade do trombo e a idade do infarto; uma falta de uniformidade na severidade da aterosclerose, inclusive na doença distal nas artérias que apresentam trombos; e freqüente associação de trombos coronários com lesões arteriais focais e ruptura ou hemorragia da placa - lesões que predispõem à formação dos trombos.

Os fatores causais potenciais da ruptura da placa são: trauma hemodinâmico, le

são inflamatória ou química do endotélio da artéria coronária, maior pressão no interior da placa resultante de infiltração de sangue ou outros mecanismos e, finalmente, vaso-espasmo coronário.

Há duas observações pertinentes a um importante papel da oclusão coronária aguda na gênese da maior parte dos infartos: uma alta prevalência de alterações hemodinâmicas, como insuficiência cardíaca, choque ou estenose aórtica, que predispõem a uma reduzida perfusão coronária, nos pacientes com infarto não associado a trombos coronários; e uma baixa prevalência de tais fatores hemodinâmicos nos pacientes com infarto associado a trombos coronários.

3.4 - Diagnóstico e Complicações

a) Sintomatologia

A dor é a queixa principal mais freqüente do paciente com infarto do miocárdio; em alguns casos é tão intensa que o paciente pode qualificá-la como a pior que já sentiu. É uma dor profunda, visceral, e os termos comumente usados para descrevê-la são "peso", "aperto", "esmagamento". Tem características semelhantes às da dor da angina pectoris, mas geralmente é mais intensa e dura muito mais tempo. De modo típico, a dor tem um início gradual, envolve a região central do tórax e o epigástrio e, em cerca de 30% dos casos, irradia-se para os braços. São locais de irradiação mais comuns: o abdome, as costas, a mandíbula e o pescoço. A localização da dor abaixo do apêndice xifóide pode ser responsável pelo diagnóstico errôneo de indigestão. A dor do infarto do miocárdio não se irradia para cima do maxilar nem para baixo do umbigo. Muitas vezes, a dor acompanha-se de fraqueza, sudorese, náusea, vômitos, tonturas e profunda angústia. O desconforto se inicia, geralmente, com o paciente em repouso. Contudo, quando começa durante um período de exercício, ao contrário da angina pectoris, não cede com a parada da atividade.

Embora a dor seja a queixa principal mais freqüente, de modo algum ela está presente em todos os casos. Pelo menos 15 a 20% dos infartos do miocárdio podem ser *indolores*. A freqüência dos infartos indolores provavelmente é mais elevada do que se calcula, pois os pacientes que não têm dor podem não procurar auxílio médico. A incidência dos infartos indolores é maior nos pacientes diabéticos e aumenta com a idade; no paciente idoso, pode ser uma dispnéia que teve início brusco e que pode avançar até edema pulmonar. Outras manifestações menos comuns, na ausência de dor, compreendem súbita perda da consciência, estado confusional, sensação de profunda fraqueza, aparecimento de uma arritmia ou simplesmente uma inexplicada queda da pressão sanguínea arterial.

b) Achados físicos

Inspeção e palpação: Dependem da amplitude do dano miocárdico. A maioria dos pacientes apresenta óbvio desconforto. Eles são, com frequência, pálidos, com sudorese e extremamente ansiosos.

Ausculta: Acha-se quase sempre audível a quarta bulha cardíaca, enquanto ocorre hipofonese das bulhas. Quando o aparelho valvular mitral é lesado, torna-se presente um sopro sistólico de insuficiência mitral. Nos pacientes com infarto miocárdico inferior e lesão valvular tricúspide, instala-se a insuficiência tricúspide. A ruptura do septo interventricular ocorre mais comumente nos pacientes com infarto agudo da parede anterior, cujos sopros resultantes acham-se localizados ao longo da borda esternal inferior esquerda e são holossistólicos.

c) Diagnóstico eletrocardiográfico

O eletrocardiograma (ECG) fornece excelentes dados para a identificação de um infarto agudo do miocárdio transmural. A seqüência característica das alterações do ECG, no caso de infarto transmural, consiste de três sinais: aparecimento inicial de ondas T proeminentes e pontiagudas no traçado eletrocardiográfico, representando os locais de isquemia epicárdica; desenvolvimento de elevação superaguda do segmento S-T; presença de ondas Q significativas, isto é, duração de 0,04 seg. e perda de mais de 30% da amplitude da onda R. Alguns pacientes apresentam um ECG relativamente normal nas primeiras horas do evento.

Por outro lado, o ECG não permite reconhecer com certeza um infarto miocárdico não-transmural (infarto subendocárdico). Mostra depressão do segmento S-T e inversão da onda T. A única evolução é a volta do S-T à linha de base.

d) Alterações das enzimas séricas

Correntemente a pesquisa enzimática preferida é a determinação de creatinofosfoquinase (CPK) e, em particular a isoenzima "específica miocárdica" (CPK-MB), medidas pelas técnicas espectrofotométrica, fluorométrica e de radioensaio. A CPK-MB se eleva no soro dos pacientes aproximadamente duas horas após o infarto, com níveis máximos entre 10 e 12 horas, e com frequência retorna ao normal dentro de 24 horas após o episódio isquêmico. Caem em desuso as dosagens séricas da transaminase glutâmico-oxalacética (SGOT), a desidrogenase láctica (LDH) ou as isoenzimas da LDH.

e) Cintigrafia miocárdica

O uso das técnicas cintigráficas miocárdicas com radionuclídeos torna visíveis as regiões com infarto (zonas quentes) ou permitem a identificação de áreas de

perusão miocárdica acentuadamente reduzidas (zonas frias).

f) Diagnóstico diferencial

Teoricamente inclui todas as causas de dor torácica, arritmias cardíacas e insuficiência cardíaca. São importantes: insuficiência coronária aguda, angina pectoris instável, angina de Prinzmetal e ao aneurisma aórtico dissecante. Menos comuns: Úlcera péptica, pancreatite, colecistite, embolismo pulmonar, pneumotórax espontâneo, pericardite e pneumonite.

g) Complicações

Dentre as *arritmias* observadas temos as extrassístoles ventriculares, a taquicardia ventricular e fibrilação, o ritmo idioventricular acelerado, as arritmias supraventriculares, a bradicardia sinusal. No infarto do miocárdio, a disfunção do sistema de condução assemelha-se à que se observa em outros estados patológicos, no sentido de que o bloqueio ou a falha podem desenvolver-se no nódulo atrioventricular, feixe de His ou partes mais periféricas. A *insuficiência cardíaca congestiva* ocorre em algum grau em mais da metade dos pacientes com infarto. Os sinais clínicos mais frequentes são os estertores pulmonares e um ritmo de galope protodiastólico. A *síndrome de choque ou insuficiência de força* passou a ser a mais importante complicação fatal do infarto. É acertado considerar esta síndrome uma forma grave de insuficiência ventricular esquerda. Citamos outras complicações: insuficiência mitral, aneurisma ventricular, tromboembolia, ruptura cardíaca, perfuração do septo, pericardite, síndrome do pós-infarto ou Dressler e síndrome ombro-mão.

3.5 - Prognóstico

A maioria dos pacientes tem uma evolução não complicada. Alguns apresentam complicações com perigo de vida, durante a primeira ou segunda semana, enquanto outros falecem. Antigamente, mais da metade dos pacientes morriam antes de ingressar no hospital. Esses óbitos foram devidos a arritmias ventriculares nos segundos ou minutos iniciais após o aparecimento da dor torácica. Os sistemas de assistência com ambulância de emergência têm obtido uma significativa redução na incidência de morte antes da hospitalização dos pacientes. A mortalidade global nos pacientes que chegam ao hospital varia bastante, dependendo da população estudada. Os pacientes podem ser divididos com base nas medidas hemodinâmicas iniciais para fins de prognóstico.

A mortalidade a longo prazo, após a recuperação de um infarto inicial, acha-se relacionada com a presença de arritmias ventriculares, com a extensão do dano miocárdico e com a idade do paciente. Em pacientes com mais de 50 anos, a mortalidade duplica. Se um paciente sobrevive um ano após o infarto, há uma possibilidade de 75%

de que ele viverá mais cinco anos. Se ele sobrevive por um período de cinco anos após o infarto, existe uma chance de cerca de 50% de uma sobrevivência de quinze anos.

3.6 - Tratamento e Prevenção

a) Hospitalização

Os pacientes com suspeita ou comprovação de um infarto devem ser internados em uma unidade de terapia intensiva, onde a frequência e o ritmo cardíaco são monitorizados continuamente. A maior contribuição dessas unidades tem sido proporcionar um ambiente adequado para a vigilância das arritmias importantes, necessitando supressão farmacológica. Como muitas das complicações ocorrem nas primeiras 96 horas após o evento, é aconselhável manter o paciente na unidade por este período. Uma unidade de tratamento coronariano deve ser uma unidade de enfermagem, especialmente estruturada, onde o aspecto mais importante é uma equipe de pessoal altamente treinado e com autoridade para tomar providências imediatas. Deve haver à disposição desfibriladores, respiradores e recursos para introdução de catêteres, marcapassos e catêteres com ponta em balão dirigidos pela corrente sanguínea. E a todo momento deve estar à disposição um médico. São estes os principais procedimentos:

Analgesia: O infarto deve ter como um dos objetivos terapêuticos iniciais importantes o alívio da dor. A morfina, medicamento tradicionalmente usado para este fim, continua sendo o de eleição. Reduzindo a constrição venosa e arteriolar mediada pelo simpático, ela pode baixar a pressão arterial. A pele pode se tornar fria e úmida, o paciente talvez se queixe de náusea, mas essas manifestações geralmente passam e são substituídas por uma sensação de bem-estar, que acompanha o alívio da dor. A inalação de óxido nítrico inspirado é eficaz para aliviar simultaneamente a dor e a angústia associada ao sofrimento da isquemia e/ou necrose do miocárdio.

Oxigênio: Seu uso rotineiro encontra apoio na observação de que a PO_2 arterial está reduzida em muitos pacientes. A inalação de oxigênio aumenta a PO_2 do sangue e, portanto, aumenta o gradiente de concentração responsável pela difusão do oxigênio no miocárdio isquêmico a partir de áreas adjacentes, mais bem perfundidas. Deve ser administrado em tenda, máscara facial ou tubos nasais nos dois ou três primeiros dias subsequentes ao infarto.

Atividade: Os fatores que aumentam o trabalho do coração podem aumentar o tamanho do infarto do miocárdio. Ficou demonstrado que são necessárias seis a oito semanas para processar a cicatrização, que se faz pela substituição do miocárdio infartado. A finalidade da redução da atividade é proporcionar a essa cicatrização as circunstâncias mais favoráveis possíveis. Durante os dois ou três primeiros dias, na au

sência de falha da bomba, o paciente deve ficar em repouso no leito a maior parte do dia, passando um ou dois períodos de 15 a 30 minutos numa poltrona ao lado do leito. Pelo quarto dia, o paciente com infarto não complicado pode sair da terapia intensiva, devendo permanecer nessa ocasião 30 a 60 minutos por dia numa poltrona. A deambulação é aumentada progressivamente, terminando por incluir caminhadas no mesmo andar do hospital. A duração total da hospitalização é variável de serviço para serviço, mas é habitual um período de 10 e 14 dias. O restante da fase de convalescença do paciente pode ser efetuado em casa. Alguns médicos permitem ao paciente subir escadas somente completadas cinco semanas. Outros médicos permitem que subam e desçam um lance da escada uma vez por dia, começando alguns dias depois da alta do hospital. Da oitava semana em diante, o médico deve regular a atividade de acordo com a tolerância do paciente ao exercício. Nesse período de aumento da atividade, o paciente pode sentir profundo cansaço. Em sua maioria, os pacientes conseguem retornar ao trabalho depois de 12 semanas. Nestes últimos anos tem aumentado a tendência de se estimular precocemente a deambulação, a alta hospitalar e a retomada completa das atividades.

Dieta: Nos cinco primeiros dias, deve-se dar preferência a uma dieta reduzida em calorias, fracionada em diversas pequenas refeições. Pode ocorrer constipação durante a convalescença, é recomendável preconizar medidas para tratar o problema. Durante a segunda semana, podem-se introduzir quantidades crescentes de alimentos. Por essa época, pode-se explicar a importância da restrição de calorias e gorduras não saturadas. Neste período, encontra-se a cooperação do paciente para aceitar as restrições da dieta e a interrupção do hábito de fumar.

Sedação: Costuma ser necessária para conseguir suportar com tranquilidade o período de inatividade forçada. Conseguem-se bons efeitos com o clordiazepóxido 10 mg, ou com o diazepam 5 mg, administrados quatro vezes ao dia. Para assegurar um sono adequado, pode-se prescrever, para a noite, uma medicação sonífera. É suficiente para induzir o sono o flurazepam, 15 a 30 mg, nos primeiros dias de permanência na terapia intensiva. O esquema de vigilância pode interferir no sono do paciente. A sedação, depois, não substitui um quarto tranquilo e escuro.

Anticoagulantes: Seu emprego é controvertido. Não se justifica seu uso para retardar o processo de oclusão coronariana durante as fases iniciais do infarto. No entanto, os especialistas estão de acordo em que este tratamento reduz a incidência das complicações tromboembólicas arteriais ou venosas. Emprega-se a administração intravenosa contínua de heparina com uma bomba de infusão constante, com freqüentes avaliações do tempo de coagulação ou do tempo de tromboplastina parcial, para verificação da necessidade de aumentar ou diminuir a velocidade da infusão.

b) Prevenção

No tratamento podemos incluir o estudo da reversibilidade dos fatores de risco e regressão da aterosclerose. Temos que nenhum exemplo convincente desta reversi-

bilidade ou regressão foi provado em seres humanos. Apesar disso, há possibilidade, através de esforços de educação por meios de comunicação de massa, de comunidades inteiras poderem ser influenciadas no sentido de reduzir o fumo, mudar a dieta e baixar os níveis de pressão arterial.

As medidas adotadas para prevenir a recorrência do infarto, chamadas de prevenção *secundária*, não serão necessariamente as mesmas a serem tomadas para adiar ou prevenir a formação da aterosclerose, que seria a prevenção *primária*. Como placas de aterosclerose foram detectadas muito precocemente em estudos de autópsia, a prevenção primária deve começar cedo, muito antes de qualquer suspeita da coronariopatia isquêmica. É uma das tarefas mais importantes a cargo das pessoas responsáveis pela saúde pública e de pessoas em geral. Hoje em dia, a prevenção está diretamente relacionada com a redução do fator de risco. É importante a conscientização das pessoas que se tem verificado sobre as fontes dietéticas de colesterol e gorduras saturadas e restringir a ingestão destes alimentos. O papel do médico inclui o tratamento da hipertensão, do peso corporal, do fumo de cigarros e do exercício. O tratamento medicamentoso da hiperlipidemia deve ser limitado aos indivíduos em risco que não respondem adequadamente às alterações da dieta.

Caberia, ainda, uma palavra acerca da abordagem cirúrgica. Têm sido propostos numerosos métodos para este tratamento, mas o único que atualmente goza de maior aceitação é o enxerto de um desvio aortocoronário. Utiliza-se um segmento de veia, geralmente a safena, para formar uma conexão, distal à lesão obstrutiva. Alternativamente, pode-se efetuar a anastomose da extremidade da artéria mamária com uma artéria coronária. Sobre a questão da cirurgia, há áreas de concordância: é relativamente segura; a mortalidade operatória e pós-operatória aumenta com a disfunção ventricular esquerda e com a inexperiência cirúrgica; o método de enxerto é cirurgicamente viável; enxertos que fazem oclusão geralmente o fazem dentro de um ano; quadros de angina pectoris melhoram em cerca de 85% dos pacientes. Pensa-se que o efeito placebo da operação é outro possível mecanismo da melhora dos sintomas. Registra-se que, por outro lado, em pequena porcentagem dos pacientes ocorre infarto do miocárdio no período peri e intraoperatório, sendo, no entanto, de pequena dimensão.

Para recomendar as cirurgias de desvio coronariano devem-se levar em conta os fatores: o quadro sintomático e a idade do paciente, a anatomia das coronárias demonstrada pela arteriografia coronária e a função ventricular determinada pela angiografia e pela hemodinâmica do ventrículo esquerdo. A necessidade da cirurgia a nível da sintomatologia deve ser decisão conjunta do médico e do paciente. Pacientes acima de 70 anos geralmente são tratados clinicamente, a não ser que os sintomas sejam verdadeiramente incapacitantes.

4. REVISÃO DA LITERATURA SOBRE ASPECTOS SÓCIO-PSICOSSOMÁTICOS DAS CORONARIOPATIAS

A literatura médica tem procurado responder questões psicossociais da doença cardiovascular. Wright falava da necessidade urgente de se investigarem as seguintes questões: 1) quais os papéis de fatores emocionais extrínsecos na etiologia da doença cardiovascular; 2) qual o papel do stress intrínseco na pessoa inerentemente estressada; 3) se os princípios psiquiátricos podem ser aplicados na educação de massa de tal modo a ajudar na detecção precoce, prevenção e tratamento destas doenças; 4) que papel a psicoterapia pode ter no manejo da coronariopatia; 5) se as técnicas de psicoterapia - individual ou de grupo - podem ser úteis na redução de riscos subsequentes ao IAM; 6) quais são os efeitos psicológicos e psicofisiológicos da unidade de cuidados intensivos e como as experiências traumáticas podem ser minimizadas - (216). Uma coisa é certa: há associação entre fatores mentais e problemas cardíacos (131).

4.1 - Psicofisiopatologia Cardiovascular

A questão da relação entre emoção e aterosclerose é antiga. Paiva já revia fatores que nos chamariam a atenção sobre a psicogênese da aterosclerose, classificando-os em quatro grupos: experimentais, clínicos, raciais e hábito e filosofia de vida (144).

O autor lembrava que o estímulo elétrico das zonas do núcleo ventromediano e do túbulo produziria aumento de depósito de ateromas na aorta e na artéria coronária. Haveria coelhos que, colocados em dieta rica em lipídios, desenvolveriam aterosclerose, porém, se além da dieta fossem submetidos a um stress contínuo, um número maior apresentaria sintomas generalizados. Aves, principalmente em período de crescimento, em compartimentos isolados, apresentariam maior intensidade de aterosclerose em relação aos criados juntos, pois o isolamento representaria um stress. O fator clínico é que haveria maior incidência de aterosclerose nos diabéticos obesos, hipertensos, hipotireoideos, ou seja, indivíduos que apresentassem maior taxa de colesterol sanguíneo. No componente racial, existiria a raridade da aterosclerose em chineses e negros africanos, comparados aos ocidentais, que têm um padrão de vida estressante (mais comentários de fatores culturais no item 1.4.3). Por fim, a filosofia de vida que fosse marcada por uma existência tranqüila, mesmo ingerindo alimentos ricos em gorduras animais, não apresentariam, por exemplo, infarto do miocárdio. Paiva cita seus avós que comiam até sanduíche de torresmo e vieram a falecer com 79 e 94 anos, tendo se aposentado por volta dos 60 anos, com vida tranqüila, mas não sedentária - (sic).

Adsett e colaboradores descrevem mudanças do fluxo sanguíneo coronariano induzidas por entrevistas estressantes (1). Estudaram 30 sujeitos masculinos, entre 29 e 69 anos, antes e durante as entrevistas. Além do fluxo coronariano, medido com uso

de agentes radioativos, mediram também pressão arterial e pulso e calcularam débito cardíaco e resistência periférica. Encontraram alterações significativas nestes parâmetros na apreciação dos estados emocionais dos pacientes (portadores de problemas reumáticos, gastroduodenais, cardiovasculares, respiratórios ou alcoolismo). Oito indivíduos sadios serviram como controles. As entrevistas incitaram sentimentos de raiva em nove ocasiões, ansiedade em cinco, depressão em cinco, raiva e ansiedade em quatro e depressão e raiva em quatro. Em três ocasiões foi julgado que nenhuma mudança no afeto havia ocorrido, a despeito da intenção da entrevista estressante. A ansiedade levou a diferenças significativas quanto ao fluxo coronariano, débito cardíaco e pressão sistólica. A raiva, quanto ao fluxo, débito, pressão sistólica e diastólica e resistência periférica. Raiva e ansiedade, quanto ao fluxo, débito, pressão diastólica e resistência. A depressão isolada não levou a diferenças, bem como as não mudanças de afeto. Depressão e raiva levaram quanto a pressão sistólica e diastólica e resistência periférica.

Bogdonoff e colaboradores falam do efeito entre a relação do grupo e o papel da liderança sobre a mobilização de lipídios (23). Lembram das respostas psicológicas do homem que ocorrem durante situações de interação social, tendo sido especuladas como possível fator importante na evolução de doenças cardiovasculares. Os resultados indicam que o tipo de relação social, que existia para os sujeitos antes do estudo experimental, influenciou significativamente as respostas fisiológicas do indivíduo durante o estudo e que o efeito de concordância ou discordância, no grupo sobre a mobilização de lipídios, também depende da interação social estabelecida.

Russek e Russek comentam que a dieta gordurosa e a vida estressante não somente formam a mais letal combinação para a doença isquêmica do coração, mas também um depende do outro para um significado patológico. Os autores propõem que a profilaxia seja instituída precocemente na infância e mantida como uma prática de vida (172).

Selye assinala a ação dos hormônios "adaptativos", especialmente os dois maiores grupos de esteróides sintéticos e catatéticos. Em relação à doença cardiovascular, o aspecto mais interessante da ação esteróide é sua habilidade em induzir enzimas microsômicas hepáticas capazes de destruir conhecidos agentes potencialmente cardiotoxícos como mineralocorticóides, diidrotacisterol, colesterol, nicotina, anticoagulantes, alcalóides digitálicos e muitos outros (177). Ainda Selye estuda certas formas de necroses miocárdicas, que chama de metabólicas, visto não serem acompanhadas de lesão arterial e agravadas com o uso de soluções sódicas ou prevenidas com compostos de potássio e magnésio. Tal explicaria os frequentes casos de infarto sem trombose coronariana (126). Citado por Mello Filho, Raab fala dos efeitos bioquímicos cardiotoxícos em ambientes emocionalmente estressantes. Notou que a ação catecolamínica e glicocorticóide induzem a distúrbios bioquímicos da célula cardíaca - perda de potássio e invasão de sódio - com a produção de distúrbios de formação e condução do estímulo e conseqüentes arritmias, para, depois, a lesão celular constituída.

As catecolaminas atuam através de indução de hipóxia miocárdica, seja por aumentar o consumo de oxigênio, seja pela indução de contrações vigorosas, e os glicocorticóides, diretamente sobre o metabolismo eletrolítico (126).

Cardon e Gordon, citados por Paiva, demonstraram um aumento rápido de ácidos graxos não esterificados no homem durante o medo e acentuaram que a adrenalina acelera a liberação dos ácidos graxos não esterificados do tecido adiposo, *in vitro*, sugerindo que o aumento destes ácidos, eventualmente, poderia aumentar a colesterolemia (144).

4.2 - Coronariopatia, Personalidade e Fatores Emocionais

Inúmeros artigos têm sido publicados abordando a associação entre doenças coronarianas e tipos de personalidade e, ainda, a influência de fatores emocionais no aparecimento da enfermidade. Revendo colocações sobre o tema ou propondo modelos de compreensão do problema, a literatura fortaleceu a idéia da necessidade de explorar o assunto (36, 63, 171, 217).

Não poderíamos deixar de começar estes comentários pela proposta do estudo de patologias psicossomáticas de Dunbar, que as abordava em seis itens: I - Natureza e magnitude do problema - estatísticas; II - Início dos sintomas; III - Predisposição à doença; IV - Formulação dinâmica; V - Implicações terapêuticas e VI - Conclusões (46). Os fatores que deviam ser avaliados quanto à predisposição da doença eram: os condicionamentos orgânico, fisiológico e psicológico e os pontos relevantes na história da personalidade. Os primeiros buscavam conhecer hereditariedade (verdadeiro e falso), constituição (idade, sexo e casamento), saúde prévia, estatística referente a afecções prévias e influências precoces e experiências traumáticas. Os segundos referiam-se a ajustamento geral (vocação-educação, renda e ocupação, comportamento geral, social, sexual, atitude em relação aos pais), padrão de características de comportamento, traços neuróticos (anteriores e presentes), dependências e interesses, situação de vida imediatamente anterior e início e reação à doença. Na formulação dinâmica considerava: área do conflito focal (autoridade), perfil da insuficiência e oclusão coronariana (história familiar), graus e natureza de expressão somática de conflitos (tensão, agressão, ressentimento, atividade, verbalização, sonhos e fantasias) e sumário de defesas caracteriológicas e seu sucesso relativo ou falência.

Embora de aplicação atualmente questionável, sobretudo para nosso meio, o Perfil Psicossomático na Oclusão Coronariana, de Dunbar, como marco histórico no estudo do assunto, vale a pena ser recordado. Segue abaixo:

Educação-vocação:

- tendência a completar a educação escolar;
- ocupação profissional de alta renda, correspondente a sua persistência em atingir o topo da carreira;
- ocupações mais frequentes: proprietários de lojas, vendedores, comerciantes.

Comportamento geral:

- maiores dificuldades na esfera familiar e sexual;
- estabilidade profissional, tendo começado em níveis modestos e alcançado os altos.

Comportamento social:

- sociáveis, exceto que tendem a ter dificuldades com seus superiores e a manter outros a certa distância;
- entretanto, dramatizam, fazem brincadeiras e realizam favores para as pessoas.

Comportamento sexual:

- vêem o sexo como importante e se estimulam precocemente, mas poucos consideram ter um ajuste sexual satisfatório;
- maioria com esposas frígidas ou ejaculação precoce.

Atitude em relação aos pais:

- tendência a preferir a mãe ao pai.

Padrão de comportamento característico:

- eventos traumáticos sérios, mortes na família, desastre financeiro, planos ambiciosos arruinados, governados por seus princípios e seu senso de propriedade.

Traços neuróticos:

- poucos, encontram-se fantasias suicidas, caráter compulsivo, mas poucas tendências perfeccionistas, talvez porque estes pacientes sentem maior segurança no cumprimento de seus objetivos.

Dependências e interesses:

- maioria com uso de tabaco e café;
- interessados em ocupações lucrativas, especialmente intelectuais, mais do que esportes, interessados mais no poder do que no divertimento;
- senso agudo de responsabilidade, são bons pais, embora não bons maridos;
- negligenciam sua saúde, passam necessidade de sono, trabalham longas horas, não saem de férias ou para recreação, contrariam as recomendações médicas, consolam-se na comida;
- interesses orais exagerados;
- interessam-se em especulações filosóficas sobre a natureza do universo.

Situação de vida imediatamente anterior ao início:

- situação de exaustão e preocupação sem descanso adequado, desapontamento com a vida vocacional, morte ou doença de pais ou cônjuge, porém com importância emocional minimizada, referências a comer mais e pesadelos sobre brigas ou problemas financeiros.

Reação à doença:

- negação do fato da doença;
- se as atividades diminuíssem, tornavam-se deprimidos e solitários.

Área de conflito focal:

- reprimidos, problema com autoridade, o padrão fundamental era ultrapassar ou dominar superiores;
- identificação com o pai, tendo a mãe como foco de atenção no grupo familiar, mantendo contato com o paciente.

Miles e colegas, por sua vez, procuraram avaliar a postulação concernente à "personalidade coronariana", como apresentou Dunbar (128). Examinaram 46 pacientes coronarianos, com evidência inequívoca de infarto, ocorrido antes dos 41 anos, e 49 sujeitos para o grupo controle, voluntários, empregados de indústria, com referência de boa saúde, história negativa de doença crônica e ausência de sinais de doenças cardiovasculares por exame físico e eletrocardiograma. O exame consistiu de entrevista psiquiátrica de uma hora e meia de duração, uma revisão da história social e uma bateria de testes psicológicos (Rorschach, 16 PF e de habilidade mental). Os autores observaram que os pacientes coronarianos tinham tendência a trabalhar mais duramente, sob mais stress, embora não fosse necessariamente trabalho pesado. Somente uns poucos mais de coronariopatas do que controles mostraram uma tendência consistente rela-

tiva a um empenho compulsivo, autodisciplina e grande necessidade de alcançar o topo do trabalho escolhido. Em termos de traços de personalidade específicos, as diferenças foram muito leves. O grupo coronariano mostrou menor tendência à introspecção e mais dificuldade em manejar suas tendências agressivas. Concluem que não há evidências convincentes de que diferenças na personalidade poderiam implicar, como fator significativo, a gênese da aterosclerose coronariana. Aham que estes fatores, em indivíduos já com artéria afetada, são importantes, mas não como tópico primário para investigação. Sugerem que os maiores fatores seriam: sexo masculino, constituição física e alguma falha metabólica intrínseca, provavelmente herdada.

Alexander, embora se destacasse entre os pioneiros das reflexões em Medicina Psicossomática, no momento em que trata de fatores emocionais em distúrbios cardiovasculares, fala de arritmias, hipertensão, síncope, cefaléias, mas omite as coronariopatias (2). Porém, em outro momento, ao comentar os "Princípios Fundamentais da Aproximação Psicossomática", coloca que a coronariopatia aparece quase como uma doença ocupacional, pois a verdadeira correlação poderia não ser entre personalidade e coronariopatia, mas entre modo de vida e a doença (4).

Porém, foi o chamado Padrão de Comportamento tipo A de Rosenman e Friedman que se tornou bastante famoso na literatura, alvo de muitos estudos, alcançando os livros de texto de Clínica Médica e Psiquiatria. Glass (60) e Dembroski (40), por exemplo, têm livros especialmente para abordar o assunto. Tornou-se relevante o trabalho: "Associação de padrão de comportamento manifesto específico com achados sanguíneos e cardiovasculares: nível de colesterol no sangue, tempo de coagulação, incidência de Arcus Senilis e doença clínica da artéria coronária", daqueles autores em 1959 (58). O comportamento predisponente à coronariopatia seria um complexo ação-emoção característico que é exibido por aqueles indivíduos que estão engajados numa luta relativamente crônica para obter um número limitado de coisas pobremente definidas de seu ambiente, no menor período de tempo e, se necessário, contra os efeitos opostos de outras coisas ou pessoas do mesmo ambiente. No trabalho, o tipo A foi caracterizado por seis itens: um direcionamento intenso e voltado para conquistar um status, mas usualmente com objetivos pobremente definidos; inclinação profunda e avidez por competir; desejo persistente por reconhecimento e promoção; envolvimento contínuo em múltiplas e diversas funções constantemente objeto de restrição do tempo; propensão habitual para acelerar o índice de execução de muitas funções físico-mentais e extraordinária vigilância físico-mental. É um padrão comumente observado em sociedades industrializadas urbanas. Embora pessoas que exibam este comportamento podem também exibir outros atributos emocionais, não deveria ser confundido com tais reações, a ansiedade, o medo, a preocupação ou simples neuroses que, segundo os autores, não são características do Padrão A. Enquanto isso o padrão com relativa ausência de direcionamento, de ambição, de senso de urgência, de desejo de competir e de envolvimento em riscos extremos foi designado tipo B. Convém assinalar que descrições de indivíduos tipo A e tipo B representam extremos de um contínuo bipolar.

Os mesmos pesquisadores têm um estudo, entre muitos outros, onde comparam dosagens bioquímicas de um grupo de sujeitos tipo A e outro tipo B (168). O primeiro grupo apresentou significativamente mais altos níveis séricos de lípidos e lipoproteínas, como também triglicérides, fosfolípidos e colesterol. Estas diferenças não foram atribuíveis, segundo os autores, a alguma diferença na dieta, peso ou atividade física. Em outro artigo, em conjunto com outros colegas, os autores fazem um estudo prospectivo de dois anos de seguimento de 3.534 sujeitos, dos quais 70 incorreram em coronariopatia manifesta. Segundo eles, os achados indicam que a presença de anormalidades do padrão de lipoproteína, a hipertensão ou a exibição de um padrão de comportamento específico (tipo A), cada um possui importância prognóstica significativa. Colocam que a exibição ao citado padrão de comportamento forneceu a mais importante entidade prognóstica individual. Além do quê, o risco prognóstico aumentado, associado com hipertensão e com padrão anormal de lipoproteína, tornou-se significativo somente quando um destes achados ocorria no sujeito do tipo A.

Na mesma linha, Ostefeld procurou fazer estudo prospectivo, usando testes de avaliação de personalidade em 1990 homens, entre 40 e 55 anos, sem coronariopatia clínica ao início da pesquisa (142). Destes, 48 desenvolveram angina pectoris e 37 tiveram infarto do miocárdio. A respeito das diferenças psicométricas observadas entre os grupos coronariano e não-coronariano, infere o autor que os homens que desenvolveram coronariopatia, comparados, tendem a ser mais independentes no seu relacionamento social, mais desconfiados sobre as razões de outras pessoas e ter maiores sentimentos de tensão interna. Enfatiza, por fim, que os resultados não deveriam ser tomados como uma descrição de personalidades propensas a coronariopatias, porque os dados não são por si mesmos demonstrativos da existência de relação etiológica entre personalidade e doença coronariana.

Van Egeren e colegas fizeram um estudo experimental com 48 sujeitos classificados previamente como tipo A ou tipo B para cohecer suas respostas interpessoais e eletrocardiográficas (204). Os sujeitos participaram de jogos eletrônicos de cunho sócio-econômico competitivo. Notaram que o grupo de personalidade tipo A foi mais agressivo durante a experiência e um monitor de eletrocardiograma, ligado aos sujeitos, registrou uma mudança em direção à depressão do segmento ST.

Considerando, ainda, a questão do padrão tipo A, o britânico Wilcox pergunta se o comportamento em foco, descrito por Friedman e Roseman, não equivaleria ao comportamento típico americano (207). Para tanto discute sobre os problemas da aculturação. Sobre estes, abordaremos na seção I-4.4.

Levando a discussão sobre o comportamento tipo A para a infância, o sueco Lundberg comenta as respostas cardiovasculares em crianças de 3 a 6 anos de idade, tidas como pertencentes ao grupo que manifesta este comportamento (115). Seis enfermeiras, que atendiam as crianças diariamente pelo menos há seis meses, num centro de

cuidados infantis, preencheram um questionário de 17 itens que continha uma escala para medir competitividade, impaciência-raiva e componentes agressivos do tipo A. Fizeram-no na base de sua experiência com 15 meninos sadios entre 35 e 71 meses de vida e 11 meninas de 33 a 76 meses. O experimento consistiu de medir a pressão sanguínea, com as crianças previamente familiarizadas com o aparelho, em três situações : descanso, demanda física (corrida) e emocional (uma brincadeira popular onde um "urso" acorda e tenta agarrar alguém). Os resultados apontam um aumento da pressão sistólica significativamente maior nos meninos do "tipo A" do que do "tipo B", durante a situação de exercício físico. O pesquisador sugere especular sobre os mecanismos envolvidos no desenvolvimento do padrão tipo A adulto. A consulta bibliográfica na literatura brasileira revela que, entre nós, não se tem ocupado a pensar na questão na infância. Mesmo em livros de texto que tratam de distúrbios psicossomáticos, abordando particularmente os aparelhos e sistemas, não há menção de possíveis aspectos preventivos junto à criança, tendo em vista futuros problemas coronarianos. Grunspun, por exemplo, especifica problemas cardiovasculares e arritmias cardíacas, mas nada assinala sobre questões ligadas a hábitos pessoais e uma possível "personalidade pró-coronariana"(64).

4.3 - Relação com Características Pessoais, Ocupação e Eventos

Jenkins faz uma boa e longa revisão sobre precursores psicológicos e sociais de doenças coronarianas divididas em dois artigos e trazendo um total de 258 citações bibliográficas. Organiza uma larga diversidade de achados empíricos de acordo com a seguinte seqüência de tópicos: trabalhos de revisão recente, Índices sociológicos, mobilidade social e incongruência de status, ansiedades e estados neuróticos, insatisfação da vida, stress, padrão de comportamento coronário-predisponente e outros traços de personalidade (84, 85). O autor lembra que até há cerca de vinte anos, as revisões mostravam quase que somente a influência dos fatores de risco biológicos e hábitos. Os fatores sociais e psicológicos eram geralmente passados como interessantes, mas não substanciais. Comenta que os estudos relatando variáveis sociais associadas à doença coronariana têm sido particularmente repletos de contradições, sendo que não emergiria nenhum quadro claro na relação de incidência, prevalência e mortalidade com ocupação, educação, renda, estado conjugal, religião, descendência e densidade populacional. Faz citações contrastantes, onde se encontrariam maiores taxas da doença tanto em níveis sócio-econômicos mais baixos, como em status sociais mais elevados.

Jenkins usa a expressão mobilidade social como um termo geral para denotar algum tipo de movimento que coloca uma pessoa em um tipo diferente de mundo social. Movimentos geográficos (particularmente se requerem mudanças de cultura ou subcultura), uma maior mudança de categoria ocupacional e um movimento para um diferente status social seriam os maiores exemplos de mobilidade social. Incongruência de status, pa-

ra o autor, está presente quando características diferentes de uma pessoa colocam-na em diferentes níveis da hierarquia social. Exemplos disso seriam um advogado negro de sucesso ou um membro de uma família tradicional trabalhando como lavador de pratos e pertencendo a um clube de classe média. A revisão exprime que a doença parece ser mais freqüente em ambientes urbano-industriais, entre os migrantes, os que têm mobilidade social e os que fracassam na adaptação à mudança cultural.

Liljefors e Rahe, por sua vez, fizeram um estudo com gêmeos idênticos na Suécia, no que se referia a fatores psicossociais na doença coronariana (108). Selecionaram 32 pares masculinos de gêmeos, de 42 a 67 anos, que eram discordantes quanto à doença. Foram analisados pela variabilidade em padrões psicossociais dos sujeitos em relação à devoção ao trabalho, falta de lazer, problemas no lar e insatisfações na vida. Os escores psicossociais dos sujeitos para estas quatro categorias diferenciariam significativamente aqueles sujeitos, que tinham tido infarto prévio, dos irmãos menos afligidos pela doença. A categoria das insatisfações na vida produziu a mais alta correlação (significativa) com a severidade da coronariopatia. Em contraste, a correlação entre história clínica e dados de exame físico (tabagismo, obesidade, colesterol e assim por diante) e a severidade da doença foi inconsistente e de pequena magnitude.

Caffrey fez uma análise multivariada de fatores sócio-psicológicos em monges (28). No estudo, o autor discute a inter-relação entre itens da entrevista, escala 16-PF (teste analítico de avaliação da personalidade), variáveis sociológicas, padrões de atividade física e infarto do miocárdio. Foram vistos 644 sujeitos (20 casos de infarto, 355 padres beneditinos, 89 irmãos beneditinos, 100 padres trapistas e 79 irmãos trapistas). A hipótese de que padrões sócio-psicológicos, poderiam ser usados para discriminar casos de infarto de outros grupos de monges foi fortemente sustentada, segundo o autor, pelos achados deste estudo. O padrão tipo A de Roseman foi o mais comum entre os casos com infarto e estes foram similares aos religiosos vindos de família de nível sócio-econômico mais baixo. Os religiosos eram acostumados a quantidade moderada de exercícios, suas ocupações moderadas em responsabilidade e baixas em atividades físicas regulares. Notou-se que níveis de responsabilidade não são, por si mesmos, relacionados com doença coronariana. Registrou-se, ainda, que, os monges que tiveram infarto, tinham vindo de famílias com antecedentes sócio-econômicos mais baixos, cujos pais tiveram igualmente menor nível escolar.

Morris reporta-se propriamente à questão ocupacional ou, como diz, à patologia da inatividade ou mesmo aos riscos ocupacionais do trabalho sedentário e leve (134). Lembra que o desenvolvimento técnico tem envolvido uma redução drástica de atividade física no trabalho, no transporte e provavelmente no lazer também. Cita estudos onde se mostrou que os motoristas de ônibus sofrem mais comumente uma morte súbita, devido a doenças coronarianas, do que os cobradores, sendo que, abaixo dos 50 anos, a taxa chega a ser três ou quatro vezes maior. Observações similares foram

feitas em serviços governamentais. Homens de três trabalhos sedentários (secretários, oficiais menores e operadores de painel de controle telefônico) tinham mais rapidamente infarto fatal, abaixo dos 50 anos, do que carteiros fisicamente ativos. Os carteiros britânicos caminham e andam de bicicleta em cerca de dois terços de sua carga horária de serviço. Em geral, trabalhadores de serviços leves foram encontrados com maior taxa de morte coronária que trabalhadores fisicamente ativos, e trabalhadores ativos, maior taxa que trabalhadores de serviços pesados, isto é, o assunto não seria meramente uma questão de sedentarismo.

Buell e Breslow estudaram a mortalidade por doença aterosclerótica do coração, na Califórnia, em homens de 25 a 64 anos, para testar a hipótese de que uma proporção grande, não usual, de pacientes coronariopatas teriam tido horas de trabalho excessivamente longas algum tempo antes do ataque (26). Notaram que há independência entre os achados. Fazendeiros e trabalhadores do campo mostraram relativa proteção de mortalidade atribuída à cardiopatia coronariana, embora muitos deles trabalhassem longas horas. Por outro lado, há evidências de que outras ocupações apresentaram um excesso de mortalidade coronariana entre trabalhadores de serviços, os quais trabalhavam mais que 48 horas semanais, especialmente antes dos 45 anos. A evidência para homens de 45 a 64 anos foi fraca e talvez questionável, segundo os autores. A diferença na evidência para homens mais jovens e mais velhos poderia ter várias interpretações, porém na opinião de Buell e Breslow, a mais útil para a pesquisa é que o stress poderia estar associado com complicações trombóticas, mas não necessariamente com aterosclerose progressiva das artérias coronárias.

Russek, querendo estudar a relação entre stress emocional e doença coronariana, enviou questionários a 10.000 médicos, dentistas e advogados americanos, divididos por prática geral ou em especialidades ocupacionais selecionadas (170). A pesquisa abrangeu sujeitos masculinos, de 40 a 69 anos, que provavelmente não mostravam nenhuma diferença marcante na dieta ou hereditariedade, mas com graus variáveis de stress ocupacional. Observou que os profissionais da área da prática geral mostraram taxas de prevalências de coronariopatias duas a três vezes maiores que os especialistas selecionados para o levantamento. Para o autor, os achados sugerem que o stress emocional age como um importante fator acelerador na aterogênese quando a dieta é relativamente alta no obeso.

Na pesquisa acima citada, Russek referiu os seguintes resultados na classificação de campos ocupacionais por graus de stress. Em Medicina: mínimo para dermatologistas, próximo ao mínimo para patologistas, próximo ao máximo para anesthesiologistas e máximo para clínicos gerais. Em Odontologia: mínimo para periodontistas, próximo ao mínimo para ortodontistas, próximo ao máximo para cirurgias orais e máximo para clínica. Em Direito: mínimo e próximo a este para várias especialidades, próximo ao máximo para advogados de acusação e máximo para advogados gerais. No tocante aos médicos, entretanto, os mais sedentários de todos, os psicanalistas, tiveram uma

freqüência significativamente menor de doença coronariana que a encontrada entre os mais ativos clínicos gerais da medicina, o que sugeriria que a atividade física não seria da mesma ordem de significância etiológica como o stress emocional.

Um artigo de fundo do "British Medical Journal", por sua vez, coloca em discussão a questão da associação entre doença coronariana e competitividade, citando estudos prospectivos de grupos onde não se evidenciou uma possível correlação (105). Hinkle e colegas fizeram um estudo prospectivo de cinco anos, nos Estados Unidos, quanto à relação entre ocupação, educação e coronariopatia em 270 mil homens empregados (75). Os que alcançaram maior nível de direção no trabalho não tiveram maior risco que os que permaneceram em níveis inferiores. Não houve evidências de que homens com altos níveis de responsabilidade, que tinham sido promovidos rápida, freqüente ou recentemente ou homens que foram transferidos para novos departamentos ou novas firmas, tivessem riscos adicionais de coronariopatias. Por outro lado, os autores observaram que homens que entraram no emprego com grau universitário tinham menor taxa de ataque cardíaco, de morte e invalidez por coronariopatia, em todas as idades, partes do país e em todos os departamentos da firma. A diferença no risco aparece no momento em que os homens são contratados e aparentemente não é muito mudada por qualquer experiência subsequente. Discutem se não haveria razões para acreditar que esta diferença de risco não é resultado do processo educacional por si próprio, mas das diferenças biológicas entre universitários e não-universitários e das diferenças nas experiências sócio-econômicas das quais eles se originaram. Algumas dessas experiências parecem levar em conta os hábitos de fumo e alimentares, que seriam formados na infância e juventude e persistem durante a vida adulta.

Sales, após revisão de publicações sobre a questão do papel organizacional, particularmente os de sobrecarga, como um fator de risco na doença coronariana, discute-a como importante fator (174). O autor conclui que o papel de sobrecarga pode exercer um efeito deletério sobre a saúde dos indivíduos. Além disso, sugere que papéis organizacionais, se sobrecarregado ou não, exercem seu maior efeito prejudicial sobre os membros da organização que experimentam a mais baixa satisfação no emprego.

Falando ainda sobre o tema do trabalho, Garfield reflete sobre como sua alienação pode contribuir para a doença coronariana (59). O autor cita Marx, na seguinte asserção: "*a alienação prejudica o trabalhador, ela mortifica seu corpo e arruína sua mente*". Comenta que o trabalho alienado (falta de controle sobre o processo de trabalho, perda da apropriação do produto e relações do trabalho competitivas e fragmentadas) e as dimensões subjetivas da alienação (sensação de perda de poder, insatisfação e frustração) tornam-se geradores do stress ocupacional, fator de risco para a coronariopatia. Discute a possibilidade de reduzir o stress crônico e a alienação quando os trabalhadores detiverem maior controle sobre o processo e o produto de seu trabalho.

Abordando o problema dos fatores psicossociais e morte cardíaca súbita, Rahe e Lind estudaram a mudança de padrões de vida em suecos nos três anos anteriores à morte (161). Os autores colheram dados de mudança de vida em 39 sujeitos e notaram que havia mudanças intensas, sobretudo nos últimos seis meses, comparando com períodos de dois e três anos anteriores à morte. Na mesma linha, Theorell e Rahe pesquisaram fatores psicossociais em pacientes que tiveram infarto (189). Coletaram informações sobre mudanças de vida nos três a quatro anos anteriores ao episódio de uma amostra de 54 sujeitos masculinos. Utilizaram 14 sujeitos, amigos dos primeiros, pareados por dados biodemográficos, como grupo controle. As diferenças significativas encontradas referem-se ao tempo anterior ao infarto, em que foram registradas as mudanças, principalmente nos seis meses anteriores. Os autores mencionam, ainda, estudos que demonstram maior incidência de doenças coronarianas em sujeitos com mudanças de emprego, de residência, baixa escolaridade e imigrações.

O mesmo Theorell faz um relato sobre os eventos da vida antes e depois do início do infarto do miocárdio, na Suécia, quando ocorrido antes dos 65 anos de idade (188). Usou uma lista de 36 eventos das mais diversas áreas da vida. Notou que a frequência de alguns itens relatados referentes a trabalho foram maiores nos pacientes do que no grupo controle, tais como mudança de horário, conflitos com superiores ou colegas e responsabilidade aumentada. Observou, ainda, que acidentes causando falta no serviço de no mínimo três semanas foram mais frequentes no grupo de doentes. No todo, porém, o número de itens relatados foi similar nos dois grupos.

Horowitz e colaboradores usaram um questionário de eventos da vida, auto-administrado, para determinar o que chamam de nível de stress presuntivo, numa amostra de 575 homens de meia-idade (79). Adaptaram a escala de Holmes e Rahe, considerando também quando o evento havia ocorrido (com pesos diferentes para momentos de remoto a recente) e expandindo para 143 episódios pesquisados, incluindo um grupo mais compreensivo de mudanças de vida usualmente estressantes. Os autores levantaram a hipótese de que o escore do stress presuntivo derivado do questionário se correlacionaria diretamente com pressão sanguínea, nível de colesterol, tabagismo e número de cigarros fumados por dia. Não encontraram associação com nível pressórico ou de colesterol, no estudo. O único achado foi que os fumantes relataram eventos da vida mais frequentes ou mais intensos, demonstrando, segundo concluem, a necessidade de considerar o comportamento de fumar para outra pesquisa específica.

Byrne e Whyte procuraram testar a hipótese de que pacientes com infarto são distintos de pessoas com doenças menos sérias. Seria mais pela interpretação subjetiva do impacto emocional de eventos da vida do que pela exposição a um excesso destes eventos, os quais amostras significativamente representativas da população têm julgado ser inerentemente estressantes (27). Foram coletados os dados dos eventos consistindo de sua frequência no ano anterior ao início da doença, os pesos cumulativos de

mudança de vida e stress derivados da sua magnitude e a escala de avaliação do impacto de eventos interpretado individualmente, a partir de 120 pacientes com infarto inequívoco. Os autores, então, contrastaram com os mesmos dados coletados de 40 pacientes admitidos em unidade coronariana, mas com alta hospitalar rápida sem diagnóstico do infarto ou outra doença séria. Notaram que na escala de impacto individual de problemas emocionais houve distinção entre os grupos, estatisticamente significativa, o que sugere, segundo colocam, que os pacientes com infarto interpretaram sua exposição aos eventos da vida como sendo particularmente estressante, e sendo, ainda, que a frequência de tais eventos não diferira os grupos.

4.4 - Estudos dos Fatores Culturais

Bastante interessantes são os estudos que mostram a participação de fatores sócio-culturais no surgimento das doenças isquêmicas do coração. Tornaram-se famosos, por exemplo, os estudos de Roseto, na Pensilvânia, uma comunidade italo-americana de 1.700 pessoas, assentada em 1822 por imigrantes que vieram principalmente de Roseto Val Fortore, na província de Foggia, ao sul da Itália. Roseto, Pensilvânia, tem sido objeto de estudo de Wolf e colaboradores desde o início da década de 60 (214). A pesquisa inicial averiguou que a taxa de mortalidade por infarto do miocárdio era visivelmente menor, a despeito de uma prevalência relativamente grande de fatores de risco para a doença. O estudo inicialmente retrospectivo das mortes, em sete anos, foi suplementado por um estudo prospectivo, de cinco anos. Durante todo o período, a taxa de mortalidade por infarto entre os habitantes de Roseto permaneceu em menos do que a metade verificada nas comunidades vizinhas ou nos Estados Unidos como um todo. Estudos subsequentes, porém, têm focado o estigma do infarto entre seus habitantes em taxas maiores.

Aproximadamente, dois terços dos habitantes de Roseto, acima de 25 anos, haviam sido cuidadosamente examinados e submetidos a eletrocardiograma, determinação de colesterol sérico e outras medidas. Estudos comparativos foram levados pelo mesmo grupo de investigadores em duas cidades vizinhas: Nazareth, uma comunidade germânico-americana, e Bangor, uma comunidade americana mista, de origem predominantemente anglo-saxônica. O estudo se estendeu ainda a parentes dos habitantes de Roseto que residiam em centros urbanos e suburbanos de Nova Iorque e Filadélfia. Entre tais grupos vizinhos e parentes, encontraram-se muitas mortes por infarto na quarta e quinta décadas da vida. Em Roseto, tinha havido apenas uma morte por infarto abaixo de 47 anos e a maioria das mortes tinham ocorrido em homens e mulheres na oitava e nona décadas.

Interessante notar que havia um grau maior de obesidade entre os moradores de Roseto do que em outros grupos, mas diabetes era menos prevalente. A concentração sé

rica de colesterol não diferia significativamente. A dieta em Roseto era relativamente alta em calorias, incluindo gordura animal. O fumo de cigarros era de prevalência semelhante em homens de todos os grupos (Roseto e outros) assim como os exercícios físicos eram equivalentes. Doenças mentais eram menos frequentes do que nas outras comunidades. Em contraste, era prática usual em Roseto cuidar dessas doenças em casa.

A característica mais chamativa em Roseto era sua estrutura social. Foi estudada em detalhe pelos sociólogos que gastaram três verões na comunidade, junto aos habitantes, e frequentemente participando de funções sociais e comunitárias. Pesquisaram as instituições sociais e entrevistaram em profundidade mais de 90% dos habitantes em seus lares. O estudo revelou que, diferente da maioria das cidades americanas, Roseto era coesa, onde se sustentavam mutuamente, com fortes laços familiares e comunitários. Lá não havia pobreza, nem criminalidade significativa e a família era o foco de vida. Crianças, adolescentes, maridos, esposas e velhos tinham papéis bem definidos e os problemas eram resolvidos em reuniões familiares onde cada pessoa assumia sua responsabilidade.

Em outro estudo, também com o intuito de pesquisar a influência dos fatores culturais, Marmot e Syme consideraram os efeitos da aculturação de japoneses americanos sobre os problemas coronarianos (119). Perguntando se diferenças sociais e culturais poderiam provocar diferenças na ocorrência de coronariopatias no Japão e nos Estados Unidos, classificaram 3.809 nipo-americanos de acordo com o grau de preservação da cultura tradicional japonesa. Os resultados mostraram que, no grupo mais ocidentalizado, havia maior prevalência da doença.

Há estudos, ainda, procurando ver a validação transcultural do comportamento coronário-predisponente (comportamento apresentado na secção I-4.2). Appels, Jenkins e Roseman entrevistaram 2.712 holandeses, que participavam de um programa de saúde para medir o padrão de comportamento tipo A de Roseman (8). Concluem que o tipo A existe na Holanda também e pode ser avaliado significativamente. Mas, ao mesmo tempo, o padrão de comportamento passa ser mais "suave" e menos "nítido" na Holanda que nos Estados Unidos. A experiência geral foi de que é mais fácil estimar uma entrevista americana do que uma holandesa. Isto resultou no grande uso da categoria intermediária entre A e B. Vinte e seis por cento de sujeitos foram localizados nesta categoria. Não foi encontrada correlação entre o escore tipo A e colesterol, pressão sanguínea, tolerância à glicose e idade. Fortes associações foram encontradas entre os escores dos instrumentos da pesquisa para o tipo A e para educação e ocupação. Estes achados correspondem aos dados americanos. Os autores creem que a maior questão concernente à validade do padrão tipo A em culturas não americanas não pode ser ainda respondida porque todos os resultados são baseados na prevalência e não nos dados de incidência.

Noutro estudo, Appels e Mulder concluem que há associação entre padrão tipo A e coronariopatias fatais na Holanda (9). Entrevistaram e seguiram por 9,5 anos, 243 homens sadios de 45 a 59 anos. Não foi observada correlação entre tipo A e a incidência de diversos tipos de problemas coronarianos. Os autores discutem que também na Europa há associação positiva, embora fraca, mas apenas de casos que tiveram desfecho fatal, entre a personalidade chamada coronariana e a doença coronariana. Finalmente, apontamos Kornitzer, na Bélgica, que encontrou, por sua vez, forte associação entre comportamento tipo A e angina pectoris e anormalidades no eletrocardiograma - (98).

4.5 - Simbolismos e Aspectos Psicodinâmicos

Coração, como órgão e como palavra, está carregado de simbolismos, o que motivou poetas, escritores e compositores a usarem o termo e abusarem dele em suas obras. Associada à concepção dos mais variados sentimentos, a palavra coração figura no linguajar diário para retratar inúmeras situações que envolvem estados de espírito. Assim, vejamos algumas expressões e seus significados (54).

1. Coração grande: o de uma pessoa muito generosa;
2. coração de ouro: o de uma pessoa extremamente bondosa, generosa;
3. coração de pedra: o de uma pessoa insensível, desalmada, cruel;
4. coração duro: o de uma pessoa de índole má;
5. coração partido: o de uma pessoa penalizada, entristecida;
6. abrir o coração: abrir-se, desabafar;
7. tocar o coração: sensibilizar, sentir emoção;
8. ler no coração: adivinhar os sentimentos de alguém;
9. sondar o coração: espreitar os sentimentos de alguém;
10. cortar o coração: cortar a alma, de fazer entristecer;
11. conquistar o coração: ganhar simpatia, amizade, amor;
12. morar no coração: ser querido de alguém;
13. fazer das tripas coração: dispor-se a vencer as maiores dificuldades;
14. de todo o coração: sinceramente, afetuosamente;
15. coração aberto: sincero, franco, afável;
16. com o coração na mão: aflito, angustiado;
17. num só coração: juntamente, em comunidade, na mesma intenção.

Mayer Gross lembra que estava relacionada com os sintomas mentais, e era corrente entre os psiquiatras até cem anos atrás, a idéia antiga de que o coração é o centro da alma ou das emoções. Refere ainda que os psiquiatras até acreditavam que podiam basear seu ponto de vista em descobertas post-mortem. Assinala ter persistido nas crenças do leigo, o que antes era opinião do médico (121).

Fenichel comenta que se considera o coração o órgão do amor: bate rápido na raiva e no medo, dá a impressão de pesado quando a pessoa está triste. Falando de aspectos psicodinâmicos, o autor coloca que a irritabilidade crônica do coração e do aparelho circulatório é, mais tipicamente, consequência de agressividade inconsciente e medo da retaliação da mesma. Diz que é característico o fato de estes pacientes sofrerem do ódio inibido contra o pai do mesmo sexo e, ao mesmo tempo, medo de perder o amor dele ou dela, no caso de o ódio francamente exprimir-se. O medo do abandono, que vem de experiências infantis, toma a forma de medo da morte. Assinala ser muito comum avultar a identificação com um doente cardíaco que vive no mesmo ambiente (em particular, se o paciente houver desejado a morte deste indivíduo e, então, recer a retaliação). Lembra que, em muitos casos, os ataques são precipitados por fatos que exigem competição com o pai do mesmo sexo. O paciente tenta, então, inconscientemente, fugir para uma atitude de dependência passiva. Cita o caso de um paciente com sintomas cardíacos que não se identificara com o pai, cardiopata, como, inconscientemente, o introjetara e, daí, equiparara o seu coração ao dele (52).

Explorando a questão do mecanismo de identificação nos casos de oclusão coronariana, Arlow fez análise de 13 casos de pacientes nesta condição clínica, através de estudo psiquiátrico e métodos projetivos (Teste de Rorschach). Encontrou com o história usual: indivíduo obstinado e terem sido uma criança nascista entrando precocemente em relação competitiva com o pai temido e invejado. Acha que ocasionalmente a criança pode aparecer superficialmente condescendente. O autor pondera que o conflito teria sido, então, reprimido e feita a identificação com este pai (10).

Usando também a vertente da identificação, porém sob a ótica das chamadas reações de aniversário, Cassorla relata um caso de paciente de 33 anos que tivera dois infartos. Ambos em datas comemorativas de um evento traumático. O autor reporta que o paciente, na adolescência, acompanhou a morte de um amigo num acidente de bicicleta, fato que lhe gerou muita culpa. Existiria aí relação inconsciente entre o acontecimento antigo e a eclosão dos infartos (35).

Pina resume que o conflito central que alimenta a tensão cardíaca é mais ou menos a da enfermidade psicossomática em geral: agressividade inibida frente a uma situação ou a uma figura de autoridade, insegurança e sentimentos de menos valia acerca da potência pessoal expressa através de um permanente estado de tensão e luta contida, ambições egocêntricas nem sempre cumpridas, e no caso em que o indivíduo alcança altos postos, estas permanecem insaciáveis. O autor aponta ainda sentimentos de dependência rechaçados e insatisfeitos, ocultos pela necessidade de aparentar o oposto, entrega mórbida à profissão com que satisfaz o gosto pela dependência referida, ansiedade e fantasias constantes de perigos futuros que não se possam superar e, finalmente, rigidez, explosões temperamentais, exigências frente a si mesmo e aos demais, no contexto obsessivo-compulsivo (152).

Para Haynal, a organização pulsional dos pacientes com infarto do miocárdio comporta pontos importantes de fixação anal (estado de aquisição do controle esfinteriano): exigência de dominação e autocontrole, como o gosto de verificar tudo; medo de perder o controle dormindo; raridade de alcoolismo, que é incriminado; relegação da vida sexual a segundo plano. A agressividade de predominância anal toma o sentido de expulsão de raiva incontrolada, acompanhada de um intenso desejo de destruição e de deterioração do objeto. Por outro lado, lembra que o tabagismo muito frequente, a obesidade e até mesmo o diabetes revelam fixações orais (estado onde o prazer preponderante está ligado à boca e à alimentação). O autor frisa, também, que o narcisismo é constante, e parece ser o fator principal da onipotência, de realizações extraordinárias e de conquistas excepcionais. Os termos conquista, dominação, sucesso, confirmação de si voltam sem cessar, enquanto que o comportamento dá uma aparência de calma e solidez. O ideal do Ego megalomaniaco origina-se desse problema de narcisismo: "minha necrologia será cheia de minhas realizações"; acompanha-se de um superego muito exigente (71).

Entre nós, Tractenberg revela, a partir de tratamentos psicanalíticos de pacientes cardíacos, que nos estratos profundos da mente dos mesmos existe uma equivalência simbólica e narcísica entre a representação de seu pênis ou clitoris e a representação inconsciente do coração. Afirmo o autor que é por este motivo que se verificam as deformações masoquistas da personalidade dos enfermos coronarianos: estes, ao necessitarem agredir a própria organização genital, terminam apontando seus impulsos masoquistas contra o coração. Assinala que, talvez, a maior incidência de infartos do miocárdio, que atualmente se observa bem mais no sexo masculino, se explique por esta razão. Como o homem é dotado de um falo e a mulher apenas possui um clitoris, a angústia da castração fállica seria muito mais acentuada no varão, e este teria uma predisposição maior para dirigir sua autodestrutividade contra o coração, em situações insuportáveis de fracasso amoroso ou perda de outros objetos muito valorizados (191).

Por fim, mencionamos Kolb que coloca que, às vezes, excessivas necessidades de dependência ou de controle do ambiente podem prolongar uma invalidez visando ganho secundário. Lembra que, como no caso de outras enfermidades incapacitantes, o paciente coronariano pode usar sua invalidez para escapar de uma situação emocionalmente perturbadora, podendo sentir-se relutante para abandonar esta defesa à medida que melhora fisicamente. O autor indaga que ameaças à sua enfermidade podem ser tão intoleráveis para o paciente, a ponto de levar a uma negação irracional e rebelde de sua própria existência (97).

5. A TRAJETÓRIA PESSOAL PARA ESTA PESQUISA: MOTIVAÇÕES

O interesse pela concretização dessa pesquisa não nasceu obviamente no momen

to da elaboração de seu projeto nas atividades de pós-graduação. Seria um equívoco pensar assim. Parece que o desejo para a investigação que me propus tenha se manifestado, com recordação clara, pela primeira vez, aos sete anos de idade, quando presenciei crises de precordialgia de meu avô. Estando eu em sua casa, levado pela curiosidade natural de criança, acompanhei de olhos abertos o seu sofrimento e o da família, as esperanças pela melhora do seu estado de saúde e, enfim, o instante tristemente significativo de sua morte. O que teria estado imaginando sobre seu mal, a fim de que, sabendo-o, tivéssemos podido nos relacionar com ele de uma forma mais compreensiva, orientando-o, esclarecendo-o, apoiando-o e aliviando-o?

Na adolescência, lembro-me bem de um tio, hospitalizado, recuperando-se de um infarto do miocárdio. Falava, esperançoso, das recomendações médicas sobre como deveria ser sua alimentação dali por diante e sobre a necessidade de programar futuras caminhadas. De outro lado, paradoxalmente deprimido, comentava algumas fantasias de morte. Quais teriam sido suas opiniões sobre os diversos aspectos da doença, para que, conhecendo-os, os médicos e auxiliares tivessem-no melhor ajudado a diminuir seus receios, dúvidas, preconceitos, enfim, seu sofrimento?

Já no curso colegial, certifiquei-me dos anseios de ser médico. Nos estudos da faculdade, um ponto foi habitualmente de minha particular atenção: conhecer o universo mental dos pacientes. O que queria dizer àquelas pessoas estar entregue aos cuidados dos profissionais da saúde? O que achariam sobre a gravidade, o tratamento e o prognóstico de seus problemas?

Chegando à residência médica na especialidade de Psiquiatria, ocupei-me com grande interesse do assunto de Medicina Psicossomática. Identificando-me com a postura de diversos profissionais que possuíam importante reflexão e experiência na área, parti para o Ambulatório Geral de Adultos do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Unicamp, onde pude, de forma gratificante, desempenhar o papel de elemento de ligação das contribuições psiquiátrico-clínicas ao atendimento dos pacientes. Os meses que lá passei estagiando forneceram-me material que publiquei (198, 199) e que serviram de estímulo para solicitar uma bolsa de estudos da FAPESP, cuja concessão levou-me a trabalhar os primeiros passos da presente tese. Inicialmente, porém, a atenção se deu a querer conhecer os sentimentos e pensamentos de doentes em geral de Clínica Médica. A variedade de estados mórbidos, todavia, propiciava uma multiplicidade de dados, o que pedia uma restrição no grupo a ser estudado, quanto ao tipo de manifestação patológica. E aí voltei ao interesse que já apresentava aos seis anos de idade: quem é e o que pensa o doente com infarto! Pois, como coloca Bleger (21), em Medicina Psicossomática o contato direto com seres humanos coloca o médico diante de sua própria vida, sua própria saúde ou doença, seus próprios conflitos e frustrações. E, por conseguinte, acrescenta que é pouco provável (e prejudicial) conseguir negar o significado da doença de seus familiares.

ADENDO: Já me encontrava na fase de redação deste trabalho, quando ocorreram as mortes de duas personalidades nacionais, que certamente deixarão influências confirmadoras de meu interesse pelo estudo da relação da pessoa com seu ser doente. São elas: o bravo jornalista Cláudio Abramo, em 14/08/87, e o grande poeta Carlos Drummond de Andrade, em 18/08/87. Ambas de infarto agudo do miocárdio.

O primeiro, com 64 anos, dava sinais de depressão através de seus artigos diários no jornal Folha de São Paulo. Bastante engajado na reflexão da vida sócio-política do País, parecia misturar ultimamente a tristeza de ver a situação difícil de um povo e a de pressentir sua própria situação difícil de saúde.

O segundo, com 84 anos, muito desgostoso com a recente morte da filha, tomava providências práticas prevendo a sua morte, como transferência de contas bancárias. Seis dias antes, quando examinado por uma médica, disse-lhe que "o melhor remédio que podia receitar era um enfarte fulminante". (Folha de São Paulo, 19/08/87).

Grandes homens. O coração presente. Na vida e na morte.

- SUMÁRIO DO CAPÍTULO II -

OBJETIVOS DA PESQUISA:

1. Objetivos principais;
2. Objetivos complementares.

CAPÍTULO II - OBJETIVOS DA PESQUISA

1. OBJETIVOS PRINCIPAIS

1.1 - Colher e estudar Histórias-de-Vida de pacientes com IAM, visando contribuir para a *compreensão* de receios, dúvidas, expectativas e atitudes destes, a partir da escuta e da observação do comportamento global de tais pacientes.

1.2 - Conhecer *opiniões* de pacientes de nosso meio a respeito do IAM e de aspectos correlacionados, ouvindo as colocações de sujeitos de dois grupos, pacientes com infarto do miocárdio e pacientes sem antecedentes cardiológicos, bem como procurar relações de opiniões com características pessoais e eventos da vida.

1.3 - Confrontar pontos da *teoria leiga* com os da *teoria científica*, discutindo os comuns, os complementares e os contraditórios(*).

1.4 - Questionar possíveis associações do IAM com características pessoais e eventos da vida, a partir do material das histórias estudadas nesta investigação.

2. OBJETIVOS COMPLEMENTARES

2.1 - Contribuir para a discussão de aspectos da relação psicossocial entre o paciente com IAM, sua família e a equipe hospitalar.

2.2 - Propor um modelo de registro de História-de-Vida para aplicação por parte de equipes de saúde e que lhes permita maior conhecimento das dimensões bio-psicossociais do paciente com IAM, incluindo, com destaque, a investigação do modo de pensar do doente sobre a doença.

(*) Cf. definição de opinião, compreensão, teoria leiga e científica no Cap.III - 1.3.

2.3 - Sistematizar conhecimentos para uso dos diversos profissionais de saúde , em abordagem médica e educativa, no tratamento e prevenção dos problemas do indivíduo coronariopata. E ainda servir de facilitação da relação com o paciente e proporcionar subsídios para dar-lhe esclarecimento, orientação, apoio e alívio eficazes.

2.4 - Reunir subsídios teóricos que possam ser úteis na elaboração de planos de esclarecimentos sobre o IAM para a comunidade, tais como roteiros de discussão e manuais populares.

- SUMÁRIO DO CAPÍTULO III -

RECURSOS METODOLÓGICOS

1. O PLANEJAMENTO DA PESQUISA

- 1.1 - Os critérios para a escolha do problema para a pesquisa
(prioridade, novidade, oportunidade e comprometimento)
- 1.2 - A identificação do problema
(agentes, meio ambiente e entrevistas)
- 1.3 - As definições do problema
(opinião, compreensão e teoria leiga versus teoria científica)
- 1.4 - Calendário das fases do trabalho

2. OS SUJEITOS: GRUPOS PARA O PRESENTE ESTUDO

- 2.1 - Os pacientes com infarto agudo do miocárdio (grupo IAM)
(critérios de inclusão e fonte de obtenção dos casos)
- 2.2 - Os pacientes sem antecedentes cardiológicos (grupo SAC)
(critérios de inclusão e fonte de obtenção dos casos)

3. CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS MÉTODOS

- 3.1 - Ponderações iniciais
- 3.2 - Os métodos utilizados: observacional, estudo de caso clínico,
comparativo e estatístico

4. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS PARA O LEVANTAMENTO DE DADOS

- 4.1 - Na pesquisa de campo - a técnica da História-de-Vida
(elaboração dos instrumentos e sua aplicação)
- 4.2 - Na pesquisa documental - as consultas a familiares, médicos,
equipe de enfermagem, prontuários
- 4.3 - Na pesquisa bibliográfica

5. O TRATAMENTO DOS DADOS

- 5.1 - Consideração qualitativas: psicossocial e psicodinâmica
- 5.2 - Análise quantitativa: abordagem estatística

CAPÍTULO III - RECURSOS METODOLÓGICOS (*)

1. O PLANEJAMENTO DA PESQUISA

1.1 - Os Critérios para a Escolha do Problema para a Pesquisa

Lundberg, citado por Ferrari, coloca que o problema da investigação é determinado, em sentido mais amplo, pelas circunstâncias que despertam, em alguém, curiosidade que reclama satisfação. Todavia, aquele autor reconhece que a investigação científica é concebida ordinariamente como atividade de importância geral para a comunidade, antes de ser um esforço individual do estudioso para alcançar uma satisfação pessoal de sua curiosidade (53). Assim, além de motivações antigas, comentadas anteriormente (cf. I-5), valemo-nos dos critérios de valores atuais, abaixo assinalados, para a escolha do problema que pesquisaremos.

a) *Prioridade*

Numa escala de problemas de saúde a serem estudados e solucionados, pensamos que a prioridade devesse recair sobre aqueles de relevância na epidemiologia médica. Este critério seleciona, entre outras, as doenças cardiovasculares de natureza aterosclerótica, apontando-as como responsáveis mais frequentes pela morte nas grandes cidades. Mortes estas vindas muitas vezes de maneira súbita. E o problema não se restringe à mortalidade. É apontado um grande número de pessoas incapacitadas parcial ou totalmente, em caráter temporário ou definitivo. Acometem grande parte de suas vítimas durante a fase mais produtiva da vida. Têm passado a atingir progressi-

(*) Como subsídio para a diagramação e redação deste capítulo, foram de grande valia as propostas de esquematização e as conceituações no campo da metodologia científica trazidas por Ferrari, as quais consideramos ricas, claras e precisas (53). Ao longo do trabalho, porém, na questão do vocabulário psiquiátrico, recorreremos com frequência às definições de Hinsie e Campbell (76).

vamente grupos etários mais jovens, chegando atualmente à década dos 30 anos e, às vezes, dos 20 anos. A doença tem privado as famílias e a sociedade de numerosos indivíduos, que lhes são necessários afetiva e sócio-economicamente. Acontece que os fatores de risco para a aterosclerose têm aumentado sensivelmente. A sociedade moderna é competitiva e hostil, fazendo crescer de forma assustadora o stress contra seus membros e estimulando padrões de personalidade propícios para a aterosclerose, como discutimos na introdução deste trabalho (cf. I-4). Além disso, as lesões vasculares e os depósitos de gordura se intensificam no modo de vida de hoje. O homem atual é mais sedentário, fuma exageradamente, come à base de gorduras saturadas e de hidratos de carbono refinados (136).

A título de exemplo, sabemos que, também na Grã-Bretanha, a doença emergiu da obscuridade precocemente neste século para tornar-se o maior problema de saúde pública, pois alhures temos uma forte sociedade industrial e de consumo, como colocam Morris e Gardner (135). Estimam que a doença é contraída por um homem em cada cinco, aos 65 anos de idade, sendo a principal causa de morte prematura comprovada em quase um terço das mortes em homens de meia-idade. O custo econômico em benefícios sociais — pensão de viúvas — ao Serviço de Saúde Nacional e em tempo de trabalho perdido é provavelmente da ordem de 300 milhões de libras por ano, perto de 1% do Produto Nacional Bruto.

Em Campinas, segundo dados fornecidos pelos Serviços Técnicos Gerais (SETEC) da Prefeitura Municipal, os problemas cardíacos têm se mantido em primeiro lugar na relação de *causa mortis*, sendo responsável por 16,2% de todas as mortes ocorridas no município em 1984 e 15,3% em 1985 (178).

Essa questão deve chamar a atenção de todos os profissionais da área de saúde. Urge pensar cada vez mais globalmente neste problema, saber tratar de uma forma holista os doentes e planejar abordagens preventivas conhecendo a realidade de nossa população. E saber o que os próprios pacientes e leigos pensam sobre a doença é uma das necessidades em particular, que permite melhor comunicarmo-nos com eles.

Pensávamos inicialmente investigar doentes com Isquemia do Coração em geral. Por razões metodológicas, porém, restringiríamos aos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, pois as experiências do adoecer e as reflexões sobre as demais manifestações isquêmicas são bastante heterogêneas. Assim, para este estudo, excluíamos pacientes com infarto antigo, angina do peito e síndromes intermediárias. Seria considerado, então, o compreendido na Classificação Internacional das Doenças (CID-9), sob o número 410, que discrimina: embolia, oclusão, rotura e trombose (das artérias) coronária; infarto (do) cardíaco, coração, miocárdio, subendocárdico e ventrículo; rotura do coração e miocárdio. E ainda os estados patológicos especificados como agudo ou com indicação de duração de 8 semanas ou menos de: aterosclerose coronária (atero

ma coronário, doença aterosclerótica do coração), esclerose (da artéria) coronária ; aneurisma do coração (coronário, mural ventricular); outros transtornos (isquemia miocárdica) e outras formas de doença isquêmica do coração não especificadas (141).

b) *Novidade*

No capítulo de Introdução, procuramos tecer comentários sobre os diversos momentos da evolução do conceito da Medicina Psicossomática. Entendemos por Medicina Psicossomática mais uma atitude e um campo de pesquisa e não uma especialidade médica, como coloca Mello Filho (126). Trata-se de procurar compreender o paciente que se expressa como pessoa humana, sob as condições da sua enfermidade, e de pesquisar o que o doente, com sua doença, quer significar, para então se elegerem condutas aplicáveis para a pessoa de maneira holista. Outrossim definimos nossa investigação como de natureza clínica, pois como indica a etimologia desta palavra, haveria uma atitude de "inclinar" sobre o paciente. Consideramos que se daria na perspectiva sócio-psicossomática, na medida que procurássemos estar atentos ao global das dimensões dos sujeitos. Não seria correto concluir que nosso trabalho se incluiria no campo da medicina psicossomática só porque levaria em conta os aspectos psíquicos e sociais do IAM, uma doença que tem sido classificada por muitos como "psicossomática". Participamos, sim, da concepção de que não existe doença que não seja psicossomática, visto que mente e corpo formam uma unidade inseparável e, como tal, nunca "sofrem isolados".

A revisão da literatura (como vimos no item I-4) mostrou-nos que o campo é vasto e é possível particularizar diversos enfoques dentro do que se tem tido por psicossomática. A título de exemplificação, lembramos cinco enfoques:

19) *psicológico*: estudos de tipologias de personalidade mais associadas a determinada doença, como o perfil psicossomático de Dunbar (46) e o comportamento tipo A de Rosenman para coronariopatas (58, 167);

29) *psicofisiológico*(*): mensurações de uma ou mais variáveis fisiológicas enquanto fatores comportamentais, tais como direção de atenção ou grau de motivação , são controlados, e estudos afins (1, 23, 66, 86, 103, 158, 166, 177);

39) *psicossociológico*: associação significativa entre eventos da vida e eclo-

(*) Para Alexander, a essência do método psicossomático é reconciliar os resultados de duas espécies de observação: fisiológica, por ser o homem um ser fisiológico complexo, e psicológica, por ser ao mesmo tempo um indivíduo autoconsciente capaz de comunicação verbal (3).

são da doença, como o aumento da incidência de IAM após situações de perda ou mudanças psicossociais em geral (188, 189);

4º) *epidemiológico-psiquiátrico*: pesquisas da incidência de transtornos mentais - sintomas, síndromes e nosografias - em população com acometimentos orgânicos, como as síndromes depressivas pós-infarto (61, 112) e

5º) *psicanalítico*: desenvolvimento de teorias da dinâmica do aparelho psíquico comumente observada em cardiopatas (10, 52, 71, 97, 191).

Na verdade, a maioria dos trabalhos mesclam estes enfoques, costumando haver o predomínio de um ou outro. É o que poderia acontecer em nossa investigação. Contudo, esta traria também *traços de novidade* na medida em que um enfoque importante se daria sobre o *falar* do paciente sobre a doença. Vimos que faltavam na literatura trabalhos que colhessem sistematicamente as opiniões da população doente e as relacionassem com suas características pessoais e acontecimentos de suas vidas. Assim buscamos contribuir para integrar este aspecto ao conhecimento científico geral, no objetivo de encontrar, filosoficamente falando, unidade dos conhecimentos (118).

c) *Oportunidade*

O projeto desta pesquisa foi decorrência natural de nossas atividades, sobretudo no último ano de residência médica, quando nos ocupamos com trabalhos de integração da Psiquiatria com outras áreas médicas e com participação no auxílio do ensino da graduação. O fator que permitiu a prática do projeto foi a concessão de uma bolsa de estudos pela FAPESP, quando pudemos dispor de tempo necessário para percorrer os hospitais da cidade, conforme havia surgimento de casos novos de IAM, com certa independência nossa, de dia ou horário. Facilitaria, ainda, a questão da relação custo-benefício, pois, contando, como recurso principal, com a gratuidade do elemento humano, os pacientes entrevistados teriam participação generosa. Tal população seria acessível, pois tínhamos uma lista completa de hospitais e os contatos plenamente possíveis.

d) *Comprometimento*

Nosso início de carreira universitária já se deu voltado para a área da Medicina Psicossomática. Dinamizando disciplinas do curso médico, como Psicologia Médica e Psiquiatria Clínica, com o espírito da compreensão holista do paciente, bem como nessa aproximação de atividades conjuntas com outros departamentos da escola médica, formaram um elo de *comprometimento* com as propostas desta investigação. Pensamos que seja desejável a possibilidade de estímulos mútuos e diretos entre as áreas de pesquisa e docente-assistencial. Tal investigação passaria, então, a estar dentro de

nossa ideologia.

1.2 - A Identificação do Problema

Uma vez eleita a questão das opiniões acerca do IAM e suas possíveis relações com características pessoais e eventos da vida, como o problema a ser pesquisado, fez parte do planejamento identificá-lo. Consideramos deste modo os critérios relativos a: agentes, meio ambiente e entrevista. O problema metodológico terá abordagem específica adiante (cf. III-3).

a) Agentes: entrevistados e entrevistador

Consideramos os *elementos humanos* a serem envolvidos na pesquisa: grupo de pacientes acometidos de infarto (Grupo IAM), grupo de pacientes sem antecedentes cardiológicos (Grupo SAC), o entrevistador e, eventualmente, familiares e equipes de saúde relativos aos grupos.

Fixamos em 50 o número de indivíduos para compor cada grupo. Sentimos como um número adequado frente aos objetivos do trabalho. De um lado, que significasse uma *amostra representativa* para se poder chegar a conclusões através de métodos estatísticos, mas, ao mesmo tempo, que permitisse *estudos individuais* através da construção da biografia de cada paciente, sem que, no entanto, o conjunto viesse a se perder em extensão.

Em relação ao grupo IAM, tomamos o cuidado de que fosse formado à medida da incidência de casos registrados nos serviços hospitalares do município. Pegos seqüencialmente, conforme o surgimento de casos novos, quisemos que se garantisse um a amostra com certa *proporcionalidade* à população de doentes com IAM no município, quanto às características de sexo, idade e nível sócio-econômico. Restringida a procedência para Campinas, poderíamos estudar associações de dados coletados com o fato de se habitar uma comunidade com características peculiares às cidades industriais. Em relação ao grupo SAC, escolhemo-lo como controle por ser também composto por doentes, pois, se comparássemos o grupo com infarto com uma amostra retirada da população geral supostamente sadia, não poderíamos levantar hipóteses de que as opiniões colhidas junto ao grupo para estudo seriam próprias de quem foi acometido por esta cardiopatia ou se seriam comuns a doentes em geral.

A síntese dos critérios de inclusão para ambos os grupos, bem como as fontes de obtenção dos casos, serão apresentadas adiante (cf. III-2).

Optamos pela função de *entrevistador* cabendo ao próprio autor do trabalho. Pen

samos que um entrevistador "contratado" pudesse não ter suficiente motivação e assim deixar escapar dados, que o autor considerasse como de valor. Ainda mais, achamos que a experiência ganha nas entrevistas facilitaria a análise, pois já se caminharia para esta fase mentalmente organizado (o que realmente comprovamos). Consideramos, também, de validade a subjetividade do entrevistador, pois o conhecimento de suas reações frente às manifestações do entrevistado é mais um indicador importante. Como coloca Bleger (21), a observação na entrevista acrescenta-se também a auto-observação. Várias distorções havidas seriam discriminadas no trabalho das supervisões da pesquisa. Lembramos ainda que uma única pessoa, realizando as entrevistas, diminuiria o risco de interpretações diversas nas colocações dos pacientes, dando maior uniformidade na codificação das respostas para estudos científicos. Preferimos, por fim, que nenhum dos sujeitos a ser estudado fosse do círculo de relações do entrevistador, para evitar discurso com colocações ou omissões motivadas psicologicamente por isso.

b) Meio ambiente

O enquadramento das entrevistas torna-se necessário para que variáveis, neste particular, não influenciassem os resultados. Dessa forma, planejamos um local constante: o hospital. O IAM costuma ser um evento súbito e dramático, exigindo dos pacientes elaboração psicológica intensa. Saídos dos centros de terapia intensiva, já se encontram mais "refeitos do susto" e num processo de "clareamento mental" permitindo uma entrevista mais fluente. No entanto, ainda internados, estão longe da rotina doméstica, afastados de suas ocupações e assim mais entregues à reflexão sobre o recente episódio da eclosão da enfermidade. Queríamos, deste modo, obter opiniões que estivessem fortemente influenciadas pela própria experiência do adoecer, com menos "contaminações" de outras fontes. As entrevistas seriam realizadas, via de regra, a sós, paciente e entrevistador (esta condição, de fato, não pôde ocorrer em alguns casos, como nas situações de internação e acomodações particulares, quando por exemplo cônjuge ou um filho fazia questão de permanecer presente). Em se tratando de enfermeiras, procuraríamos criar um relacionamento reservado, preservando a privacidade do paciente (condição que foi conseguida razoavelmente).

c) Entrevistas

A entrevista médico-psicológica constituir-se-ia no relacionamento principal dos sujeitos da pesquisa e o autor. Uma parte significativa da entrevista seria dedicada à anamnese de seu desenvolvimento bio-psicossocial e da enfermidade atual. Diferenciamos entrevista e anamnese, como assinala Bleger (21). A entrevista seria a relação interpessoal na qual o autor, como técnico, procuraria saber o que estaria acontecendo e agir segundo esse conhecimento. Utilizar-se-ia o comportamento total do paciente, em todo o curso da relação estabelecida, para o estudo. Desta forma, seriam valorizadas a palavra e também a comunicação não-verbal, como gestos, sorriso,

timbre e volume afetivos da voz, etc. Sabemos que esta última traz informações adicionais sobre sua história, confirma ou contraria o falado. A entrevista do tipo aberta permitiria uma investigação mais ampla da personalidade do paciente, quando usamos de liberdade para algumas intervenções, com flexibilidade para cada caso. Ao entrevistado seria proposto o tema de sua doença: a vivência do episódio, fantasias associadas e suas opiniões acerca da mesma. A *anamnese*, por sua vez, seria a parte da entrevista do tipo fechada, ou seja, com perguntas previstas, feitas com certa ordem e maneira padronizada de formular. Formamos, então, instrumentos para trabalhar os dados específicos das dimensões de interesse da história do paciente. As fases da elaboração destes instrumentos e sua aplicação merecerão comentários próprios (cf. III-4.1).

1.3 - As Definições do Problema

As definições do problema estudado comportam uma tarefa complexa porque vão além da identificação do problema. Exigem isolar e compreender a natureza dos dados desejados. Demos assim as definições de alguns conceitos que usamos na enumeração dos objetivos da presente pesquisa.

a) *Opinião*

Queríamos conhecer as opiniões dos pacientes a respeito do IAM e de aspectos correlacionados. Definimos *opinião* como uma atribuição do caráter de verdade ou falsidade, dada pelo paciente a uma asserção do entrevistador, não necessitando que tal atribuição se fizesse acompanhar de certeza (54). Por exemplo, interessar-nos-ia saber se, para o paciente, haveria possibilidade de prevenção de infartos. Qualquer colocação verbal do entrevistado refletiria algo de seu modo de pensar. Seria um parecer do sujeito, seria uma exposição do que julga. Sabemos que a atribuição é, filosoficamente, fundada em razões simplesmente prováveis e formulada com o sentimento de que ela implica risco de erro (87). Não importaria a proveniência de suas colocações: de elementos psíquicos internos e individuais ou do meio sócio-cultural.

Seu modo de pensar se expressa no curso do pensamento, considerando no contexto da psicopatologia, como a sucessão de idéias na mente. Varia da forma tida como elementar, com uma sucessão involuntária e aparentemente desconexa, indo à forma tida como superior, com uma sucessão voluntária e reflexiva (143). A forma "elementar" corresponderia às fantasias e devaneios que, no contexto da Psicanálise, são consideradas como encenação imaginária em que figura a realização de um desejo(*). A forma

(*) O desejo seria a moção psíquica que quer restabelecer a situação da primeira satisfação (104).

"superior" corresponderia a uma sãrie de idãias que procura seguir uma deduçãõ lãgica (143). Enfim, seria objeto de nossa valorizaãõ qualquer opiniãõ do pensamento do paciente, associada por ele ã enfermidade em foco e emitida ao entrevistador. Nãõ interferiria nos objetivos da pesquisa se a opiniãõ refletisse fantasias individuais ou informaãões adquiridas. Justificamos pelo fato de que o paciente tende a se conduzir, em boa parte, pelas suas opiniãões, com certa independãncia da natureza dos elementos que vieram a formar tais opiniãões.

b) *Compreensãõ*

Procurarãmos compreender as opiniãões e manifestaãões do paciente em relaãõ ao IAM. Definimos *compreensãõ* como apreensãõ totalizadora do sujeito, de seus atos, gestos e palavras, como unidade sintãtica de seu concreto existir (87). Certamente nos seria impossãvel atãngir a completa compreensãõ, mas poderãmos avançar a lãgo neste sentido.

c) *Teoria leiga versus cientãfica*

Pensamos que as opiniãões emitidas pelos pacientes nãõ seriam "soltas", mas refletiriam sua histãria, de acordo com suas suposiãões e experiãcias, fantasias e observaãões. Consideramos que o conjunto de tais opiniãões tenderia a formar uma *teoria*, que apresentasse um grau de sistematizaãõ e possãvel credibilidade, e que se proporia a explicar, elucidar, interpretar ou unificar um dado domãnio de fenãmenos ou de acontecimentos referidos ã doenãa. A teoria surgiria, conscientemente ou nãõ, como uma necessidade psicolãgica prãpria de lidar com a doenãa. Este entendimento que apresentamos sobre teoria, adaptamos de sua conceituaãõ filosãfica para o contexto psicolãgico (54). Lembramos que as opiniãões seriam ãntimas, frequentemente sem reflexãõ suficiente para serem reduzidas a uma formulaãõ geral.

A *teoria cientãfica*, por sua vez, apresenta jã uma sistematizaãõ de conhecimentos de estrutura lãgica e procura a validade universal. Daã, para nosso acesso ãs teorias leigas, recorrerãmos ã pesquisa de campo, entrevistando pacientes. Por outro lado, seria a pesquisa bibliogrãfica que nos conduziria aos conhecimentos cientãficos sobre o IAM, conforme detalharemos adiante (cf. III - 4.1 e III - 4.2). Supusemos que, do confronto da visãõ leiga com a cientãfica, poderãmos descobrir pontos comuns, complementares e contraditãrios.

1.4 - Calendãrio das Fases do Trabalho

Estes, a seguir, acabaram sendo os passos seguidos no desenvolvimento do trabalho. Consideramos seu inãcio, propriamente dito, a partir de um projeto de pesqui-

sa enviado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. A cronologia dos passos concretizados, abaixo colocada, deu-se sobre o planejamento de atividades, as quais sofreram alterações na ordem e na previsão de tempo, conforme exigido no desenrolar de tais atividades.

a) Em 1983

Observação de pontos das Histórias-de-Vida de doentes atendidos em nossa prática clínica rotineira e de itens mais emergentes nas discussões de caso com alunos de medicina e enfermagem. Realização de revisão bibliográfica. Elaboração do projeto de pesquisa e envio à FAPESP.

Reorganização dos objetivos do trabalho (cf. II) e da metodologia a ser empregada (cf. III-3) aprimorados do projeto original. Realização de entrevistas não-dirigidas com pacientes de clínica médica do hospital-escola da UNICAMP; anotação das opiniões, receios, dúvidas, expectativas presentes em seu discurso; seguida entrevista semidirigida para informar, esclarecer e/ou completar aspectos de interesse da investigação. Elaboração de questionários.

b) Em 1984

Realização da fase das entrevistas-piloto; procedimentos técnicos para operacionalização da pesquisa de campo e documental (cf. III-4), definição do número de indivíduos para os grupos, com os respectivos critérios de inclusão e de locais de obtenção destes casos (cf. III-2). Contato com todos os hospitais gerais do Município de Campinas; montagem de esquemas de obtenção de informações e registro de pacientes com IAM, admitidos nesses serviços.

Seleção dos sujeitos, segundo critérios estabelecidos, dentre os casos informados, através de contatos regulares, pelas pessoas indicadas previamente pela direção clínica de cada hospital; visita aos pacientes. Realização das entrevistas aos pacientes selecionados, visando escrever suas Histórias-de-Vida; consulta aos prontuários para anotação sucinta de dados clínicos; contato para informações adicionais com médicos, paramédicos e familiares. Início do trabalho de redação das histórias colhidas; apreciação dos primeiros resultados.

c) Em 1985

Prosseguimento da seleção dos sujeitos para o grupo de pacientes com IAM, completado o número de entrevistas. Término da redação das histórias; anotações da impressão psicológico-psiquiátrica sobre os pacientes, observações gerais e hipóteses de cunho psicossocial e psicodinâmico; confronto inicial com os dados de literatura.

Montagem de um esquema de informação e registros de pacientes junto aos mesmos serviços hospitalares, para inclusão no grupo controle, em novo contato com os responsáveis destes serviços.

Visita aos hospitais; realização das entrevistas, para composição do grupo, com pacientes indicados por equipes de enfermagem, conforme os critérios estabelecidos. Primeiras apreciações qualitativas de todo o material obtido; preparação das respostas das questões dos instrumentos 2-3-4-5 para processamento em microcomputador; digitação dos dados e conferição.

d) Em 1986

Análise estatística, análise qualitativa.

e) Em 1987

Discussão e redação do trabalho.

2. OS SUJEITOS: GRUPOS PARA O PRESENTE ESTUDO

2.1 - Os Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (Grupo IAM)

a) Critérios de inclusão

Os pacientes incluídos no grupo IAM apresentaram-se, em síntese, dentro dos seguintes critérios:

- 1º) ter diagnóstico de IAM confirmado por seu médico responsável;
- 2º) estar ainda hospitalizado, porém após alta da terapia intensiva;
- 3º) estar em condições médicas e psicológicas adequadas para poder submeter-se a entrevista desta natureza;
- 4º) ser morador do município de Campinas;
- 5º) ter possibilidade de comunicação verbal;
- 6º) não ter tido relacionamento anterior com o entrevistador e
- 7º) existir o seu consentimento para a entrevista.

Até que completasse o número de pacientes planejado para o grupo, foram realizados, ao todo, 341 contatos com os hospitais. A frequência de contatos variou de acordo com o que, ao início, sentimos do movimento e rotina de cada serviço, tendo sido, na média, dois contatos semanais (telefônicos ou pessoais). A operacionalização das entrevistas comentaremos adiante (cf. III-4.1). Nesses contatos, registramos

134 casos, chegando-se ao 50º para o grupo para estudo, com o restante excluído, conforme indicado na tabela seguinte.

TABELA 01 - CASOS REGISTRADOS PARA O GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

PACIENTES	N	%
Entrevistados	50	37,3
Não entrevistados	84	62,7
TOTAL DE CASOS REGISTRADOS	134	100,0

- Comentários sobre as razões da não realização de entrevistas -

Na pesquisa de campo deparamo-nos com muitas variáveis que fogem ao controle do pesquisador. Sucedeu de pacientes receberem alta hospitalar rápida, antes que pudessemos operacionalizar a entrevista. Tal impossibilidade deveu-se ao fato da simultaneidade da incidência de muitos casos novos. Diversos sujeitos apresentaram outros diagnósticos de fato, sendo que num primeiro momento, no processo da informação, foram tidos como IAM. Um número foi excluído por não ser procedente de nossa localidade. Dentre as ausências de condições médicas e/ou psicológicas adequadas, observamos estados emocionais não aconselháveis para a entrevista, estado físico geral insatisfatório e síndromes organo-cerebrais com déficit de memória. Os óbitos enumerados não incluíram aqueles casos que foram fatais antes ou logo após a internação. Sabemos serem de quantidade significativa, porém não chegaram ao nosso conhecimento. As transferências para outras cidades, geralmente São Paulo, quando decididas precocemente, não davam tempo hábil para a entrevista. Aquelas aconteciam para realização de cateterismo ou cirurgia cardíaca. Das recusas verificadas, um paciente alegando ser da religião crente disse que "o que tenho para conversar é com Deus". Outro, após primeiro contato com o entrevistador, apresentou sintomas importantes de ansiedade, solicitando suspensão da entrevista. Dois outros, ambos de profissão médica, solicitaram, repetidas vezes, adiamento da entrevista, alegando necessidade de repouso, embora seus respectivos cardiologistas nos houvessem autorizado a realização. Assim foram igualmente considerados casos de recusa. Um paciente de origem japonesa e outro alemã tinham dificuldade de comunicação em português. Finalmente, uma paciente apresentava relações de parentesco com o entrevistador, sendo excluída por razões do tipo transferencial. Indicamos em tabela a seguir o número de casos de cada situação mencionada.

TABELA 02 - RAZÕES DA NÃO REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS DE PACIENTES REGISTRADOS PARA O GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

RAZÕES	N	%
Alta hospitalar antes da entrevista	25	29,8
Não confirmação do diagnóstico de IAM	20	23,8
Procedência de outras localidades	14	16,7
Ausência de condições médicas e/ou psicológicas	7	8,3
Óbito	6	7,1
Transferência para outras cidades antes da entrevista	5	6,0
Recusa	4	4,8
Impossibilidade de comunicação verbal	2	2,4
Relacionamento anterior com o entrevistador	1	1,2
TOTAL DE CASOS REGISTRADOS NÃO ENTREVISTADOS	84	100,0

b) Fonte de obtenção dos casos

Todos os sujeitos foram detectados nos hospitais de Campinas. É provável ter havido casos de internação de pacientes com IAM, durante a vigência desta etapa da pesquisa, que não tenham chegado a nossos registros por falhas de comunicação. Lembremos, também, a existência dos indivíduos que nem sequer chegam aos serviços especializados por serem casos assintomáticos e não receberem tratamento convencional. A tabela a seguir enumera 12 hospitais, em ordem alfabética, com respectivos pacientes aã entrevistados e total de casos registrados.

TABELA 03 - FONTE DE OBTENÇÃO DOS CASOS PARA O GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5 (PE - Pacientes Entrevistados, CR - Casos Registrados)

HOSPITAIS	N	PE	%	N	CR	%
1. Casa de Saúde Campinas	5	10		8	6,0	
2. Centro Médico Campinas	0	0		3	2,2	
3. Hospital Beneficência Portuguesa	8	16		19	14,2	
4. Hospital Geral Santa Edwiges	0	0		3	2,2	
5. Hospital Irmãos Penteados	7	14		28	20,9	
6. Hosp. Matern. Celso Pierro (PUCCAMP)	5	10		14	10,4	
7. Hosp. Matern. Santo Antonio	12	24		23	17,2	
8. Hosp. Municipal Dr. Mário Gatti	5	10		6	4,5	
9. Hospital Samaritano de Campinas	0	0		2	1,5	
10. Hospital Santa Tereza (Clin. Pierro)	0	0		1	0,7	
11. Hospital Vera Cruz	3	6		15	11,2	
12. Santa Casa de Misericórdia (UNICAMP)	5	10		12	9,0	
TOTAL	50	100		134	100,0	

2.2 - Os Pacientes sem Antecedentes Cardiológicos (Grupo SAC)

a) Critérios de inclusão

Considerando como grupo controle, seus pacientes apresentaram-se, em síntese, dentro dos seguintes critérios:

- 1º) ser pareado por sexo, faixa etária (mesma década da vida) e condições sócio-econômicas (mesma secção do mesmo hospital) com o grupo IAM;
- 2º) estar hospitalizado, porém sem ter tido doença de acometimento dramático ou em fase terminal, e não apresentar dados que sugerissem antecedentes cardiológicos positivos;
- 3º a 7º) conforme os critérios de nº 3 a 7 do grupo IAM.

Os pacientes tiveram sua distribuição pelas seguintes áreas: Clínica Médica (68%); casos de úlcera péptica, pneumonias, diabetes, etc.; Urologia (14%): calculoses e prostatites; Ortopedia (14%): fraturas em membros; Ginecologia (4%): incontínências urinárias. Seleccionamos, desta forma, sujeitos cujas opiniões não estivessem "contaminadas" por uma experiência do adoecer do porte daquela dos sujeitos com IAM. Poderíamos ter pego outras amostras, como aquelas retiradas da população supostamente sadia da cidade. Pensamos, no entanto, que esta idéia possa ser viabilizada numa continuidade deste trabalho, como comentaremos na secção de Sugestões (cf. VI-2.2).

b) Fonte de obtenção dos casos

Os pacientes foram encontrados nos mesmos hospitais onde entrevistamos o grupo IAM, obtendo em cada serviço o mesmo número de casos. Fornecemos os critérios de seleção para a equipe de enfermagem, que indicava aleatoriamente pacientes que estivessem em seus serviços e dentro de tais critérios. Todos eles foram visitados e entrevistados até que se completasse o número planejado.

3. CONSIDERAÇÕES ACERCA DOS MÉTODOS

3.1 - Ponderações Iniciais

Questionando a ciência e os cientistas, Alves (6) pergunta: "Como é possível que alguém chegue a um destino sem ter consciência do caminho seguido?". Lembra que os cientistas freqüentemente se vêem incapazes de explicar como as idéias lhes ocorrem. Elas apareceriam repentinamente, sem que tenham sido construídas, passo a passo, por um procedimento metodológico. Seria, então, possível pensar que os indivíduos

cheguem às suas idéias por meio de saltos, são então parando para descobrir o caminho. Não seria a supremacia do raciocínio dedutivo sobre o indutivo?

Tem-se dito que a ciência começa quando algo nos perturba. Pensamos quando não estamos bem. Em comentário anterior, falamos das motivações passadas de nossa história pessoal para o presente trabalho (cf. I-5). Sentimos onde queríamos chegar ao ouvir as opiniões de doentes com infarto sobre sua doença. Na verdade, pensávamos que, ao serem montados os instrumentos para esta investigação, já imaginávamos o ponto de chegada.

3.2 - Os Métodos Utilizados: Observacional, Estudo de Caso Clínico, Comparativo e Estatístico

Vários foram os caminhos que seguimos para conhecer as opiniões dos pacientes acerca do IAM e as suas histórias pessoais. Nossa estratégia não poderia depender de um método isolado, mas de um conjunto deles, que na prática se mesclam. Usamos o *método observacional* na medida que, como entrevistador, nossa percepção procurou registrar o discurso e o comportamento dos sujeitos, conforme já o dissemos anteriormente ao identificarmos entrevistas e seus critérios. Tratou-se de um *corte transversal*, pois os dados, produtos da observação, referiram-se a um definido momento existencial do paciente: a experiência do adoecer e da hospitalização.

Ampliando o uso deste método, contamos com o do *Estudo de Caso Clínico*. Essencialmente usado nas ciências humanas (137, 157) e médicas, caracteriza-se pela relação íntima e pessoal com o sujeito, com o estabelecimento do "rapport" (53). Operacionalizamo-lo através da *técnica da História-de-Vida*, meio rico para conhecer o paciente, seja na clínica, seja na pesquisa. Procuramos construir a biografia dos sujeitos com IAM, desde seu nascimento até a eclosão da doença e suas reações imediatas, descrevendo-se os principais eventos da vida, características bio-psicossociais e destacando-se suas opiniões sobre a doença.

O *método comparativo*, com o controle das variáveis sexo, faixa etária e condições sócio-econômicas, permitiu ver se as opiniões e características pessoais eram próprias do grupo IAM ou comuns à população geral de pacientes, o grupo SAC. Fixamos assim as três variáveis que, a nosso ver, mais poderiam influir nos aspectos pesquisados. Finalmente, o *método estatístico* facilitou a análise quantitativa dos dados obtidos, sendo comparados intra e intergrupos. Em seção própria, detalhamos este tratamento de dados (cf. III-5.2). A seguir relatamos como elaboramos e aplicamos os instrumentos da pesquisa.

4. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS PARA O LEVANTAMENTO DE DADOS

4.1 - Na Pesquisa de Campo - A Técnica da História-de-Vida

a) Elaboração dos instrumentos

Conforme resumimos no calendário das fases do trabalho (cf. III-1.4), os instrumentos foram elaborados depois da realização de entrevistas não-dirigidas e semi-dirigidas com pacientes de Clínica Médica. Partimos, então, para a fase das *entrevistas-piloto*, que teve três etapas. A primeira constou da aplicação de questionários com perguntas abertas, já agrupadas segundo seu caráter: opiniões dos pacientes, identificação, antecedentes, etc. A partir das respostas mais obtidas e tendo-se em mente a discriminação que esperávamos do paciente, montamos alternativas para cada pergunta. A segunda etapa consistiu na aplicação dos questionários, agora com perguntas fechadas. Os resultados mostraram a necessidade de reformulação das alternativas de muitas perguntas, bem como do enunciado destas, tornando-o de entendimento mais claro. Houve ainda fusão e desmembramento de perguntas. Na terceira etapa, fizemos o teste final, quando os resultados da aplicação dos instrumentos mostraram-se satisfatórios. A entrevista não-dirigida, que precedia os questionários, praticamente não sofreu alteração, devido ao seu próprio caráter flexível. Os casos estudados nas entrevistas-piloto não foram incluídos no estudo principal.

Para escrevermos e estudarmos uma História-de-Vida, tendo os objetivos que nos propusemos alcançar, definimos quatro instrumentos principais e dois auxiliares (nºs 5 e 6). Estão transcritos na íntegra no Anexo I. Os critérios utilizados para a codificação das respostas e o entendimento das palavras e expressões empregadas são apresentados no Anexo II. Estes são os *instrumentos de nºs 1 a 5*:

1) *Entrevista não-dirigida* - discurso do paciente acerca de: A) como viveu o episódio do infarto com descrição dos sintomas; B) o que imaginou estar-lhe sucedendo naquele momento; C) as opiniões pessoais sobre possíveis motivos da eclosão da doença.

2) *Questionário sobre opiniões do sujeito acerca da enfermidade* - são 56 questões referentes a: A) diagnóstico, incidência, gravidade e outros aspectos gerais; B) fatores correlacionados (biológicos, hábitos, psíquicos, sócio-culturais); C) tratamento e prevenção e D) evolução e outras. As respostas exigidas com quantificação não/pouca/média/muita tiveram a finalidade de medir a valorização dada pelo entrevistado. Correspondiam à pesquisa das opiniões: sobre 20 fatores correlacionáveis ao infarto, sobre 6 tipos de personalidade correlacionáveis e sobre 13 possíveis medidas terapêuticas e preventivas.

3) *Questionário sobre características bio-psicossociais do sujeito* - são 81

questões referentes: A) dados de identificação; B) antecedentes relevantes: desenvolvimento, saúde orgânica, hábitos pessoais, saúde mental e antecedentes sócio-familiares; C) risco psicossocial para o infarto, pesquisados 25 fatores: trabalho (4 fatores), personalidade (4), problemas diversos e stress (8) e sentimentos negativos(9). Para estes fatores, a resposta era uma auto-avaliação do sujeito, com quantificação não/pouco/médio/muito, para medir grau de gravidade, inferindo o possível comprometimento.

4) *Questionário sobre circunstâncias e precedentes do episódio e expectativas do sujeito* - são 17 questões.

5) *Adendo à entrevista* - são 6 questões referentes a: impressão psicológico-psiquiátrica, conduta do entrevistador, receptividade/confiabilidade, duração da entrevista, realização em que dia do pós-infarto e reação do tipo contratransferencial.

OBSERVAÇÕES:

- O rol de fatores correlacionáveis ao infarto, de tipos de personalidade correlacionáveis, de medidas terapêuticas e preventivas e de fatores psicossociais de risco foi composto a partir de dados da literatura e dados coletados nas entrevistas-piloto.

- Sobre personalidade, como pondera Allport, podem ser analisadas - até certo ponto e com êxito parcial - através de traços comuns. Considera estes como disposições - mais gerais do que hábitos e atitudes - com relação às quais as pessoas de uma população podem ser proveitosamente comparadas (5). Lembramos, ainda, as conclusões de Delay e Pichot sobre tipologias de personalidade que assinalam que o número delas, a diversidade de termos empregados, a multiplicidade de orientações podem dar a impressão de confusão. Entretanto, a importância prática das tipologias não poderá ser subestimada, pois elas constituem essencialmente um sistema descritivo abreviado, permitindo prever, parcialmente, o comportamento de um indivíduo (39).

b) Sua aplicação

Éramos informados sobre internação de pacientes com IAM, variando em c a d a serviço, pela chefia de enfermagem (mais comumente), médico residente ou, às vezes, funcionário burocrata. Dirigíamo-nos ao quarto ou enfermaria indicados e procedíamos a uma apresentação recíproca, quando dizíamos ser médico da Unicamp a percorrer os hospitais da cidade para a realização de uma pesquisa. Deste modo estabelecia-se o "rapport". Explicávamos que nosso trabalho consistia em entrevistar pessoas internadas para ouvir seu "modo de pensar" acerca de aspectos ligados a problemas cardíacos e também para conhecer um pouco de suas vidas. Com o consentimento por parte do

paciente dos objetivos expostos e do cunho ético-científico do trabalho, dávamos início à entrevista. Em parte dos casos, a entrevista ocorria num outro momento, marcado de comum acordo entre ambos, geralmente um "horário livre" do paciente.

O primeiro instrumento aplicado era a entrevista não-dirigida, convidando o paciente a falar acerca de sua enfermidade atual. Este possuía duas motivações para atender à solicitação: oportunidade para "catarse" e sentir-se útil em colaborar com estudos médicos. Estas razões facilitavam a entrevista, compensando o fato de não ter sido o sujeito a procurar o entrevistador, mas vice-versa. Com a permissão do paciente, a entrevista não-dirigida era gravada em fita cassete, recurso utilizado para buscar a maior fidelidade do nosso registro e que, sentimos, não costumava constrangê-lo. Foram apenas três indivíduos que disseram não ter conhecimento de seu diagnóstico. Evitávamos, nesses casos, especificar o problema cardíaco, usando expressões genéricas, como: o seu "problema de saúde" ou o "problema que o trouxe à internação".

Os instrumentos de nºs 2-3-4 eram aplicados a seguir. Muitas questões não eram postas, porque suas respostas já estavam embutidas em colocações anteriores. Estes grupos de perguntas também eram variáveis em sua ordem, mantendo-nos atentos ao aspecto que o paciente passasse a mencionar. As alternativas não eram citadas ao entrevistado (com exceção daquelas que pediam quantificação) para se preservar sua espontaneidade. A codificação das respostas deu-se nos critérios definidos previamente pelo autor. Abrangidos os pontos de interesse da investigação, colocávamo-nos à disposição do entrevistado para eventuais perguntas e oferecíamos nosso serviço psiquiátrico ambulatorial na Unicamp, caso viesse a desejar um atendimento.

Em se tratando dos sujeitos do grupo controle, o "rapport" era estabelecido nos mesmos moldes. Os pacientes eram selecionados previamente ao nosso contato, conforme mencionamos (cf. III-2.2). Aplicamos a eles somente os instrumentos que concerniam, ou seja, nºs 2-3-5.

A avaliação da entrevista, instrumento nº 5, em todos os casos, era feita posteriormente. Rotineiramente, anotávamos tudo o que sentimos e observamos daquela relação pessoal, tido como importante. Maiores considerações sobre as entrevistas, inclusive dificuldades de operacionalização, serão feitas na Capítulo de Resultados (cf. IV-8).

4.2 - Na Pesquisa Documental - As Consultas a Familiares, Médicos, Equipe de Enfermagem, Prontuários

Procurando complementar o registro da História-de-Vida, o instrumento nº 6

foi o de *Dados Clínicos Suscintos e Outras Informações* - com 8 questões. Foi uma proposta de documentação, auxiliar à entrevista, de depoimentos adicionais dados por pessoas do círculo familiar e da equipe de saúde do paciente com IAM e, ainda, contidas no prontuário hospitalar. Os dados clínicos foram conhecidos a partir dos prontuários e informações do clínico. Os contatos com familiares só ocorreram quando estes nos procuravam. Estes dados, quando significativos, eram valorizados para a construção da biografia dos indivíduos.

O resumo das Histórias-de-Vida dos sujeitos do grupo IAM é apresentado no Apêndice deste trabalho.

4.3 - Na Pesquisa Bibliográfica

A revisão bibliográfica abrangeu assuntos nas seguintes áreas: conceitos da Medicina Psicossomática, tópicos sobre relação médico-paciente, cardiologia das doenças isquêmicas, aspectos sócio-psicossomáticos do paciente coronariopata e metodologia da pesquisa científica.

O procedimento usado para escolher artigos de revistas especializadas de possível utilidade para nosso trabalho foi aquele recomendado pelo Departamento de Epidemiologia Clínica e Bioestatística do Centro de Ciências da Saúde da Universidade McMaster (173). São cinco regras na seguinte ordem: título interessante ou útil, autores de boas referências, resumo com resultados úteis, local do estudo com seus resultados aplicáveis à prática do interessado e leitura da secção de "pacientes e métodos".

Boa parte da bibliografia preferida na área dos estudos psicossomáticos em cardiologia abrangeu textos antigos, como pode ser constatado na lista de referências, pois corresponderam a épocas em que tivemos artigos bastante relevantes. Dispensamos publicações recentes cujos conteúdos são, de certa forma, repetitivos.

5. O TRATAMENTO DOS DADOS

5.1 - Considerações Qualitativas: Psicossocial e Psicodinâmica

Dados contidos nas Histórias-de-Vida do grupo IAM, assim como dados colhidos nas entrevistas com o grupo controle, foram considerados do ponto de vista psicossocial e psicodinâmico. Ou seja, procuramos ver os assuntos em partes, discutindo possíveis relações entre elas, com base nas múltiplas influências entre variáveis do

meio social, das manifestações psicológicas e somáticas. Assim quisemos compreender receios, dúvidas, expectativas e atitudes dos doentes quanto ao IAM. Discutimos pontos comuns, complementares e contraditórios entre a visão leiga e a científica. Abordamos as relações entre o paciente com IAM, a família e a equipe hospitalar. Falamos da necessidade da informação dos conhecimentos sobre a doença ao indivíduo e à coletividade.

Valemo-nos, para tanto, principalmente das Histórias-de-Vida escritas, com destaque para o material obtido na Entrevista não-dirigida (Instrumento nº 1) e respostas livres ocorridas durante o restante da entrevista.

5.2 - Análise Quantitativa: Abordagem Estatística

Ficou reservada para os instrumentos 2-3-4-5. As respostas codificadas foram digitadas em microcomputador Itautec, conferidas e posteriormente colocadas em programas, como dispõe Kember (94). A análise completa compreendeu cinco momentos.

a) No primeiro momento foram calculadas as *freqüências* e respectivos *porcentuais* das respostas, obtidas nas 160 questões, com construção de tabelas, para análise preliminar. Para comparação das respostas *intergrupos* (instrumentos 2-3-5) foram utilizadas técnicas não-paramétricas para se verificar a existência de diferenças significativas. Optamos por tais provas por apresentarem as seguintes vantagens, conforme aponta Siegel (179): não necessidade de fazer suposições sobre o tipo de distribuição da população de que se extraem os dados; aplicabilidade a dados que não sejam exatos do ponto de vista numérico, mas que se disponham simplesmente em números de ordem; simplicidade de cálculos e aplicabilidade a pequenas amostras.

Foi então empregada a prova do *quiquadrado para 2 amostras*, considerando significativo quando $p \leq 0,050$. Quando a tabela apresentava 20% ou mais das caselas com freqüência esperadas inferiores a 5, ou ainda, os dados perdidos fossem mais que 10%, optamos pela observação direta da tabela. Valeram-nos aqui algumas orientações lembradas por Berquó (17).

Também para o instrumento 4 (e questão 101 do instrumento 1) foi aplicado um teste não-paramétrico, porém o *quiquadrado unidimensional* (uma amostra), pois se tratava de questões aplicadas somente ao grupo IAM, com objetivo de comparar as freqüências observadas entre si em cada questão.

A seguir, após a apreciação dos resultados, selecionamos as tabelas tidas como de maior interesse para apresentação neste trabalho. Assim escolhemos as referentes a dados de identificação dos grupos, antecedentes bio-psicossociais relevantes,

opiniões sobre a enfermidade, circunstâncias e precedentes do episódio e expectativas do sujeito. Não aparecem na montagem das tabelas as respostas de frequência nula. Tratando-se de diferença significativa entre os grupos, procuramos mencionar as variáveis que se destacaram. Tratando-se de diferença não significativa (tendo a distribuição como um todo), procuramos observar diretamente se alguma variável em particular apresentava uma frequência chamativa para ser destacada. Os resultados de tabelas não selecionadas receberam apenas menção (cf. IV-1 a IV-5).

b) No segundo momento, para variáveis que quantificavam respostas, recorreu-se à elaboração de 4 *listas classificatórias* de itens (questões) relativas a diferentes assuntos, segundo *Índice* calculado para cada item. O Índice significou a soma dos pesos dados a cada resposta. Cada uma destas recebeu um peso: pouco = 1; médio = 2; muito = 3; não e não sabe = 0. Sendo 50 sujeitos a responder cada questão, em cada grupo o Índice variou, portanto, de 0 a 150. São estas as listas classificatórias:

1a.) de 25 fatores psicossociais de risco estudados para a enfermidade, por grau de gravidade, auto-referidos pelos grupos (tabela 38 - questões de 257 a 281);

2a.) de 20 fatores estudados, correlacionados à enfermidade, por grau de importância, segundo opinião dos grupos (tabela 66 - questões 108, 110, 112 a 117, 119 a 123, 130, 132, 133, 135 a 138);

3a.) de 6 tipos de personalidade estudados, correlacionados à enfermidade, por grau de importância, segundo opinião dos grupos (tabela 70 - questões 124 a 129);

4a.) de 13 medidas terapêuticas e preventivas da enfermidade, por grau de necessidade, segundo opinião dos grupos (tabela 74 - questões 140 a 152).

Para comparar-se cada Índice obtido no grupo IAM (são 64, considerando as 4 listas mencionadas) com o correspondente à mesma questão no grupo SAC, buscamos saber se havia diferença estatisticamente significativa entre ambos. Testamos através de *U de Mann-Whitney*, prova poderosa e alternativa não-paramétrica útil para saber se dois grupos independentes são extraídos da mesma população, desde que atingido pelo menos um grau de mensuração ordinal (179). O resultado do teste consta na coluna à direita das listas classificatórias.

c) No terceiro momento elaborou-se uma *classificação ordinal* dos sujeitos do grupo IAM, segundo respectivos Índices alcançados nos 25 fatores de risco psicossocial estudados (questões 257 a 281). O Índice foi calculado através da soma de pesos dados às respostas de cada sujeito (pouco = 1; médio = 2; muito = 3; não e não sabe = 0). Sendo 25 questões, o Índice pôde variar de 0 a 75. Usando a média aritmética (*m*) dos Índices e seu desvio absoluto médio (*dan*), foram obtidos 4 subgrupos: A - su

jeitos cujos índices eram iguais ou superiores a $(m + 1 \text{ dam})$, considerados de risco psicossocial "máximo"; B - iguais ou superiores a m e inferiores a $(m + 1 \text{ dam})$, de risco "maior"; C - iguais ou superiores a $(m - 1 \text{ dam})$ e inferiores a m , de risco "menor"; D - inferiores a $(m - 1 \text{ dam})$, de risco "mínimo". Subtraindo-se a média aritmética do índice alcançado por cada sujeito, obtivemos sua *posição* na distribuição do grupo, ou seja, a distância (positiva ou negativa) que guardava da média. Tanto a classificação ordinal no grupo, como o índice, a posição na distribuição e a classificação em subgrupos encontram-se mencionados ao final da redação de cada História - de-Vida (Apêndice).

OBSERVAÇÃO:

- Nas situações em que interessou medir a tendência central e a dispersão de um conjunto de valores, em várias partes deste trabalho, utilizamos a média aritmética e o desvio absoluto médio, respectivamente. Vêm assim citadas:

$$\frac{\sum_{i=1}^N X_i}{N} + \frac{\sum \left| X_i - \frac{\sum_{i=1}^N X_i}{N} \right|}{N}$$

onde: N = número de valores do conjunto

X_i = valores

d) No quarto momento, em continuidade à análise dos dados relativos aos riscos psicossociais, quisemos estudar se os conjuntos de pesos dados aos 25 fatores estariam relacionados entre si, separados os grupos de estudo e controle e, em caso positivo, qual o grau de associatividade. Recorremos, então, ao *Coefficiente de Correlação Linear (R)*. Supondo o par de fatores X e Y, apresentamo-lo quando seu R foi valor positivo, que indicaria existir uma tendência para valores muito/médio/pouco de X corresponderem a valores muito/médio/pouco de Y. E apresentando, ainda, os valores de R mais próximos de 1 (um), que indicariam serem fortes estas tendências(cf.IV-3).

e) No quinto momento, foram confrontadas respostas intragrupo, relacionando opiniões selecionadas, tidas como de maior interesse, com características pessoais e com eventos significativos da vida (formando-se aqui subgrupos), com construção de tabelas. Delimitamos este estudo ao grupo IAM. Para comparação das respostas entre os subgrupos formados, foram igualmente usados o teste do *quadrado para K amostras independentes* e as considerações concernentes (cf. item IV-6).

- SUMÁRIO DO CAPÍTULO IV -

RESULTADOS

1. OS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS ESTUDADOS
2. OS ANTECEDENTES BIO-PSICOSSOCIAIS RELEVANTES
 - 2.1 - O desenvolvimento bio-psicológico
 - 2.2 - A saúde orgânica
 - 2.3 - Os hábitos pessoais
 - 2.4 - A saúde mental e as relações interpessoais
 - 2.5 - A morbi-mortalidade de familiares e de outros
3. O RISCO PSICOSSOCIAL PARA O IAM
4. AS CIRCUNSTÂNCIAS E PRECEDENTES DO EPISÓDIO E EXPECTATIVAS DOS PACIENTES COM INFARTO
5. AS OPINIÕES DOS SUJEITOS ACERCA DA ENFERMIDADE
 - 5.1 - Relativas a aspectos gerais do infarto
 - 5.2 - Relativas a fatores correlacionados
 - 5.3 - Relativas a medidas terapêuticas e preventivas
6. AS RELAÇÕES DE OPINIÕES COM CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E EVENTOS DA VIDA DE PACIENTES COM INFARTO
 - 6.1 - De aspectos gerais com sexo, idade e renda
 - 6.2 - Entre percepção prévia, evolução e fatores correlacionados
 - 6.3 - De alguns fatores com a presença destes
7. DADOS DIVERSOS NO DISCURSO DOS PACIENTES COM INFARTO
8. AS ENTREVISTAS REALIZADAS E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA A COLETA DE DADOS
 - 8.1 - Questões concernentes aos entrevistados e às entrevistas
 - 8.2 - O contexto hospitalar e a pesquisa

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

1. OS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS ESTUDADOS(*)

Quanto à distribuição por *sexo* e *cor* dos pacientes nos grupos estudados, houve D.N.S. (Tabela 04). Os homens constituíram 78% e as mulheres 22% (sexo foi critério de pareamento), ou seja, tendo uma relação aproximada de 3,5 : 1,0. As porcentagens das amostras quanto à cor foi de 88% e 84% para a população branca, respectivamente nos grupos IAM e SAC, dando uma relação para com os não-brancos de 4:1 e 3,2 : 1,0 aproximadamente.

A *faixa etária* (critério de pareamento) predominante foi a da 6a. década da vida com 36% (Tabela 05). Note-se que chegaram a 8% os pacientes abaixo dos 40 anos. A idade média no grupo IAM foi de $56,1 \pm 9,0$ anos para os homens, $58,8 \pm 8,2$ para as mulheres e $56,7 \pm 8,8$ no total. O paciente mais jovem tinha 32 anos e o mais velho 75.

Referente ao *estado civil* e *situação conjugal* houve D.N.S. entre os grupos (Tabela 06). Viviam sem companheiros 20% e 28%, respectivamente, dos sujeitos dos grupos IAM e SAC. Quanto ao tempo de mudança do estado civil (questão 204), também houve D.N.S. ($p=0,567$), estando 76% e 74% dos sujeitos há mais de 10 anos desta mudança.

Quanto às pessoas com quem moravam (questão 205) houve D.N.S. ($p=0,087$), sendo 80% e 82% aqueles que viviam com a própria família. Viviam sozinhos 10% e 8%. A

(*) Abaixo de cada tabela apresentada, vem a seguinte nota referente à significância dos testes estatísticos (tendo a distribuição como um todo):
- D.N.S. = diferença não significativa, seguindo o valor de $p (> 0,050)$;
- D.S. = diferença significativa, seguindo o valor de $p (< 0,050)$.
Esta sigla foi igualmente usada no texto.
As porcentagens citadas em pares dizem respeito respectivamente, aos grupos IAM e SAC.

distribuição do número de irmãos (questão 206) teve D.N.S. ($p=0,189$), assim como a do número de filhos (questão 207 - $p=0,065$).

TABELA 04 - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO E COR NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5

SEXO E COR	N	IAM	%	N	SAC	%
Masc. branco	34	68		32	64	
Masc. não-branco	5	10		7	14	
Fem. branca	11	22		10	20	
Fem. não-branca	0	0		1	2	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.N.S., $p=0,696$)

(questão 201)

TABELA 05 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA (ANOS) DOS SEXOS NOS GRUPOS (PAREADOS), CAMPINAS, 1984-5.

FAIXA ETÁRIA	N	SEXO M	%	N	SEXO F	%	N	TOTAL	%
30 → 39	4	8		0	0		4	8	
40 → 49	6	12		3	6		9	18	
50 → 59	15	30		3	6		18	36	
60 → 69	7	14		3	6		10	20	
70 → 79	7	14		2	4		9	18	
TOTAL	39	78		11	22		50	100	

(questão 201-2)

A distribuição por religião e sua prática (questão 208) teve D.N.S. ($p=0,615$). A maior frequência foi de católicos não-praticantes com 46% e 58%, seguidos dos católicos praticantes com 26% e 22%. Praticantes de religião em geral constituíram 50% e 38% (D.N.S.).

Quanto à distribuição por grau de escolaridade (Tabela 07), houve D.N.S., com 72% e 68% com 1º grau incompleto, seguindo 10% e 24% de analfabetos, e 10% e 2% com 2º grau completo. Não registramos sujeitos com grau superior, sendo possível que estes, por pertencerem geralmente às camadas sócio-econômicas mais altas, tenham ficado entre os que recorreram a atendimento em São Paulo (cf. Tabela 2).

TABELA 06 - DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO CIVIL E SITUAÇÃO CONJUGAL NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

ESTADO CIVIL	N	IAM	%	N	SAC	%
Solteiro sô	1	2		3	6	
Casado	37	74		34	68	
Viúvo sô	7	14		6	12	
Viúvo com companheiro	1	2		0	0	
Separado sô	2	4		5	10	
Separado com companheiro	2	4		2	4	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.N.S., p=0,625)

(questão 203)

TABELA 07 - DISTRIBUIÇÃO POR GRAU DE ESCOLARIDADE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

ESCOLARIDADE	N	IAM	%	N	SAC	%
Analfabeto	5	10		12	24	
1º incompleto	36	72		34	68	
1º completo	3	6		1	2	
2º incompleto	1	2		2	4	
2º completo	5	10		1	2	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.N.S., p=0,139)

(questão 209)

Quanto à existência de *ocupação profissional* (Tabela 08) houve D.N.S., com destaque à soma dos que estão economicamente ativos, aposentados ou não, que atingiu 58% e 40%. Vemos que uma parcela considerável de pacientes com infarto (42%), não o trabalhando, não estavam, portanto, sob influência de fatores de risco relativos a esta situação, como, por exemplo, o stress ocupacional.

TABELA 08 - DISTRIBUIÇÃO POR EXISTÊNCIA DE OCUPAÇÃO PROFISSIONAL NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

OCUPAÇÃO	N	IAM	%	N	SAC	%
Trabalha	26		52	16		32
Aposentado com ocupação	3		6	4		8
Aposentado sem ocupação	11		22	18		36
Desempregado	1		2	2		4
Sem trabalho	9		18	10		20
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., p=0,331)

(questão 210)

Na questão do tipo *ocupação* (principal), quanto aos que a tinham ou haviam tido (Tabela 09), houve D.N.S., com destaque para as atividades manuais, especializadas ou não, que somaram 38% e 52%. Constituíram 46% e 28% os que exerciam outro tipo de atividade (cf. exemplos da classificação no Anexo II).

TABELA 09 - DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE OCUPAÇÃO PRINCIPAL NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

ATIVIDADE OCUPACIONAL	N	IAM	%	N	SAC	%
Manual não-especializada	6		12	8		16
Manual especializada	13		26	18		36
Supervisão de manual	3		6	7		14
Não-manual de rotina	7		14	1		2
Peq. proprietário e afins	11		22	5		10
Liberal, gerência	2		4	1		2
Sem ocupação	8		16	10		20
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., p=0,125)

(questão 211)

Quanto à distribuição por *faixa de renda mensal familiar* nos grupos (critério de pareamento), a classe baixa (menos de 5 salários mínimos) constituiu o destaque (Tabela 10). O todo corresponde aproximadamente ao perfil da distribuição por classes sociais da população geral.

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA DE RENDA MENSAL FAMILIAR (SALÁRIOS MÍNIMOS) NOS GRUPOS PAREADOS, CAMPINAS, 1984-5.

RENDA FAMILIAR	N	GRUPOS	%
0 — 5	28		56
5 — 10	15		30
10 —	7		14
TOTAL	50		100

(questão 213)

Considerando a distribuição nos grupos por *local de nascimento*, encontramos D.S. (Tabela 11). Atente-se que quase três quartos de cada grupo compõem-se de sujeitos nascidos em outros locais, que não Campinas. Como 25% das caselas tiveram valores esperados menores que 5, os resultados do qui-quadrado são inconclusivos.

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO POR LOCAL DE NASCIMENTO NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

LOCAL DE NASCIMENTO	N	IAM	%	N	SAC	%
Campinas	13	26		13	26	
Outras cidades de SP	28	56		19	38	
Outros estados	5	10		17	34	
Exterior	4	8		1	2	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.S., $p=0,018$)

(questão 214)

Sobre o número de *migrações* ocorridas, houve D.N.S. (Tabela 12), com apenas 22% de cada grupo nunca tendo tido mudanças de cidade e 4% nascido e retornado a Campinas. A maioria adveio do interior paulista.

A distribuição por *tempo de moradia* nesta cidade também teve D.N.S. (Tabela 13). A maioria, 60% e 56%, migrou há mais de 10 anos.

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO POR NÚMERO DE MIGRAÇÕES NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

Nº DE MIGRAÇÕES	N	IAM	%	N	SAC	%
Nenhuma	11		22	11		22
Uma	8		16	10		20
Duas ou três	16		32	18		36
Quatro ou mais	15		30	11		22
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., p=0,812)

(questão 215)

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO POR TEMPO DE RESIDÊNCIA EM CAMPINAS (ANOS) NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

TEMPO EM CAMPINAS	N	IAM	%	N	SAC	%
Sempre morou	11		22	11		22
→ 10	30		60	28		56
10 → 5	2		4	6		12
5 → 1	5		10	3		6
1 → 0	2		4	2		4
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., p=0,632)

(questão 216)

2. OS ANTECEDENTES BIO-PSICOSSOCIAIS RELEVANTES

2.1 - O Desenvolvimento Bio-Psicológico

As condições de parto (questão 217), em ambos os grupos, foram normais na maioria dos sujeitos, com 84% e 86% (D.N.S.) afirmando terem sido parto domiciliar sem complicações.

A distribuição por *vivência da infância* apresentou D.S. (Tabela 14). Note-se que os pacientes com infarto tenderam a classificá-la como "média", enquanto os do grupo controle tenderam a classificá-la como "ruim".

Quanto à *vivência da adolescência*, referida como melhor do que a da infância,

a maior parte dos entrevistados, 60% e 52%, descreveu-a como "boa" (Tabela 15). As agradáveis recordações desta faixa de idade foram associadas ao ganho de maior liberdade, comparando-a com uma infância "presa", comumente referida para décadas anteriores. Confira os sentimentos relatados em relação às épocas de crianças e jovens nas Histórias-de-Vida (Apêndice).

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO POR VIVÊNCIA DA INFÂNCIA REFERIDA PELOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5

VIVÊNCIA DA INFÂNCIA	N	IAM	%	N	SAC	%
Boa	24		48	29		38
Média	17		34	4		8
Ruim	9		18	17		34
TOTAL	50		100	50		100

(D.S., $p=0,004$)

(questão 218)

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO POR VIVÊNCIA DA ADOLESCÊNCIA REFERIDA PELOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

VIVÊNCIA DA ADOLESCÊNCIA	N	IAM	%	N	SAC	%
Boa	30		60	26		52
Média	11		22	10		20
Ruim	9		18	14		28
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., $p=0,492$)

(questão 219)

Quanto à questão da distribuição pela percepção do papel parental e pela relação com os pais, as respostas apresentaram D.N.S., tanto em relação à figura paterna (Tabela 16), como (e principalmente) à figura materna (Tabela 17). Os pais (homens) foram sentidos como mais autoritários, com 60% e 46% dos casos (D.N.S.), do que as mães, com 32% e 26% dos casos (D.N.S.). Uma relação boa com a figura paterna foi menos apontada, com 76% e 90% (D.N.S.), do que com a figura materna, com 94% de cada grupo.

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO POR PERCEPÇÃO DO PAPEL DO PAI E QUALIDADE DA RELAÇÃO COM ESTE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

PAI / RELAÇÃO	N	IAM	%	N	SAC	%
Equilibrado / boa	19		38	26		52
Fraco / boa	1		2	1		2
Autoritário / boa	18		36	18		36
Autoritário / reg.-mã	12		24	5		10
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., p=0,265)

(questão 220)

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO POR PERCEPÇÃO DO PAPEL DA MÃE E QUALIDADE DA RELAÇÃO COM ESTA NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5

MÃE / RELAÇÃO	N	IAM	%	N	SAC	%
Equilibrada / boa	29		58	29		58
Fraca / boa	5		10	8		16
Autoritária / boa	13		26	10		20
Autoritária / reg.-mã	3		6	3		6
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., p=0,781)

(questão 221)

A Tabela 18 mostra que houve D.S. na questão da ocorrência de *separação entre os pais*, discriminando o tipo de relação entre estes, e considerando ainda a idade do paciente em caso de separação. Porém há a advertência de que o teste pôde não ter sido válido, haja vista que 50% das caselas apresentaram freqüências esperadas inferiores a 5. Note-se, mesmo assim, que 32% e 16% não classificaram como bom o relacionamento entre os pais. Enquanto parcelas menores não consideraram boa a *relação com ao menos um irmão* (Tabela 19), com D.N.S.

Quanto à vida escolar (questão 224), 30% e 22% (D.N.S.) repetiram de ano. Quanto à dificuldade para namoro (10% e 8%) ou não (questão 225), houve D.N.S. (p=0,727).

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE SEPARAÇÃO ENTRE PAIS, COM RELAÇÃO ENTRE SI EM CASO NEGATIVO E IDADE (ANOS) DO PACIENTE EM CASO POSITIVO, NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

SEPAR. / RELAÇÃO / IDADE	N	IAM	%	N	SAC	%
Não / relação boa	34		68	42		82
Não / relação reg. mã	13		26	5		10
Sim / mais de 12	0		0	3		6
Sim / menos de 12	3		6	0		0
TOTAL	50		100	50		100

(D.S., $p=0,015$)

(questão 222)

TABELA 19 - DISTRIBUIÇÃO POR RELAÇÃO BOA COM IRMÃOS (TODOS) OU REGULAR-MÃ (COM PELO MENOS UM) NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

RELAÇÃO COM IRMÃOS	N	IAM	%	N	SAC	%
Boa	35		71,4	39		78,0
Regular-mã	14		28,6	11		22,0
TOTAL	49		100,0	50		100,0

(D.N.S., $p=0,452$)

(questão 223)

2.2 - A Saúde Orgânica

A questão da ocorrência de *hipertensão arterial* e seu tratamento teve uma distribuição de respostas com D.S. entre os grupos (Tabela 20). Note-se a diferença entre os não hipertensos no grupo dos pacientes com infarto (46%) e no grupo controle (76%). Destaca-se ainda que, dos que se referiram hipertensos, apenas 48,0% do IAM tratavam-se adequadamente contra 66,7% do SAC, embora fosse uma D.N.S.

TABELA 20 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E TRATAMENTO NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

HIPERTENSÃO/TRATAMENTO	N	IAM	%	N	SAC	%
Nunca	20	40		36	72	
Teve	3	6		2	4	
Tem / adequado	12	24		8	16	
Tem / inadequado	13	26		4	8	
Não sabe	2	4		0	0	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.S., p=0,015)

(questão 227)

TABELA 21 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE HIPERLIPIDEMIA E TRATAMENTO NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

HIPERLIPIDEMIA/TRATAMENTO	N	IAM	%	N	SAC	%
Nunca	32	64		49	98	
Teve	3	6		1	2	
Tem / adequado	7	14		0	0	
Tem / inadequado	3	6		0	0	
Não sabe	5	10		0	0	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.S., p=0,001)

(questão 228)

Quanto à *hiperlipidemia* e seu tratamento, foi outro problema orgânico onde se encontrou D.S. (Tabela 21), não havendo praticamente registro como problema atual entre aqueles sem antecedentes cardíacos de nossa amostra. Apresentou ainda D.S. a questão da *obesidade* (Tabela 22), com 42% de obesos entre os pacientes com infarto e apenas 12% no grupo SAC. Os obesos que referiram tratamento adequado foram menos frequentes entre os com infarto (47,6% contra 83,3% dos obesos). Quanto ao *diabetes*, houve D.N.S. (Tabela 23), com 86% e 78% sem o problema atualmente. Quanto a outros antecedentes mórbitos e internações, houve D.N.S. (questão 231). Constituíram 36% de ambos os grupos os internados pela primeira vez. Referente a cirurgias, houve D.N.S. (questão 232 - p=0,643), sendo que 30% e 38% nunca foram operados, 38% e 26% submeteram-se a uma cirurgia e 32 e 36% a duas ou mais.

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE OBESIDADE E TRATAMENTO NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

OBESIDADE / TRATAMENTO	N	IAM	%	N	SAC	%
Nunca	26		52	41		82
Teve	3		6	3		6
Tem / adequado	10		20	5		10
Tem / inadequado	11		22	1		2
TOTAL	50		100	50		100

(D.S., p=0,004)

(questão 229)

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE DIABETES E TRATAMENTO NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

DIABETES/TRATAMENTO	N	IAM	%	N	SAC	%
Nunca	42		84	38		76
Teve	1		2	1		2
Tem / adequado	7		14	8		16
Tem / inadequado	0		0	3		6
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., p=0,352)

(questão 230)

2.3 - Os Hábitos Pessoais

Na distribuição por tipo de *alimento* predominantemente ingerido, encontrou-se D.S. (Tabela 24), com hábito de desequilíbrio de diversos elementos na dieta em 70% e 48% (D.S.). Note-se o maior consumo de carboidrato entre os pacientes com infarto e a maior freqüência de alimentação equilibrada entre os pacientes do grupo controle.

A ocorrência de *tabagismo* apresentou D.N.S. entre aqueles com infarto e os sem antecedentes cardiológicos (Tabela 25), sendo 58% e 69% os que nunca fumaram ou pararam há mais de um ano.

TABELA 24 - DISTRIBUIÇÃO POR HÁBITO ALIMENTAR PREDOMINANTE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

ALIMENTAÇÃO PREDOMINANTE	N	IAM	%	N	SAC	%
De carboidrato	31		62	17		34
De gordura animal	2		4	5		10
De proteína	2		4	2		4
Equilibrada	15		30	26		52
TOTAL	50		100	50		100

(D.S., $p=0,040$)

(questão 233)

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE TABAGISMO NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

TABAGISMO	N	IAM	%	N	SAC	%
Nunca fumou	13		26	16		32
Parou há mais de 1 ano	16		32	17		34
Fuma ou fumou até há 1 ano	21		42	17		34
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., $p=0,683$)

(questão 234)

No item pesquisando presença de *atividade física* diária combinada com prática regular de exercícios, encontramos D.S. (Tabela 26). Porém, somando a frequência dos não sedentários, ou seja, que apresentaram qualquer tipo de ocupação física regular, vê-se uma D.N.S., correspondendo a 78% e 66%. Apenas 16% e 14% dos pacientes faziam esportes (ou ginástica) habitualmente. Tinham atividade cotidiana sedentária 34% de cada grupo. Porém, destes, somente entre os pacientes com infarto, existiam os que compensavam com esportes (35,3%).

A distribuição por ocorrência de *alcoolismo*, combinada com problema orgânico e/ou de comportamento, secundários, teve D.N.S. (Tabela 27), referindo uso habitual de bebida alcoólica 8% e 10% dos grupos.

TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE SEDENTARISMO, REFERINDO À ATIVIDADE PREDOMINANTE DIÁRIA, E PRÁTICA REGULAR DE EXERCÍCIOS FÍSICOS, NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

ATIVIDADE/PRÁTICA EXERCÍCIOS	N	IAM	%	N	SAC	%
Em movimento / sim	2		4	7		14
Parado / sim	6		12	0		0
Em movimento / não	31		62	26		52
Parado / não	11		22	17		34
TOTAL	50		100	50		100

(D.S., $p=0,015$)

(questão 235)

TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE ALCOOLISMO E PROBLEMAS DECORRENTES NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

ALCOOLISMO/PROBL. SECUNDÁRIOS	N	IAM	%	N	SAC	%
Não ou parou há mais de 1 ano	37		74	40		80
Social / não	9		18	5		10
Habitual/ não	3		6	0		0
Habitual/ sim	1		2	5		10
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., $p=0,074$)

(questão 236)

2.4 - A Saúde Mental e as Relações Interpessoais

Na distribuição por percepção do *papel do cônjuge*, combinado com qualidade da relação, houve D.N.S. (Tabela 28). Descreveram o cônjuge como equilibrado 51% e 52%, como autoritário 33% e 40% e como fraco 16% e 8%. Classificaram como boa a relação conjugal: 82% e 75%. Quanto à relação com filhos (questão 239), 93% e 87% classificaram-na como boa, com D.N.S. ($p=0,276$).

Problemas de ordem *sexual*, como friquidez e impotência, foram referidos por 16% e 24%, sendo D.N.S. (Tabela 29). A frequência de relações sexuais (questão 237) teve D.N.S. ($p=0,546$), sendo que 24% e 30% não vinham tendo relações, 30% e 38% tinham esporadicamente e 46% e 32% tinham uma ou mais vezes por semana.

TABELA 28 - DISTRIBUIÇÃO POR PERCEPÇÃO DO PAPEL DO CÔNJUGE E QUALIDADE DE RELAÇÃO COM ESTE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

CÔNJUGE/RELAÇÃO	N	IAM	%	N	SAC	%
Equilibrado/boa	24		49	23		48
Fraco /boa	6		12	3		6
Autoritário/boa	10		21	10		21
Equilibrado/reg.-mã	1		2	2		4
Fraco /reg.-mã	2		4	1		2
Autoritário/reg.-mã	6		12	9		19
TOTAL	49		100	48		100

(D.N.S., $p=0,810$)

(questão 238)

TABELA 29 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE PROBLEMA SEXUAL REFERIDO NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

PROBLEMA SEXUAL	N	IAM	%	N	SAC	%
Nunca	42		84	38		76
Teve	0		0	1		2
Tem	8		16	11		22
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., $p=0,433$)

(questão 226)

Constituíram-se em maioria os pacientes que referiram facilidade para *relacionar-se com as pessoas*, dando D.N.S. entre os grupos (Tabela 30). Quanto a *idéias e tentativas suicidas* (questão 241), houve D.N.S. ($p=0,236$). Tiveram antecedentes negativos: 86% e 92%; tinham tido idéias: 8% e 6%; tentaram: 6% dos pacientes com infarto e nenhum do grupo controle; pensavam em suicídio por ocasião da entrevista: nenhum da amostra com infarto e 2% do controle. Encontramos D.N.S. nas crenças sobre o pós-morte (questão 242 - $p=0,578$), com 74% e 78% acreditando em imortalidade.

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO POR GRAU DE SOCIABILIDADE AUTO-REFERIDA NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

SOCIABILIDADE	N	IAM	%	N	SAC	%
Boa	38		76	43		86
Média	6		12	5		10
Má	6		12	2		4
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., $p=0,301$) (questão 240)

Antecedentes psiquiátricos (Tabela 31) foram importantes, encontrados em 36% e 16% dos casos, com destaque aos transtornos neuróticos, havendo diferença significativa (embora com D.N.S. na distribuição como foi proposta) e registrando-se 10% e 6% dos grupos com história de internação. Referiram transtornos emocionais sem tratamento 8% e 4% dos grupos.

TABELA 31 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS	N	IAM	%	N	SAC	%
Não	32		64	42		84
Há mais de 1 ano	13		26	7		14
Ha menos de 1 ano	5		10	1		2
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., $p=0,055$) (questão 243)

2.5 - A Morbi-Mortalidade de Familiares e Outros

Quanto aos *antecedentes morbidos* de pai e mãe, houve distribuição com D.N.S.. Note-se, contudo, que 26% e 22% tinham pai com problema cardíaco (Tabela 32) e, ainda, 32% e 34% tinham mãe com semelhante problema (Tabela 33). Dos que tinham pai falecido, a maior porcentagem do grupo IAM o tinha na 7a. década (31,7%) e do grupo controle na 9a. década (30,0%), entretanto com D.N.S. (questão 245 - $p=0,185$). Dos que tinham mãe falecida, a maior porcentagem do grupo IAM a tinha na 6a. década (25,6%) e do grupo controle na 7a. década (38,5%), também com D.N.S. (questão 247 - $p=0,093$).

TABELA 32 - DISTRIBUIÇÃO POR MORBI-MORTALIDADE DO PAI NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

MORBI-MORTALIDADE DO PAI	N	IAM	%	N	SAC	%
Vivo / sadio	3		6	5		10
Vivo / prob. do coração	1		2	1		2
Vivo / outro prob. apenas	5		10	4		8
Morto / prob. do coração	12		24	10		20
Morto / outro prob.	29		58	29		58
Não sabe	0		0	1		2
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., p=0,877)

(questão 244)

TABELA 33 - DISTRIBUIÇÃO POR MORBI-MORTALIDADE DA MÃE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

MORBI-MORTALIDADE DA MÃE	N	IAM	%	N	SAC	%
Viva / sadia	1		2	2		4
Viva / prob. do coração	5		10	4		8
Viva / outro prob. apenas	6		12	6		12
Morta / prob. do coração	11		22	13		26
Morta / outro prob.	27		54	24		48
Não sabe	0		0	1		2
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., p=0,878)

(questão 246)

Quanto aos *antecedentes cardiológicos na irmandade*, temos dados entre irmãos vivos e mortos. Entre vivos (Tabela 34), houve na distribuição uma D.N.S.. Na tabela, ao considerarmos somente os pacientes com irmãos doentes, foi maior a frequência dos pacientes com infarto que os referiram como cardiopatas (50% contra 19%). Entre pacientes com irmãos vivos e mortos (Tabela 35), encontramos também D.N.S.. Destes com irmãos mortos, 15,0% e 29,6% referiram-nos mortos por cardiopatias. A maior porcentagem, quanto à idade do falecimento do (último) irmão, ficou para as décadas: inferiores à 4a., à 6a., à 7a. e à 8a. (empatadas com 17,8%) no grupo IAM; e para a 5a. década (22,6%) no grupo controle.

Os antecedentes cardiológicos no cônjuge apresentaram distribuição com D.N.S. (questão 251 - p=0,904). Tinham cônjuge com cardiopatia: 10,2% e 6,3%; morto(a) por

cardiopatias: 10,2% e 10,4%.

TABELA 34 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE PROBLEMAS DE SAÚDE NOS IRMÃOS VIVOS NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

SAÚDE DOS IRMÃOS	N	IAM	%	N	SAC	%
Sadio(s)	24		50,0	22		45,8
C/prob.card.(pele menos 1)	11		22,9	4		8,4
C/outro prob. apenas	11		22,9	17		35,4
Não sabe	2		4,2	5		10,4
TOTAL	48		100,0	48		100,0

(D.N.S., $p=0,115$) (questão 248)

TABELA 35 - DISTRIBUIÇÃO POR IRMÃOS VIVOS E MORTOS POR PROBLEMAS CARDÍACOS NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

IRMÃOS VIVOS E MORTOS	N	IAM	%	N	SAC	%
Vivo(s) (todos)	26		53,1	19		38
P/prob.card.(pele menos 1)	3		6,1	8		16
P/outro prob. apenas	17		34,7	19		38
Não sabe	3		6,1	4		8
TOTAL	49		100,0	50		100

(D.N.S., $p=0,307$) (questão 249)

Quanto à saúde dos filhos, a ocorrência de problemas cardíacos e de outros (questão 252) apresentou D.N.S. ($p=0,323$), com 72,7% e 68,2% referindo-os, no entanto, como sadios. Também houve D.N.S. ($p=0,242$) na distribuição por ocorrência de filhos mortos com respectivos motivos (questão 253), com 4,4% do grupo dos pacientes com infarto e nenhum do grupo controle referindo morte por problema cardíaco e, ainda, 11,1% e 9,3% morte por outros problemas.

No que se refere à ocorrência de doença ou morte por problemas cardíacos, temos D.S., tanto entre outros familiares consanguíneos (Tabela 36), como na distribuição (como foi proposta) entre pessoas da relação social (doentes e/ou mortas) (Tabela 37). Note-se que os antecedentes familiares positivos referidos para cardiopatias são realmente maiores no grupo IAM, com 38% contra 18%. Porém, entre o círculo social desaparece a diferença significativa, ao considerarmos o conjunto de doentes e mortos, dando 62% e 74%.

TABELA 36 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE DOENÇA OU MORTE POR PROBLEMAS CARDÍACOS ENTRE OUTROS FAMILIARES CONSANGUÍNEOS NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

PROBLEMAS CARDÍACOS NA FAMÍLIA	N	IAM	%	N	SAC	%
Não	18	36		34	68	
Doente(s) apenas	1	2		0	0	
Morto(s) apenas	12	24		8	16	
Doente(s) + morto(s)	6	12		1	2	
Não sabe	13	26		7	14	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.S., p=0,017) (questão 254)

TABELA 37 - DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE DOENÇA OU MORTE POR PROBLEMAS CARDÍACOS ENTRE PESSOAS DE SEU CÍRCULO DE RELAÇÕES (NÃO FAMILIARES CONSANGUÍNEOS) NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

PROBLEMAS CARDÍACOS NAS RELAÇÕES	N	IAM	%	N	SAC	%
Não	19	38		11	22	
Doente(s) apenas	9	18		10	20	
Morto(s) apenas	11	22		5	10	
Doente(s) + morto(s)	11	22		22	44	
Não sabe	0	0		2	4	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.S., p=0,039) (questão 256)

3. O POSSÍVEL RISCO PSICOSSOCIAL PARA O IAM

O cálculo dos Índices, alcançados pelos 50 sujeitos do grupo IAM, de 25 fatores de risco psicossocial (questões 257 a 281), onde foram pesquisadas as presenças de elementos ligados a trabalho, personalidade, problemas/stress e sentimentos negativos, mostrou uma variação entre 6 e 54 pontos, com uma média de $26,52 \pm 10,80$. Entre os sujeitos do grupo SAC, a variação esteve entre 4 e 36 pontos, com uma média de $18,72 \pm 7,97$. Na proposta de divisão dos pacientes com infarto em subgrupos, segundo este índice (cf. item III-5.2.c), consideramo-los nos seguintes graus de risco: máximo, maior, menor e mínimo (e tiveram distribuição conforme a Tabela 38).

TABELA 38 - DISTRIBUIÇÃO POR SUBGRUPOS IAM, SEGUNDO VARIAÇÃO DO ÍNDICE PARA RISCO PSICOSSOCIAL, CAMPINAS, 1984-5.

SUBGRUPO IAM	VARIAÇÃO DO ÍNDICE	RISCO PSICOSSOCIAL	Nº E PERCENTAGEM DE SUJEITOS
A	38 ←	máximo	8 - 16%
B	27 ↔ 37	maior	17 - 34%
C	16 ↔ 26	menor	17 - 34%
D	→ 15	mínimo	8 - 16%

IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS DO GRUPO IAM:

- SUBGRUPO A: 02, 05, 08, 09, 11, 26, 43 e 46.
- SUBGRUPO B: 04, 12, 15, 19, 20, 23, 24, 25, 30, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 49 e 50.
- SUBGRUPO C: 01, 06, 07, 13, 14, 16, 18, 21, 22, 28, 29, 31, 32, 33, 39, 42 e 45.
- SUBGRUPO D: 03, 10, 17, 27, 37, 44, 47 e 48.

O posto na classificação, de 1º a 50º, em relação à presença e gravidade do risco psicossocial dos casos do grupo IAM, vem citado ao final de suas Histórias-de-Vida (Apêndice).

Observamos que apenas 22% dos casos do grupo controle alcançaram um índice superior à média dos índices do grupo IAM, sendo que todos estes corresponderiam ao subgrupo IAM de "risco maior". No subgrupo de "risco menor" estariam 38% dos casos e no de "risco mínimo" estariam 40%. Nenhum dos grupo controle estaria no "risco máximo". Enquanto isso, 76% dos pacientes com infarto alcançariam um índice superior à média do grupo controle.

A Tabela 39 mostra, por seu turno, o índice alcançado pelos *fatores de risco psicossocial*, somando os pesos dados pelo grau de gravidade nos pacientes de ambos os grupos. Entre os entrevistados com infarto, destacaram-se a grande presença de fatores como: resistência às mudanças ético-sociais e dos costumes, obsessividade sobretudo no cuidado com pertences, cansaço físico e mental e, ainda, sintomas de impaciência e irritação. Os dois primeiros fatores acima citados, bem como a preocupação com a saúde, foram os itens de maior peso encontrados entre os pacientes sem antecedentes cardiológicos. No outro extremo, as manifestações menos auto-referidas pelos pacientes cardiopatas foram: desejos de autopunição, situação de competitividade profissional, aborrecimentos no trabalho, sentimentos de inferioridade, aborrecimentos com finanças, sentimentos de culpa e volume de serviço aumentado. Entre os pacientes não cardiopatas, os fatores com pequeno peso foram: serviço aumentado, competitividade

de na profissão, aborrecimentos no trabalho, profissão de exigente responsabilidade, sentimentos de inferioridade e de vingança. Os demais fatores apresentaram-se com peso intermediário nos grupos. A média dos Índices e sua dispersão foi de $53,0 \pm 22,7$ no grupo IAM e de $37,4 \pm 20,7$ no grupo SAC.

Independente, porém, da classificação obtida na lista dos fatores, nove deles obtiveram Índices com D.S. entre ambos os grupos, na prova U de Mann-Whitney. Em ordem decrescente de diferença nas respostas apareceram: resistência às mudanças sociais, trabalho exigente, cansaço físico-mental, falta de lazer, sentimento de urgência de tempo, processo atual de luto importante, situação de expectativa e ansiedade. Todos estes de presença significativamente mais grave no grupo de pacientes com infarto. As presenças de fatores que mais se aproximaram nos dois grupos foram: repressão psicológica, sentimentos de insatisfação existencial, aborrecimentos financeiros, desejos de autopunição, sentimentos de inferioridade e de culpa. Nenhum destes esteve entre os mais contraditórios, quer no grupo de cardiopatas, quer no controle.

Em página seguinte, temos as listas de pares de *fatores de mais alta correlação*, nos dois grupos estudados, segundo os coeficientes obtidos. Vemos que os fatores mais contraditórios nos grupos, conforme apontados na lista classificatória, são os que menos formam pares de correlação, o que mostra uma ocorrência grande com certa independência. Ressaltam-se a resistência às mudanças sociais e a obsessividade. Também os fatores repressão e luto significativo ocorrem com certa independência de correlação de outros. Os fatores de maior correlação, dentro de cada grupo, estão na área dos "sentimentos negativos", tais como: impaciência/irritação, raiva incontrolada, sentimento de vingança, de culpa e desejo de autopunição. Alta correlação também foi encontrada entre os fatores da área "trabalho": serviços de grande competitividade, de grande responsabilidade e de volume aumentado.

TABELA 39 - LISTA CLASSIFICATÓRIA DE 25 FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO PESQUISADOS PARA A ENFERMIDADE, POR GRAU DE GRAVIDADE, AUTO-REFERIDAS PELOS GRUPOS IAM E SAC, E COM RESULTADO DA PROVA U DE MANN-WHITNEY (p), CAMPINAS, - 1984-5.

FATOR (E Nº DA QUESTÃO)	ÍNDICE (E CLASSIFICAÇÃO)		p
	IAM	SAC	
Resist. mud. sociais (281)	135 (19)	65 (39)	0,00003 (*)
Obsessividade (262)	124 (29)	136 (19)	0,2119
Cansaço físico-mental (265)	86 (39)	42 (109)	0,0007 (*)
Impac., irritação (276)	80 (49)	56 (59)	0,0233 (*)
Ansiedade, expect. (263)	70 (59)	41 (119)	0,0162 (*)
Preoc. c/saúde (269)	68 (69)	84 (29)	0,1210
Depressão (268)	61 (79)	48 (79)	0,2148
Luto signific. (272)	60 (89)	30 (149)	0,0125 (*)
Aborrec. familiar (271)	60 (89)	45 (89)	0,2296
Trab. exigente (258)	60 (89)	10 (229)	0,0007 (*)
Urgência de tempo (264)	59 (119)	26 (169)	0,0119 (*)
Repressão (275)	57 (129)	58 (49)	0,4801
Falta de lazer (267)	49 (139)	21 (179)	0,0019 (*)
Sono diminuído (266)	47 (149)	32 (139)	0,1446
Insat. existencial (274)	43 (159)	43 (99)	0,3520
Exerc. autoridade (261)	41 (169)	52 (69)	0,2005
Sent. de vingança (278)	32 (179)	16 (209)	0,0516
Raiva incontrolada (277)	31 (189)	19 (189)	0,1611
Trab. aumentado (259)	29 (199)	1 (259)	0,0274 (*)
Sentimento de culpa (279)	27 (209)	28 (159)	0,0261
Aborrec. financeiro (270)	27 (209)	34 (129)	0,3483
Sent. de infer. (273)	24 (229)	16 (209)	0,2810
Aborrec. no trabalho (260)	24 (229)	9 (239)	0,0934
Trab. competitivo (257)	17 (249)	5 (249)	0,2358
Desejo autopunição (280)	15 (259)	19 (189)	0,3409

(*) D.S.

(questões 257 a 281)

Esta é a lista das *correlações mais altas* obtidas, entre fatores de risco psicossocial no grupo IAM, seguidas de seus respectivos coeficientes, em ordem decrescente, e da ordem em que aparecem no grupo SAC:

01. trabalho exigente	com trabalho aumentado....	0,59	04
02. sentimento de culpa.....	com desejo autopunição....	0,59	01
03. insatisfação existencial	com sentimento vingança...	0,55	-
04. insatisfação existencial	com sentimento de culpa...	0,55	-
05. sono diminuído.....	com preoc. com saúde.....	0,54	-
06. urgência de tempo	com desejo autopunição....	0,49	15
07. raiva incontrolada	com desejo autopunição....	0,47	08
08. impaciência/irritação.....	com sentimento de culpa...	0,46	14
09. sentim. inferioridade.....	com sentimento vingança...	0,43	-
10. trabalho competitivo.....	com urgência de tempo.....	0,42	-
11. insatisfação existencial.....	com raiva incontrolada....	0,41	-
12. trabalho aumentado.....	com falta de lazer.....	0,40	-
13. cansaço físico-mental.....	com preoc.com saúde.....	0,40	-
14. impaciência/irritação.....	com desejo autopunição....	0,39	-
15. trabalho exigente.....	com urgência de tempo.....	0,39	-

E abaixo vem a lista das *correlações mais altas* obtidas, entre fatores de risco psicossocial no grupo SAC, seguidas de seus respectivos coeficientes, em ordem de crescente, e da ordem em que aparecem no grupo IAM:

01. sentimento de culpa.....	com desejo autopunição....	0,78	02
02. impaciência/irritação.....	com raiva incontrolada....	0,67	-
03. trabalho competitivo	com trabalho exigente.....	0,63	-
04. trabalho exigente.....	com trabalho aumentado....	0,58	01
05. trabalho aumentado.....	com aborrec. no trabalho..	0,57	-
06. raiva incontrolada.....	com sentimento de culpa...	0,55	-
07. depressão.....	com insatisf.existencial..	0,53	-
08. raiva incontrolada.....	com desejo autopunição....	0,51	07
09. aborrecimento financeiro.....	com aborrec. familiar.....	0,50	-
10. cansaço físico-mental.....	com depressão.....	0,48	-
11. raiva incontrolada.....	com sentimento vingança...	0,46	-
12. depressão	com preocupação c/saúde...	0,44	-
13. impaciência/irritação.....	com sentimento vingança...	0,44	-
14. impaciência/irritação.....	com sentimento de culpa...	0,43	08
15. urgência de tempo	com desejo autopunição....	0,41	06
16. urgencia de tempo	com sentimento de culpa...	0,40	-

OBSERVAÇÃO: Consideraram-se apenas os coeficientes de correlação maiores ou iguais a 0,39.

4. AS CIRCUNSTÂNCIAS E PRECEDENTES DO EPISÓDIO E EXPECTATIVAS DOS PACIENTES COM INFARTO

a) Circunstâncias da eclosão

A distribuição por *dia da semana*, em que ocorreu o infarto na amostra de pacientes com IAM, mostrou um pico na segunda-feira e outro no sábado e uma quantidade menor na quinta e na sexta-feira, porém com D.N.S. (Tabela 40).

Pesquisando o *horário do dia* em que se deu o início das dores fortes no peito, elaboramos a Tabela 41. Redistribuímos as categorias, definindo-as com intervalos de duas horas, para uma maior precisão em relação ao proposto na questão 302. No entanto, deve-se ter precaução com o resultado da D.S., pois a frequência teórica foi menor que 5. Um entrevistado não soube precisar o horário da manifestação do problema. A proporção entre madrugada (0 — 6h), manhã (6 — 12h), tarde (12 — 18h) e noite (18 — 24h) foi de 6:21:10:12, com destaque para o número significativo de infartos ocorridos no período matutino.

A tabela 42 evidencia que a grande maioria dos sujeitos da amostra encontrava-se em sua casa no momento do episódio e com familiares nas proximidades (Tabela 43), sendo que 82% não viveu experiência de estar completamente só.

TABELA 40 - DISTRIBUIÇÃO POR DIA DA SEMANA EM QUE OCORREU O EPISÓDIO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

DIA	N	%
2a.feira	10	20
3a.feira	6	12
4a.feira	8	16
5a.feira	5	10
6a.feira	5	10
Sábado	10	20
Domingo	6	12
TOTAL	50	100

(D.N.S., $p > 0,50$) (questão 301)

TABELA 41 - DISTRIBUIÇÃO POR HORÁRIO E M QUE SE DEU O INÍCIO DA DOR NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

HORÁRIO	N	%
0 — 2h	4	8,2
2 — 4h	1	2,0
4 — 6h	1	2,0
6 — 8h	9	18,4
8 — 10h	7	14,3
10 — 12h	5	10,2
12 — 14h	7	14,3
14 — 16h	2	4,1
16 — 18h	1	2,0
18 — 20h	5	10,2
20 — 22h	5	10,2
22 — 24h	2	4,1
TOTAL	49	100,0

(D.S., $p < 0,05$)

(questão 302)

TABELA 42 - DISTRIBUIÇÃO POR LOCAL ONDE SE ENCONTRAVA DURANTE O EPISÓDIO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

LOCAL	N	%
Domicílio	31	62
De trabalho	6	12
Local público	8	16
Outros	5	10
TOTAL	50	100

(D.S., $p < 0,001$) (questão 303)

TABELA 43 - DISTRIBUIÇÃO POR PESSOAS PRÓXIMAS DURANTE O EPISÓDIO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

LOCAL	N	%
Familiares	31	62
Amigos, conhecidos	7	14
São desconhecidos	3	6
Ninguém	9	18
TOTAL	50	100

(D.S., $p < 0,001$) (questão 304)

Falando sobre *idéias de morte* nos momentos em que vivenciava o episódio, o número de entrevistados, que admitiu nelas ter pensado, foi maior que o que negou tê-las, porém ambos bem próximos (Tabela 44). Dois pacientes disseram não saber responder, pois estavam confusos naquela ocasião e não se recordavam.

Referindo-se à sua enfermidade, a grande maioria soube *denominá-la* (Tabela 45). Porém houve quem dissesse ter sido uma doença cardíaca, negando saber especificar qual seria o nome. Outros relataram que não sabiam apontar nada que pudesse caracterizar a doença em sua identificação ou "localização" em órgãos.

Em referência à reação da família e amigos frente ao ocorrido (questão 306), praticamente todos os entrevistados relataram ter sentido a grande preocupação das pessoas do círculo sócio-familiar.

TABELA 44 - DISTRIBUIÇÃO POR PENSAMENTO SOBRE MORTE NO MOMENTO DO EPISÓDIO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

PENSOU NA MORTE	N	%
Não	26	54,2
Sim	22	45,8
TOTAL	48	100,0

(D.N.S., $p > 0,50$) (questão 305)

TABELA 45 - DISTRIBUIÇÃO POR CONHECIMENTO DO SEU DIAGNÓSTICO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

CONHEC. DO DIAGNÓSTICO	N	%
Infarto	41	82
Prob. do cor. não-especificado	6	12
Não sabe	3	6
TOTAL	50	100

(D.S., $p < 0,001$) (questão 101)

b) Precedentes do episódio

Questionados se faziam alguma associação de qualquer *acontecimento significativo recente* com seu infarto, a maior parcela negou que houvesse um evento correlato, dando D.S. (Tabela 46). No subcapítulo IV-7 apresentamos os dados do que foi correlacionado pela outra parcela de pacientes.

Sobre a *consciência* que tivessem da doença, 60% admitiram desconfiar ou saber que estavam com o problema de saúde. Dos que relataram ter se submetido a consulta médica (44% do grupo), aproximadamente 45% não cumpriam corretamente as indicações terapêuticas. Entre os que suspeitavam que pudessem estar doentes do coração ou mesmo os que praticamente não mais tinham dúvidas, devido aos sintomas que se manifestavam, formava-se uma parcela correspondente a 26% dos indivíduos do grupo IAM (Tabela 47).

TABELA 46 - DISTRIBUIÇÃO POR ASSOCIAÇÃO DE EVENTO(S) RECENTE(S) COM A ENFERMIDADE, FEITA PELO GRUPO IAM, CAMPINAS, - 1984-5.

ASSOC. C/EVENTOS	N	%
Sim	18	36
Não	32	64
TOTAL	50	100
(D.S., $p < 0,05$)	(questão 307)	

TABELA 47 - DISTRIBUIÇÃO POR CONSCIÊNCIA DO PROBLEMA CARDÍACO E TRATAMENTO REFERIDOS PELO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

CONSC.DO PROB./TRAT	N	%
Não	15	30
Desconfiava	9	18
Sabia por sintomas	4	8
Por consulta, sem trat. adequado	10	20
Sabia, trat. adequado	12	24
TOTAL	50	100
(D.N.S., $p > 0,10$)	(questão 308)	

Em 30% dos casos, foram encontradas referências de pacientes a *intuições* ou *pressentimentos* de um possível mal súbito do coração (Tabela 48), conforme aparecem nas Histórias-de-Vida apresentadas no Apêndice. E em 26% dos casos, houve relatos de que os pacientes haviam feito *planos* ou mesmo chegado a tomar *providências* frente à possibilidade de um acontecimento próximo fatal (Tabela 49).

Da amostra estudada, 16% tinham história de ao menos um episódio de infarto antigo do miocárdio (questão 315).

TABELA 48 - DISTRIBUIÇÃO POR PROVÁVEL OCORRÊNCIA DE PERCEPÇÃO PRÉVIA DA ENFERMIDADE NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

PERCEP.DA ENFERM.	N	%
Não	35	70
Só pensou	7	14
Comentou	8	16
TOTAL	50	100

(D.S., $p < 0,001$) (questão 309)

TABELA 49 - DISTRIBUIÇÃO POR PLANOS OU PROVIDÊNCIAS FRENTE À POSSIBILIDADE DE MORTE NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

PLANOS - PROVIDÊNCIAS	N	%
Não	37	74
Só pensou	7	14
Preparou	6	12
TOTAL	50	100

(D.S., $p < 0,001$) (questão 310)

Ao reportarem-se ao próprio *humor* prévio ao episódio do infarto (mesmo dia ou véspera), a maioria dos pacientes apontou estados afetivos compatíveis com a normalidade (Tabela 50). Dentre os que referiram um estado psicológico diferente do habitual, a descrição mais comum foi de sintomas de ansiedade (71,4%).

Respondendo sobre qual seria o *principal fator* que, a seu ver, estaria associado à eclosão de sua doença, os entrevistados dispersaram-se (Tabela 51). No entanto, destacaram-se os fatores emocionais e o excesso de trabalho ou cansaço físico. Veja-se ainda que uma parcela significativa (30%) não soube precisar um motivo para seu infarto.

TABELA 50 - DISTRIBUIÇÃO POR HUMOR ANTERIOR AO EPISÓDIO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

HUMOR ANTERIOR	N	%
Normal	29	58
Eufórico	4	8
Deprimido	2	4
Ansioso	15	30
TOTAL	50	100

(D.S., $p < 0,001$) (questão 311)

TABELA 51 - DISTRIBUIÇÃO POR PRINCIPAL FATOR CORRELACIONADO AO EPISÓDIO PELO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

FATOR CORRELACIONADO	N	%
Emocional	18	36
Trabalho físico	8	16
Hábito de fumar	3	6
Alimento inadequado	1	2
Outros orgânicos	5	10
Não sabe	15	30
TOTAL	50	100

(D.S., $p < 0,001$) (questão 312)

c) Expectativas do paciente

A significativa maioria se mostrou otimista quanto à *evolução clínica* de sua enfermidade, com 70% referindo aguardar melhora do quadro (Tabela 52). Destes, no entanto, 68,6% esperavam que ela se desse vagarosamente. Em cerca de um quarto dos casos, por outro lado, encontramos sinais de pouca esperança, admitindo até mesmo um êxito fatal.

Comentando acerca dos cuidados terapêuticos e preventivos a serem tomados na recuperação da saúde, 56% dos entrevistados admitiram alguns *receios* quanto a seu cumprimento. Aproximadamente dois terços destes apontaram o receio de ter que deixar suas atividades habituais, como a impossibilidade de retorno pleno ao trabalho.

TABELA 52 - DISTRIBUIÇÃO POR EXPECTATIVA DA EVOLUÇÃO DA PRÓPRIA SAÚDE REFERIDA PELO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

EXPECTATIVA P/SAÚDE	N	%
Melhora rápida	11	22
Melhora vagarosa	24	48
Médio	7	14
Piora ou morte	6	12
Não sabe	2	4
TOTAL	50	100
(D.S., $p < 0,001$)	(questão 313)	

TABELA 53 - DISTRIBUIÇÃO POR PRINCIPAL RECEIO (QUANTO AOS CUIDADOS TERAPÊUTICOS E PREVENTIVOS) REFERIDO PELO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

RECEIOS	N	%
Deixar trabalho	19	38
Deixar refeições	3	6
Deixar de fumar	3	6
Deixar lazer	2	4
Fazer exercícios	1	2
Nenhum	22	44
TOTAL	50	100
(D.S., $p < 0,001$)	(questão 314)	

Falando sobre a possibilidade de serem acometidos por um *novo episódio* desta natureza, 70% admitiram-na, enquanto aproximadamente um quarto dos doentes negaram que tal pudesse vir a ocorrer. Entre os primeiros, a opinião sobre a probabilidade distribuiu-se sem significativas diferenças entre "pequena", "média" e "grande" (Tabela 54).

Encerrando a entrevista, solicitados a dizer como se sentiam após o ocorrido com sua saúde e, ainda, frente a outros eventos significativos de suas vidas, 38% admitiram um *estado psicológico* não satisfatório; caracterizado, na maior parte dos casos, por depressão (Tabela 55).

TABELA 54 - DISTRIBUIÇÃO POR EXPECTATIVA DE UM NOVO EPISÓDIO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

PROBABILIDADE	N	%
Nenhuma	13	26
Pequena	13	26
Média	13	26
Grande	9	18
Não sabe	2	2
TOTAL	50	100
(D.N.S., $p < 0,05$) (questão 316)		

TABELA 55 - DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO AFETIVO APÓS O EPISÓDIO REFERIDO PELO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

ESTADO AFETIVO	N	%
Normal	31	62
Ansiedade	4	8
Depressão	14	28
Associação	1	2
TOTAL	50	100
(D.S., $p < 0,001$) (questão 317)		

5. AS OPINIÕES DOS SUJEITOS ACERCA DA ENFERMIDADE

5.1 - Relativas a Aspectos Gerais do Infarto

A distribuição por opiniões acerca do *saber científico* sobre a enfermidade teve D.N.S. (Tabela 56). Note-se que a grande maioria (82% e 88%) dos pacientes pensou ser o infarto uma doença já desvendada pela medicina. Desta parcela, 65,9% e 45,5%, respectivamente, dos entrevistados com infarto e dos sem antecedentes (constituindo uma diferença significativa entre os grupos), quantificaram esse conhecimento como "grande".

TABELA 56 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DO SABER CIENTÍFICO SOBRE A ENFERMIDADE SEGUNDO OS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

SABER CIENTÍFICO	N	IAM	%	N	SAC	%
Nenhum	7	14	4	8		
Pequeno	4	8	13	26		
Médio	10	20	11	22		
Grande	27	54	20	40		
Não sabe	2	4	2	4		
TOTAL	50	100	50	100		
(D.N.S., $p=0,154$)						(questão 102)

Opinando sobre a questão da *incidência* na população, as respostas apresentaram D.S. (Tabela 57), graças sobretudo à quantificação desta importância. Os dois grupos quase se igualaram ao concordar ser uma doença comum atualmente, com 86% e 88%. Porém as opiniões se afastaram na medida que, destes, a maioria dos doentes com infarto (83,7%) viu-a como de incidência "grande", enquanto a maioria do grupo controle (52,3%) pensou ser de importância "média".

Por outro lado, falando sobre crer ou não que as pessoas pudessem pressentir o infarto, antes do surgimento de sintomas, como se fosse uma *intuição*, os grupos se aproximaram bastante em suas opiniões, com D.N.S. A maioria disse não acreditar na possibilidade de uma percepção prévia à manifestação da doença (Tabela 58).

TABELA 57 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA INCIDÊNCIA DA ENFERMIDADE SEGUNDO OS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

INCIDÊNCIA	N	IAM	%	N	SAC	%
Nenhuma	4	8		5	10	
Baixa	2	4		6	12	
Média	5	10		23	46	
Alta	36	72		15	30	
Não sabe	3	6		1	2	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.S., p praticamente nula)

(questão 103)

TABELA 58 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA PERCEPÇÃO PRÉVIA À ENFERMIDADE SEGUNDO OS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

PERCEPÇÃO PRÉVIA	N	IAM	%	N	SAC	%
Não	35	70		34	68	
Sim	14	28		16	32	
Não sabe	1	2		0	0	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.N.S., $p=0,563$)

(questão 104)

Ao comentar sobre o item da *gravidade* da doença, as opiniões dos grupos apresentaram D.N.S. (Tabela 59). De ambos, 98% dos entrevistados consideraram-na com algum grau de gravidade. Porém a diferença quanto a classificá-la como de "grande gravidade" foi uma opinião significativamente mais observada entre sujeitos com infarto.

Também a distribuição das opiniões sobre a possibilidade de se evitar que a doença ocorra, teve D.N.S. (Tabela 60). Nota-se que a maioria, 62% e 66%, achou que há algum grau de prevenção. Desta parcela, vemos que os grupos se subdividiram em frequências aproximadas para as opiniões de prevenção "difícil", "média" e "fácil".

TABELA 59 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA GRAVIDADE DA ENFERMIDADE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

GRAVIDADE	N	IAM	%	N	SAC	%
Nenhuma	1		2	1		2
Pequena	2		4	3		6
Média	4		8	12		24
Grande	43		86	34		68
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., $p=0,154$)

(questão 106)

TABELA 60 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA PREVENÇÃO DA ENFERMIDADE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

PREVENÇÃO	N	IAM	%	N	SAC	%
Não há	14		28	16		32
Difícil	10		20	9		18
Média	12		24	11		22
Fácil	9		18	13		26
Não sabe	5		10	1		2
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., $p=0,459$)

(questão 107)

Questionados sobre como ficaria mais comumente a *saúde* das pessoas acometidas pelo infarto (Tabela 61), a opinião mais freqüente foi de "melhora", entre quase metade nos grupos (48%). A resposta seguinte foi evolução clínica "média", para cerca de um terço nos grupos. A D.S. na distribuição pode não ser válida, pois 40% das case las tiveram freqüências esperadas menores que cinco.

E sobre como ficaria o *estado emocional* daqueles que fossem acometidos pela doença, as opiniões foram bastante próximas, com D.N.S. (Tabela 62). A resposta mais freqüente foi que as pessoas ficariam ansiosas, preocupadas, medrosas. Seguindo, mais de um quarto dos entrevistados opinou que os doentes se sentiriam tristes, desanimados.

TABELA 61 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA EVOLUÇÃO CLÍNICA DA ENFERMIDADE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

EVOLUÇÃO CLÍNICA	N	IAM	%	N	SAC	%
Melhora rápida	4		8	0		0
Melhora vagarosa	20		40	24		48
Média	17		34	16		32
Piora ou morte	5		10	10		20
Não sabe	4		8	0		0
TOTAL	50		100	50		100

(D.S., $p=0,039$)

(questão 153)

TABELA 62 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA PÓS-ECLOSÃO DA ENFERMIDADE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA	N	IAM	%	N	SAC	%
Normal	15		30	12		24
Ansiedade	22		44	23		46
Depressão	13		26	14		28
Não sabe	0		0	1		2
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., $p=0,707$)

(questão 154)

Como principal fonte para formação das opiniões foi apontada a própria experiência, entre a maioria dos sujeitos do grupo com infarto (Tabela 63). O restante (40%) apontou outras fontes: observação de casos na família ou entre conhecidos, conversas no círculo social, artigos e noticiários da mídia. Um paciente mencionou "a explicação do médico". Obviamente, dos pacientes sem antecedentes cardiológicos esperar-se-ia distribuição bastante diferente quanto às fontes, o que se confirmou com D.S.

A distribuição pela opinião acerca da figura dos médicos teve D.N.S. (Tabela 64). Cerca de um quarto nos grupos admitiu que as pessoas costumam não sentir o papel do médico como equilibrado, referindo-o como autoritário (22% e 24%) ou fraco (4% e 0%). Porém houve D.S. quanto ao tipo de relação que julgaram se ter com os pacientes, sendo uma porcentagem menor do grupo IAM achando a relação não ser boa (24% e 34%).

TABELA 63 - DISTRIBUIÇÃO POR PRINCIPAL FONTE DAS OPINIÕES SOBRE A ENFERMIDADE REFERIDA PELOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

FONTE DAS OPINIÕES	N	IAM	%	N	SAC	%
Auto-observação	30		60	0		0
Observação de outros	8		16	36		72
Transmissão verbal	2		4	12		24
Meios de comunicação social	2		4	0		0
Associação e outros	8		16	2		4
TOTAL	50		100	50		100

(D.S., p praticamente nula)

(questão 155)

TABELA 64 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DO PAPEL DOS MÉDICOS E DE SUA RELAÇÃO COM PACIENTES, NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

MÉDICOS/RELAÇÃO	N	IAM	%	N	SAC	%
Equilibrados / boa	31		62	27		54
Fracos / boa	1		2	0		0
Autoritários / boa	6		12	6		12
Equilibrados /reg.-mã	6		12	11		22
Fracos /reg.-mã	1		2	0		0
Autoritários /reg.-mã	5		10	6		12
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., $p=0,573$)

(questão 156)

5.2 - Relativas a Fatores Correlacionados

A diversidade de *fatores de risco* para o infarto refletiu numa ampla distribuição de opiniões dos entrevistados, algumas destas de comprovação científica e outras não. Houve D.S. entre os grupos (Tabela 65). Note-se a grande diferença quando opinam sobre o fator "problemas emocionais", resposta mais freqüente entre pacientes com infarto. A diferença significativa deve-se também à resposta "problemas orgânicos", que se manifesta muito mais frequentemente entre os pacientes sem antecedentes cardiológicos. Trazem expressões como: vasos entupidos, sangue grosso, pressão alta, gordura, etc. Hábito de fumar foi uma resposta significativamente mais encontrada entre entrevistados com infarto. Entre estes, também em número mais significativo, disse-se não saber apontar um fator correlacionado à cardiopatia.

TABELA 65 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DO PRINCIPAL FATOR CORRELACIONADO À ENFERMIDADE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

FATOR CORRELACIONADO	N	IAM	%	N	SAC	%
Problemas emocionais	29		58	20		40
Problemas orgânicos	2		4	17		34
Hábito de fumar	4		8	1		2
Alimentação inadequada	3		6	5		10
Trabalho e cansaço	3		6	1		2
Hereditariedade	1		2	1		2
Vida sedentária	1		2	1		2
Vontade divina	0		0	1		2
Não sabe	7		14	3		6
TOTAL	50		100	50		100

(D.S., $p=0,013$)

(questão 105)

Por outro lado, questionando sobre 20 possíveis *fatores de risco* separadamente, vemos mais claramente o grau de importância dado pelos grupos (Tabela 66). Os pacientes com infarto deram destaque, pelo alto índice alcançado nas respostas, aos fatores: hábito de fumar, tipo de personalidade, pressão arterial elevada e aumento de gorduras no sangue. Os pacientes sem antecedentes cardiológicos também destacaram estes fatores, minimizando, no entanto, o último citado. Em compensação, deram grande peso, ainda, ao abuso do álcool e à obesidade, colocando ambos na frente do hábito de fumar. A hipertensão foi o fator mais valorizado, como associado ao infarto, ao ver do grupo controle, ficando, no entanto, em quinto entre os cardiopatas.

Os pacientes com infarto consideraram de pouco peso a associação da doença com: punição, influências alheias, atividade sexual, diabetes, o acaso(ou ausência de associações) e hereditariedade. O grupo controle deu também pequeno destaque a estes fatores, com exceção de hereditariedade e de influências alheias, que ganharam destaque intermediário, mas incluiu o fator classe social. Note-se que o diabetes foi o fator menos considerado pelos pacientes não cardiopatas. Os demais fatores não comentados entendemos como valorizados com um grau intermediário. A média e dispersão dos Índices foi de $74,7 \pm 26,4$ entre o grupo IAM e $61,9 \pm 21,1$ entre o grupo SAC. A diferença entre as duas médias não foi significativa.

Independente da classificação pelo Índice, no entanto, os fatores que apresentaram D.S., pelo peso das respostas, comparando ambos os grupos, foram (em ordem decrescente de diferença): idade, sedentarismo, ocupação, hiperlipidemia, tabagismo e hábito alimentar. Todos mais valorizados pelos cardiopatas. Os fatores, cujas respostas mais se aproximaram, entre os grupos, foram nesta ordem: sexo, hereditariedade e punição.

TABELA 66 - LISTA CLASSIFICATÓRIA DE 20 FATORES PESQUISADOS E CORRELACIONADOS À ENFERMIDADE, POR GRAU DE IMPORTÂNCIA, SEGUNDO OPINIÃO DOS GRUPOS IAM E SAC, E COM RESULTADO DA PROVA U DE MANN-WHITNEY (p), CAMPINAS, 1984-5.

FATOR (E Nº DA QUESTÃO)	ÍNDICE (E CLASSIFICAÇÃO)		P
	IAM	SAC	
Tabagismo (119)	112 (10)	85 (59)	0,0116 (*)
Personalidade (123)	108 (29)	96 (29)	0,1038
Hipertensão (113)	105 (39)	105 (19)	0,2177
Hiperlipidemia (114)	103 (49)	77 (79)	0,0107 (*)
Alcoolismo (121)	101 (59)	89 (39)	0,0951
Vida urbana (132)	97 (69)	83 (69)	0,2327
Idade (110)	95 (79)	66 (109)	0,0041 (*)
Hab. alimentar (117)	94 (89)	72 (89)	0,0239 (*)
Obesidade(115)	94 (89)	87 (49)	0,1949
Ocupação (130)	90 (109)	66 (109)	0,0087 (*)
Sedentarismo (120)	87 (119)	60 (129)	0,0071 (*)
Sexo (108)	69 (129)	67 (99)	0,4364
Vontade divina (135)	57 (139)	48 (139)	0,2327
Classe social (133)	49 (149)	30 (189)	0,0764
Hereditariedade (112)	46 (159)	43 (159)	0,4013
Acaso (138)	45 (169)	37 (169)	0,2743
Diabetes (116)	38 (179)	20 (209)	0,1112
Ativ. sexual (122)	36 (189)	27 (199)	0,3594
Infl. alheias (136)	36 (189)	44 (149)	0,2611
Punição (137)	32 (209)	36 (179)	0,3974

(*) D.S.

A distribuição por opinião sobre a associação do fator *sexo* com a ocorrência do infarto teve D.N.S. (Tabela 67). Note-se que a maioria em ambos os grupos acharam que os homens são mais vulneráveis à doença. No entanto, uma freqüência considerável de entrevistados, cerca de um terço, opinou que a enfermidade acomete indistintamente homens e mulheres.

Quanto à associação entre a *faixa de idade* e o infarto, a distribuição de respostas da Tabela 68 mostra D.N.S. entre os grupos. A freqüência de opiniões foi concordante entre os cardiopatas e o grupo controle quanto à ordem (decrecente) das décadas da vida em que a doença mais incidiria: 5a., 6a., 4a. e 7a. No entanto, a soma dos que fizeram alguma associação foi maior entre os pacientes com infarto (94% contra 72%), dando D.S.

TABELA 67 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE SEXO E A ENFERMIDADE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

SEXO	N	IAM	%	N	SAC	%
Homens	32	64		28	56	
Mulheres	1	2		3	6	
Sem correlação	16	32		17	34	
Não sabe	1	2		2	4	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.N.S., $p=0,653$) (questão 109)

TABELA 68 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE FAIXA ETÁRIA E A ENFERMIDADE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

FAIXA ETÁRIA	N	IAM	%	N	SAC	%
30 ↔ 39	9	18		6	12	
40 ↔ 49	22	44		18	36	
50 ↔ 59	10	20		8	16	
60 ↔ 69	6	12		4	8	
Sem correlação	3	6		14	28	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.N.S., $p=0,068$) (questão 111)

Aproximaram-se bastante as opiniões entre ambos os grupos, no que se referiu ao principal tipo de *alimentação* associado à enfermidade, havendo D.N.S. (Tabela 69). Foram 84% e 76% os que julgaram existir essa associação. Note-se que cerca da metade dos entrevistados apontou alimentos ricos em gorduras animal como devendo ser evitados na prevenção do infarto e que poucos consideraram os ricos em carboidratos. Ninguém mencionou os ricos em gordura vegetal ou em proteínas, mas mais de um quarto dos entrevistados deu destaque a condimentos, tais como sal e pimenta.

Questionados sobre 6 possíveis tipos de *personalidade* associados ao infarto, ambos os grupos consideraram de grande peso o "reprimido" e o "ansioso" (Tabela 70), embora classificados em ordem inversa pelo Índice alcançado. O tipo "autoritário" foi pouco valorizado pelos dois grupos, sendo que os pacientes sem antecedentes cardíacos também deram pouco peso ao tipo "obsessivo". Independente da classificação, o tipo "reprimido" foi o único que mostrou resposta com D.S., devido ao maior Índice conferido pelos pacientes com infarto. A média dos Índices no grupo IAM foi $87,5 \pm 30,0$ e no grupo SAC foi $80,3 \pm 24,4$.

TABELA 69 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE PRINCIPAL TIPO DE ALIMENTAÇÃO E A ENFERMIDADE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

TIPO DE ALIMENTAÇÃO	N	IAM	%	N	SAC	%
Rico em carboidrato	3		6	3		6
Rico em gordura animal	25		50	22		44
Condimentos e outros	14		28	13		26
Sem correlação	6		12	8		16
Não sabe	2		4	4		8
TOTAL	50		100	50		100

(D.N.S., $p=0,881$)

(questão 118)

TABELA 70 - LISTA CLASSIFICATÓRIA DE 6 TIPOS DE PERSONALIDADE PESQUISADOS, CORRELAÇÃO À ENFERMIDADE POR GRAU DE IMPORTÂNCIA, SEGUNDO OPINIÃO DOS GRUPOS IAM E SAC, E COM O RESULTADO DA PROVA U DE MANN-WHITNEY (p), CAMPINAS, - 1984-5.

FATOR (E Nº DA QUESTÃO)	ÍNDICE (E CLASSIFICAÇÃO)		p
	IAM	SAC	
Reprimido (127)	138 (19)	112 (29)	0,0022 (*)
Ansioso (124)	127 (29)	122 (19)	0,3085
Deprimido (125)	72 (39)	65 (49)	0,2709
Obsessivo (126)	72 (49)	54 (59)	0,0594
Ambicioso (129)	62 (59)	80 (39)	0,0630
Autoritário (128)	54 (69)	49 (69)	0,3669

(*) D.S.

(questões 124 a 129)

Opinando sobre a possível associação do infarto com o tipo de *ocupação*, a distribuição das respostas teve D.N.S. (Tabela 71). A grande maioria de ambos os grupos (92% e 88%) acreditaram na existência desta correlação, sendo que tanto para os pacientes com infarto, como para os não cardiopatas, as profissões que exigiriam maior trabalho intelectual teriam maior influência para o surgimento de problemas do coração.

Quanto à possível associação do infarto com a *classe sócio-econômica* também apresentou-se distribuição de opiniões com D.N.S. (Tabela 72). Nem a metade dos grupos (46% e 32%) acreditou que a classe social pudesse estar correlacionada com a doença e, ao contrário, muitos afirmaram que "ela não escolhe pobre ou rico". Mas, dos que creram, a grande maioria (quase 70%) apontou as pessoas das classes ricas como aquelas que correriam maior risco.

TABELA 71 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE TIPO DE OCUPAÇÃO E A ENFERMIDADE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

TIPO DE OCUPAÇÃO	N	IAM	%	N	SAC	%
C/manual	8	16		11	22	
C/intelectual	36	72		30	60	
C/ambos indiferentemente	2	4		2	4	
S/correlação	4	8		6	12	
Não sabe	0	0		1	2	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.N.S., $p=0,659$)

(questão 131)

TABELA 72 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE CLASSE SÓCIO-ECONÔMICA E A ENFERMIDADE NOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

CLASSE SÓCIO-ECONÔMICA	N	IAM	%	N	SAC	%
Pobres	7	14		5	10	
Ricos (ou não-pobres)	16	32		11	22	
Sem correlação	27	54		34	68	
TOTAL	50	100		50	100	

(D.N.S., $p=0,357$)

(questão 134)

5.3 - Relativas a Medidas Terapêuticas e Preventivas

Obviamente os pacientes com infarto conheciam mais os *exames subsidiários* para diagnóstico de doenças cardíacas, dando D.S. (Tabela 73). Atente-se que uma considerável porcentagem dos pacientes não cardiopatas (38%) não soube sequer citar um exame. O eletrocardiograma, seguido de longe pelo cateterismo, foram os mais lembrados.

TABELA 73 - DISTRIBUIÇÃO POR NÚMERO DE EXAMES SUBSIDIÁRIOS CITADOS PARA DOENÇAS CARDÍACAS PELOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

Nº DE EXAMES	IAM		SAC	
	N	%	N	%
Nenhum	4	8	19	38
Um	22	44	21	42
Dois	13	26	8	16
Três ou mais	11	22	2	4
TOTAL	50	100	50	100

(D.S., $p=0,001$)

(questão 139)

Procurando quantificar o grau de necessidade de 13 possíveis *medidas terapêuticas e preventivas* (Tabela 74), vê-se que o grupo dos pacientes com infarto deu peso em destaque para as seguintes, em ordem decrescente: abster-se de fumar, evitar situações que provoquem emoções e programar dieta adequada. Dando também grande valorização, o grupo não cardiopata inverteu a ordem das duas primeiras citadas e substituiu a terceira por controle do temperamento. Por outro lado, foram estas as medidas consideradas de pouca necessidade pelos cardiopatas: submeter-se a cirurgia cardíaca, consultar psiquiatra, usar tranqüilizantes e controlar atividade sexual. Os pacientes sem antecedentes cardiológicos também valorizaram pouco as duas primeiras citadas e trocaram as duas seguintes, substituindo-as pelo tratamento de outras doenças simultâneas e pelo retorno ao trabalho habitual. As demais medidas entendemos como tendo sido consideradas de necessidade intermediária pelos grupos entrevistados. A média dos índices no grupo IAM ficou em $94,5 \pm 23,5$ e no grupo SAC ficou em $83,4 \pm 26,2$.

Independente, porém, da classificação alcançada pelas medidas terapêuticas e preventivas pesquisadas, cinco em particular obtiveram índices com D.S., comparando-se a distribuição dos pesos dados pelos pacientes dos dois grupos. Foram as seguintes, em ordem decrescente de diferença: tratar outras doenças simultâneas, praticar exercícios físicos, retornar ao trabalho habitual, abster-se do fumo e abster-se da bebida alcoólica. Todas mais valorizadas pelos pacientes com infarto. Por outro lado, fo-

ram estas medidas cujos índices menos diferiram, isto é, as opiniões mais se aproximam: controlar a atividade sexual, usar medicação cardiológica e submeter-se a cirurgia cardíaca. Nenhuma destas, entretanto, foi de grande destaque nos grupos.

TABELA 74 - LISTA CLASSIFICATÓRIA DE 13 MEDIDAS TERAPÊUTICAS E PREVENTIVAS DA ENFERMIDADE, REFERIDAS POR GRAU DE NECESSIDADE, SEGUNDO OPINIÃO DOS GRUPOS IAM E SAC, E COM O RESULTADO DA PROVA U DE MANN-WHITNEY, CAMPINAS, 1984-5.

MEDIDA (E Nº DA QUESTÃO)	ÍNDICE (E CLASSIFICAÇÃO)		p
	IAM	SAC	
Abst. do fumo (144)	136 (19)	122 (29)	0,0054(*)
Evitação da emoção (150)	127 (29)	123 (19)	0,1788
Dieta alimentar (143)	124 (39)	109 (49)	0,0571
Abst. do álcool (147)	117 (49)	107 (59)	0,0436(*)
Controle do temper. (149)	116 (59)	111 (39)	0,1112
Exercícios físicos (145)	100 (69)	70 (89)	0,0014(*)
Medicação cardiol. (140)	91 (79)	98 (69)	0,3783
Trat. doenças (142)	88 (89)	52 (119)	0,0005(*)
Retorno ao trabalho (146)	81 (99)	55 (109)	0,0045(*)
Contorno sexual (148)	67 (109)	65 (99)	0,4286
Medic. tranquil. (151)	62 (119)	71 (79)	0,1841
Consulta psiquiatr. (152)	62 (119)	50 (139)	0,1210
Cirurgia cardíaca (141)	57 (139)	51 (129)	0,3669

(*) D.S.

(questões 140 a 152)

6. RELAÇÕES DE OPINIÕES COM CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E EVENTOS DA VIDA DE PACIENTES COM INFARTO (*)

6.1 - De Aspectos Gerais com Sexo, Idade e Renda

a) Incidência

Houve uma aproximação das opiniões de homens e mulheres sobre a questão da importância da incidência do infarto na população, com D.N.S. (Tabela 75). A maior frequência observada, no todo, foi de entrevistados do sexo masculino que classificaram a incidência como sendo "alta", correspondendo a 54% do grupo IAM. Destaca-se a alta

(*) As percentagens com decimais foram arredondadas para números inteiros na apresentação das tabelas deste subcapítulo.

porcentagem de pacientes femininas que igualmente acharam-na um mal muito freqüente atualmente e que nenhuma delas chegou a negar a importância da incidência.

TABELA 75 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA INCIDÊNCIA DA ENFERMIDADE SEGUNDO SEXO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

INCIDÊNCIA	HOMENS %	MULHERES %
Nenhuma	10	0
Baixa	5	0
Média	10	9
Alta	70	82
Não sabe	5	9
TOTAL	100	100

(D.N.S., $p=0,714$)

(questões 103 x 201)

Acercas da relação das opiniões sobre a incidência segundo a faixa de idade (década da vida) dos entrevistados, a distribuição apresentou D.S. (Tabela 76), porém devemos ter precaução em admitir a validade do teste por haver grande número de cases com valores esperados muito baixos. Atente-se, no entanto, a que a maior frequência observada, no todo, foi a de pacientes na 6a. década e que consideraram a enfermidade como de alta incidência (30%), opinião predominante também nas outras faixas etárias.

TABELA 76 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA INCIDÊNCIA DA ENFERMIDADE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

INCIDÊNCIA	30 → 39 %	40 → 49 %	50 → 59 %	60 → 69 %	70 → 79 %
Nenhuma	50	0	11	0	0
Baixa	0	22	0	0	0
Média	0	0	0	40	11
Alta	50	67	83	50	89
Não sabe	0	11	6	10	0
TOTAL	100	100	100	100	100

(D.S., $p=0,003$)

(questões 103 x 202)

E ao relacionar a opinião sobre a incidência com a renda mensal dos pacientes, segundo 3 faixas, houve uma distribuição com D.N.S. (Tabela 77). Aqui se manteve a predominância da resposta que deu o infarto como uma doença muito comum, em todas as faixas. A maior frequência observada, no todo, foi a de entrevistados da classe pobre (menos de 5 SM) e que classificaram a doença como de alta incidência, perfazendo 42% do grupo IAM. Vê-se que nenhum paciente com renda superior a 10 SM havia minimizado a importância da incidência da coronariopatia.

TABELA 77 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA INCIDÊNCIA DA ENFERMIDADE SEGUNDO FAIXA DE RENDA MENSAL FAMILIAR (SALÁRIOS MÍNIMOS) NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

INCIDÊNCIA	0 — 5 %	5 — 10 %	10 — %
Nenhuma	7	13	0
Baixa	0	13	0
Média	14	7	0
Alta	75	60	86
Não sabe	4	7	14
TOTAL	100	100	100

(D.N.S., $p=0,362$)

(questões 103 x 213)

b) Gravidade

Quando relacionamos a opinião sobre a questão da gravidade do infarto com as variáveis sexo, idade e nível sócio-econômico, encontramos D.N.S., com todos os subgrupos dando resposta predominante de que se tratava de uma doença "grave", seguindo a distribuição do total do grupo IAM, como observamos na tabela 59.

A tabela 78 mostra a distribuição da opinião segundo pacientes com infarto, do sexo masculino e feminino. Atente-se a que a maior frequência observada foi se homens e que consideraram a doença como de grande gravidade, correspondendo a alta porcentagem de 70% de todos os sujeitos do grupo IAM.

TABELA 78 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA GRAVIDADE DA ENFERMIDADE SEGUNDO SEXO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

INCIDÊNCIA	HOMENS	MULHERES
	%	%
Nenhuma	2	0
Pequena	0	18
Média	8	9
Grande	90	73
TOTAL	100	100

(D.N.S., $p=0,053$)

(questões 106 x 201)

A distribuição da opinião por décadas da vida (5 subgrupos) podemos ver na tabela 79, que apresenta considerável proximidade de respostas. Considerando o infarto de grande gravidade, os entrevistados, que se encontravam na 6a. década da vida, constituíram a maior frequência observada, com 28% dos pacientes com infarto.

TABELA 79 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA GRAVIDADE DA ENFERMIDADE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

GRAVIDADE	30 ↔ 39	40 ↔ 49	50 ↔ 59	60 ↔ 69	70 ↔ 79
	%	%	%	%	%
Nenhuma	0	0	5	0	0
Pequena	0	11	0	10	0
Média	0	0	17	10	0
Grande	100	89	78	80	100
TOTAL	100	100	100	100	100

(D.N.S., $p= 0,699$)

(questões 106 x 202)

E a tabela 80 mostra as opiniões emitidas pelos pacientes de diferentes faixas de renda. Tivemos a maior frequência em pacientes da classe baixa e que classificaram o infarto como grave, configurando 48% do grupo.

TABELA 80 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA GRAVIDADE DA ENFERMIDADE SEGUNDO FAIXA DE RENDA MENSAL FAMILIAR (SALÁRIOS MÍNIMOS) NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

GRAVIDADE	0 — 5 %	5 — 10 %	10 — %
Nenhuma	0	7	0
Pequena	7	0	0
Média	7	7	14
Grande	86	86	86
TOTAL	100	100	100

(D.N.S., p=0,635) (questões 106 x 213)

c) Prevenção

Outro item que relacionamos com variáveis de identificação foi o da possibilidade de prevenção do infarto do miocárdio. Como havíamos observado na tabela 60, as opiniões dos sujeitos do grupo estão bem distribuídas entre as cinco possíveis respostas propostas sobre prevenção.

As opiniões acerca da prevenção de pacientes do sexo masculino e feminino - apresentaram D.N.S. (Tabela 81). Note-se que proporcionalmente um contingente significativamente maior de homens opinou que haveria algum grau de possibilidade de se evitar a doença, do que mulheres (66% contra 45%), sendo que nenhuma mulher da amostra considerou que a prevenção pudesse ser "fácil" e quase um quinto delas não soube opinar. Os homens pareceram mais otimistas.

TABELA 81 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA PREVENÇÃO DA ENFERMIDADE SEGUNDO SEXO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

PREVENÇÃO	HOMENS %	MULHERES %
Não há	26	37
Difícil	20	18
Média	23	27
Fácil	23	0
Não sabe	8	18
TOTAL	100	100

(D.N.S., p=0,417) (questões 107 x 201)

Relacionando com a faixa de idade dos entrevistados, a distribuição das opiniões foi próxima, havendo D.N.S. (Tabela 82). Atente-se, no entanto, à tendência de pacientes mais idosos crerem menos em alguma possibilidade de prevenir (44% dos sujeitos da 8a. década contra 89% da 5a. década). A falta de opinião sobre a questão foi mais encontrada, por seu turno, entre os mais idosos.

TABELA 82 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA PREVENÇÃO DA ENFERMIDADE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NOS GRUPOS IAM, CAMPINAS, 1984-5.

PREVENÇÃO	30 ↔ 39 %	40 ↔ 49 %	50 ↔ 59 %	60 ↔ 69 %	70 ↔ 79 %
Não há	25	11	33	30	34
Difícil	0	45	22	0	22
Média	25	33	17	40	11
Fácil	50	11	17	20	11
Não sabe	0	0	11	10	22
TOTAL	100	100	100	100	100

(D.N.S., $p=0,550$)

(questões 107 x 202)

E a distribuição por opinião sobre a prevenção, segundo o nível sócio-econômico, também apresentou D.N.S. (Tabela 83). Foi notório o número de pacientes de faixa de renda superior a 10 SM que apontou haver algum grau de possibilidade de evitar a enfermidade: todos da amostra. Porém mais da metade destes pensam que ela seja "difícil". Note-se que dos que não souberam opinar acerca da questão, 80% eram classe baixa.

TABELA 83 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA PREVENÇÃO DA ENFERMIDADE SEGUNDO FAIXA DE RENDA MENSAL FAMILIAR (SALÁRIOS MÍNIMOS) NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

PREVENÇÃO	0 — 5 %	5 — 10 %	10 — %
Não há	28	40	0
Difícil	22	0	57
Média	22	27	29
Fácil	14	27	14
Não sabe	14	6	0
TOTAL	100	100	100

(D.N.S., $p=0,110$)

(questões 107 x 213)

6.2 - Entre Percepção Prêvia, Evolução e Fatores Correlacionados

Houve D.N.S. entre o subgrupo de pacientes com infarto que teriam tido algum tipo de percepção (tendo pensado ou chegado a comentar que viriam a ter um acontecimento importante do coração) e o subgrupo dos que nada referiram sobre esta possível percepção, no que diz respeito às suas opiniões na crença ou não de que este fenômeno pudesse ocorrer antes do infarto, nas pessoas em geral (Tabela 84). A maior frequência observada foi de entrevistados que responderam não acreditar haver intuições neste sentido e que negaram que tivesse ocorrido qualquer percepção em seu caso, perfazendo 52% do grupo IAM. Note-se que os casos em que houve discordância entre a opinião e a ocorrência da percepção somaram 34% do total dos pacientes, sendo 16% os que disseram crer na possibilidade, mas nada pressentiram, e 18% os que não creem, mas admitiram ter pressentido.

TABELA 84 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA PERCEPÇÃO PRÉVIA À ENFERMIDADE SEGUNDO OCORRÊNCIA PROVÁVEL DESTA PERCEPÇÃO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

PERCEPÇÃO PRÉVIA	NEGA PERCEPÇÃO %	OCORREU %
Opina que não	74	60
Opina que sim	23	40
Não sabe	3	0
TOTAL	100	100

(D.N.S., $p=0,399$)

(questões 104 x 309)

A distribuição das opiniões acerca da *evolução clínica* mais provável das pessoas em geral acometidas por infarto, em 5 subgrupos de entrevistados, divididos segundo a expectativa da evolução da própria saúde, está na tabela 85. Houve D.S. mas o alto número de caselas diluiu o número das frequências esperadas, o que diminuiu também a validade do teste. Destaca-se, no entanto, que apenas 36% do grupo IAM deram resposta concordante nas duas questões. Considerando "otimistas" os que manifestaram uma expectativa para si melhor do que a opinião emitida, tendo em vista a população de cardiopatas em geral, e "pessimistas" os que manifestaram o inverso, vê-se que os primeiros são mais numerosos que os segundos (40% contra 14%). Constituíram 10% os que não souberam responder uma das questões.

TABELA 85 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA EVOLUÇÃO CLÍNICA EM GERAL DA ENFERMIDADE SEGUNDO EXPECTATIVA DA EVOLUÇÃO EM PARTICULAR DA PRÓPRIA SAÚDE NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

OPINIÃO SOBRE EVOL. CLÍNICA	M.RÁPIDA %	M.VAGAR. %	MÉDIA %	PIORA %	NÃO SABE %
Melhora rápida	9	4	14	16	0
Melhora vagarosa	64	50	14	0	0
Média	27	29	58	50	0
Piora ou morte	0	4	14	17	100
Não sabe	0	13	0	17	0
TOTAL	100	100	100	100	100

(D.S., p=0,010)

(questões 153 x 313)

A tabela 86 mostra as relações entre 4 subgrupos de estado afetivo (em que referiram encontrar-se os entrevistados após a eclosão da enfermidade) e as opiniões quanto à *evolução psicológica* mais provável das pessoas em geral, que são acometidas por um infarto, havendo D.N.S. (considerando no entanto que 66% das caselas tiveram frequências esperadas baixas). Note-se que 58% dos pacientes, embora tivessem respondido estarem se sentido tranquilos e otimistas ("normais"), opinaram que a *evolução psicológica* mais comum para pacientes acometidos por infarto seja de preocupações e medos ("ansiedade") ou tristezas e abatimentos ("depressão"). Metade dos que se referiram "deprimidos" acharam que sintomas de ansiedade deveriam ser os mais esperados.

TABELA 86 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA EVOLUÇÃO PSICOLÓGICA EM GERAL PÓS-ECLOSÃO DA ENFERMIDADE, SEGUNDO REFERIDO SENTIR-SE APÓS O EPISÓDIO, NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

OPINIÃO SOBRE EVOL. PSICOL.	NORMAL %	ANSIOSO %	DEPRIMIDO %	ASSOCIADO %
Normal	42	25	7	0
Ansiedade	39	50	50	100
Depressão	19	25	43	0
TOTAL	100	100	100	100

(D.N.S., p=0,267)

(questões 154 x 317)

E a tabela 87 evidencia as opiniões sobre qual seria o principal fator a levar as pessoas em geral a terem infarto, em 6 subgrupos divididos pela opinião que emitiram sobre o principal fator que associaram à eclosão da própria doença. Os números ficaram bastante dispersos pelas caselas, o que compromete a validade do teste de comparação. Atente-se, no entanto, que menos da metade dos entrevistados deu resposta concordante para as duas questões (48%). A maior frequência observada foi de pacientes que concordaram com o fator "emocional" como o principal correlacionado, nas duas questões, atingindo quase um terço do grupo IAM (32%). Vê-se que metade dos que apontaram o trabalho e o esforço físico, quatro quintos dos que apontaram problemas orgânicos diversos e um terço dos que não souberam apontar o motivo de seu próprio infarto, haviam apontado o fator emocional como o principal para a população.

TABELA 87 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DO PRINCIPAL FATOR CORRELACIONADO À ENFERMIDADE EM GERAL SEGUNDO O PRINCIPAL FATOR CORRELACIONADO AO PRÓPRIO EPISÓDIO EM PARTICULAR NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

FATOR CORRELAÇÃO	EMOC. %	TRAB. %	TABAG. %	ALIM. %	ORGÃN. %	Ñ.SABE %
Emocional	88	50	0	0	80	33
Trabalho	6	13	0	0	0	7
Sedentarismo	0	0	0	0	0	7
Tabagismo	0	0	67	0	0	13
Alimentação	0	25	0	0	0	7
Prob. orgânicos	6	0	0	100	0	0
Hereditariedade	0	12	0	0	0	0
Não sabe	0	0	33	0	20	33
TOTAL	100	100	100	100	100	100

(D.S., p praticamente nulo)

(questões 105 x 312)

6.3 - De Alguns Fatores com a Presença Destes

a) Dados de identificação

As quatro tabelas seguintes mostram o cruzamento dos fatores: sexo, faixa etária, tipo de ocupação e camada sócio-econômica.

A distribuição de opiniões sobre o sexo, como fator correlacionado ao infarto, apresentou D.S.. Os pacientes do sexo masculino (proporcionalmente 2,7 vezes ao do sexo feminino) acharam que a enfermidade está mais associada com seu sexo, enquanto apenas pacientes do sexo feminino (9%) acharam-na mais associada com seu respectivo

sexo. Significativamente mais mulheres (mais que o dobro de homens) disseram não haver correlação entre o infarto e o sexo da pessoa acometida.

TABELA 88 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE SEXO E A ENFERMIDADE SEGUNDO SEXO NOS GRUPOS IAM, CAMPINAS, 1984-5.

CORRELAÇÃO COM SEXO	HOMENS %	MULHERES %
Com homens	74	27
Com mulheres	0	9
Sem correlação	26	55
Não sabe	0	9
TOTAL	100	100

(D.S., $p=0,006$)

(questões 109 x 201)

As opiniões sobre a influência da *idade* na manifestação da doença, distribuídas em 5 faixas etárias, apresentaram porcentagens com D.N.S. (Tabela 89). A concordância entre a faixa do entrevistado e sua opinião sobre a faixa de maior risco atingiu apenas 18% do grupo IAM. Poucos pacientes acharam que idades superiores à sua seriam as de maior incidência, cabendo à maioria apontar idades inferiores à sua, onde haveria maior incidência (10% contra 56%).

TABELA 89 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE FAIXA ETÁRIA E A ENFERMIDADE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

C/FAIXA ETÁRIA	30 — 39 %	40 — 49 %	50 — 59 %	60 — 69 %	70 — 79 %
C/ 30 — 39	0	33	16	20	11
C/ 40 — 49	25	56	61	30	23
C/ 50 — 59	50	11	11	20	33
C/ 60 — 69	0	0	6	20	33
S/correlação	25	0	6	10	0
TOTAL	100	100	100	100	100

(D.N.S., $p=0,272$)

(questões 111 x 202)

Dividindo os entrevistados em três faixas de renda mensal em salários mínimos, suas opiniões sobre a correlação da doença com o tipo de *ocupação profissional* das pessoas em geral tiveram distribuição com D.N.S. (Tabela 90), porém sobre a correlação com a *classe sócio-econômica* tiveram D.S. (Tabela 91).

Vê-se que, em todas as faixas, a maior porcentagem é daqueles que apontam o trabalho intelectual como o de maior risco, superando os dois terços entre os pacientes de renda menor que 5 SM e os de 5 a 10 SM e, ainda, atingindo a totalidade daqueles de renda de 10 ou mais SM. Entre os que não crêem na influência da ocupação profissional no surgimento do infarto, a maior porcentagem está entre os de menor renda.

TABELA 90 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE TIPO DE OCUPAÇÃO E A ENFERMIDADE SEGUNDO RENDA FAMILIAR (SM) NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

CORREL. COM OCUPAÇÃO	0 — 5 %	5 — 10 %	10 — %
C/manual	21	13	0
C/intelectual	68	67	100
C/ambas	0	13	0
S/correlação	11	7	0
TOTAL	100	100	100

(D.N.S., $p=0,230$)

(questões 131 x 213)

Por outro lado, são grandes as diferenças de respostas sobre a incidência nas classes sociais. Vê-se que a grande maioria da classe baixa não faz nítida associação entre camadas sociais e o infarto, referindo que a "doença, quando vem, acomete a todos", opinião não partilhada por mais de dois terços dos não-pobres (mais de 5 SM). Atente-se que 71% dos que têm renda igual ou superior a 10 SM apontam os ricos como os suscetíveis.

TABELA 91 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE CLASSE SÓCIO-ECONÔMICA E A ENFERMIDADE SEGUNDO RENDA FAMILIAR (SM) NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

CORREL. C/ CLASSE	0 — 5 %	5 — 10 %	10 — %
C/pobre	11	20	14
C/rica (ou não pobre)	18	40	72
S/correlação	71	40	14
TOTAL	100	100	100

(D.S., $p=0,037$)

(questões 134 x 213)

b) Saúde orgânica

Nas 3 tabelas seguintes, procuramos ver a possível relação entre as opiniões acerca de fatores patológicos orgânicos para o surgimento do infarto, segundo os entrevistados fossem ou não portadores dos respectivos problemas de saúde.

Quando estudamos a questão da *hipertensão arterial*, vemos que a distribuição como acima proposta, apresentou D.N.S. (Tabela 92). Destaca-se, no entanto, que os hipertensos tenderam a dar maior grau de importância ao problema na possível associação com o infarto. A maior frequência observada foi de indivíduos com hipertensão na ocasião e que opinaram haver "muita" correlação com a cardiopatia, atingindo 32% do grupo IAM.

TABELA 92 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE HIPERTENSÃO E A ENFERMIDADE SEGUNDO OCORRÊNCIA, NA OCASIÃO, DE HIPERTENSÃO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

OPINIÃO SOBRE CORREL.C/HIPERTENSÃO	NÃO TEM %	TEM %	NÃO SABE %
Não	17	4	0
Pouca	0	8	0
Média	48	20	50
Muita	26	64	50
Não sabe	9	4	0
TOTAL	100	100	100

(D.N.S., $p=0,172$)

(questões 113 x 227)

Quanto à questão da *hiperlipidemia*, a distribuição também apresentou D.N.S. (Tabela 93). A maior frequência observada foi de pacientes que não apresentavam hiperlipidemia na ocasião e que a consideraram de "muita" correlação com o infarto (26% do grupo IAM). Note-se que, em geral, a quantificação "muita" foi predominante, sobretudo, como mencionado, entre os que têm o problema.

TABELA 93 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE HIPERLIPIDEMIA E A ENFERMIDADE SEGUNDO OCORRÊNCIA, NA OCASIÃO, DE HIPERLIPIDEMIA NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

OPINIÃO SOBRE CORREL.C/HIPERLIPIDEMIA	NÃO TEM %	TEM %	NÃO SABE %
Não	9	10	0
Pouca	9	0	0
Média	31	0	60
Muita	37	90	40
Não sabe	14	0	0
TOTAL	100	100	100

(D.N.S., $p=0,103$)

(questões 144 x 228)

E a tabela 94 mostra que a relação entre opiniões acerca da *obesidade*, em subgrupos divididos pela ocorrência, na ocasião, da obesidade em si próprios, h o u v e D.N.S. Note-se que as opiniões predominantes ficaram entre "média" e "muita" correlação da obesidade com o infarto. Entre os não obesos e os obesos, foram 83% e 81%, respectivamente, que mencionaram crer na associação entre ambas as questões.

TABELA 94 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE OBESIDADE E A ENFERMIDADE SEGUNDO OCORRÊNCIA, NA OCASIÃO, DE OBESIDADE NO GRUPO IAM, CAMPINAS 1984-5.

OPINIÃO SOBRE CORREL. C/OBESIDADE	NÃO TEM %	TEM %
Não	17	14
Pouca	17	9
Média	35	24
Muita	31	48
Não sabe	0	5
TOTAL	100	100

(D.N.S., $p=0,507$)

(questões 115 x 229)

c) Hábitos

Os entrevistados com diferentes *hábitos alimentares*, ao opinarem sobre o tipo de alimentação de maior risco para a saúde do coração, deram respostas com D.N.S. (Tabela 95), convergindo para a importância dos alimentos ricos em gordura animal. A maior frequência observada foi daqueles pacientes que ingeriam predominantemente carboidratos e apontaram a gordura animal a ser evitada para prevenção das coronariopatias, alcançando 32% do grupo IAM. Os outros resultados foram pouco conclusivos.

TABELA 95 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE TIPO DE ALIMENTAÇÃO E A ENFERMIDADE SEGUNDO HÁBITO ALIMENTAR PREDOMINANTE NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

CORREL. C/ ALIM.	CARBOIDRATO %	GORDURA %	PROTEÍNA %	EQUILIB. %
Carboidrato	6	0	0	7
Gordura	52	50	0	53
Condimentos	26	0	50	33
Correlação	10	50	50	7
Não sabe	6	0	0	6
TOTAL	100	100	100	100

(D.N.S., $p=0,707$)

(questões 118 x 233)

As opiniões acerca da influência do *hábito de fumar* no surgimento do infarto foram divididas em 3 subgrupos, segundo a ocorrência de tabagismo nestes, havendo uma D.N.S. (Tabela 96). A maior frequência observada, quase um quarto do grupo IAM, foi de pacientes que haviam interrompido o hábito e opinaram que a correlação com as doenças cardíacas era "grande" (24%). Note-se que a categoria "grande" atingiu a maior porcentagem entre todos. Por outro lado, uma significativa parcela dos fumantes na ocasião, comparados com os outros subgrupos, negou que o uso do cigarro pudesse estar associado a problemas cardíacos. Opinião, entretanto, não emitida por nenhum dos entrevistados que haviam abandonado o tabagismo. Vê-se que, entre estes últimos, encontramos a maior parcela dos que afirmaram ser "grande" a associação, alcançando três quartos do subgrupo.

TABELA 96 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE HÁBITO DE FUMAR E A ENFERMIDADE SEGUNDO OCORRÊNCIA DE TABAGISMO NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

CORRELAÇÃO COM FUMO	NUNCA %	FUMAVA %	FUMA %
Não	8	0	28
Pouca	8	6	5
Média	15	13	19
Grande	69	75	48
Não sabe	0	6	0
TOTAL	100	100	100

(D.N.S., $p=0,300$)

(questões 119 x 234)

E a tabela 97 apresenta as opiniões acerca da importância da *vida sedentária* no aparecimento do problema cardíaco, segundo os entrevistados tivessem atividade diária sedentária e/ou praticassem exercícios físicos com regularidade. As respostas foram bastante próximas, havendo D.N.S. Note-se que os subgrupos convergiram na opinião sobre uma "média" correlação da questão com o infarto. Destes que emitiram tal correlação, os pertencentes ao subgrupo dos indivíduos, que na sua rotina vivem em movimento, mas não fazem exercícios programados, constituíram a maior frequência observada, atingindo um quinto do grupo IAM.

TABELA 97 - DISTRIBUIÇÃO POR OPINIÃO ACERCA DA CORRELAÇÃO ENTRE HÁBITO SEDENTÁRIO E A ENFERMIDADE SEGUNDO OCORRÊNCIA DE ATIVIDADE DIÁRIA COM OU SEM PRÁTICA DE EXERCÍCIOS REGULARES NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

CORREL. C/ SEDENTARISMO	MOVIM./ COM - %	PARADO/ COM - %	MOVIM./ SEM - %	PARADO/ SEM - %
Não	0	17	16	9
Pouca	0	17	23	18
Média	50	33	32	55
Grande	50	33	26	18
Não sabe	0	0	3	0
TOTAL	100	100	100	100

(D.N.S., $p=0,987$)

(questões 120 x 235)

7. DADOS DIVERSOS NO DISCURSO DOS PACIENTES COM INFARTO

Inicialmente, cumpre-nos comentar que a estratégia utilizada para a coleta dos dados foi bastante satisfatória. A ordem em que dispusemos os instrumentos, que compuseram a entrevista, facilitou a relação entrevistador-entrevistado, bem como o colocar-se do paciente nas questões de interesse do trabalho. A liberdade sentida pelo doente, na entrevista não-dirigida, diminuía o possível caráter persecutório da presença e interesse do pesquisador.

A aplicação do instrumento nº 2 também, via de regra, não pareceu ter sido significativamente sentida pelo paciente como ameaçadora ao seu estado de equilíbrio psicológico, pois se tratava de colher suas opiniões referentes à doença em terceiros. É menos angustiante falar do infarto que acomete a população do que falar do seu próprio. Ao entrarmos nos instrumentos nºs 3 e 4, abordando a identificação do nosso interlocutor, as questões bastante pessoais e trazendo reflexões sobre eventos e características de sua vida, como a manifestação da enfermidade, o "gelo estava quebrado". Alguns pacientes, no entanto, anteciparam a falar de si. Assim não nos opusemos às inversões espontâneas da ordem das questões e instrumentos.

A parte mais rica da entrevista foi a não-dirigida. Selecionamos sobre ela alguns comentários. Interessante conhecer a descrição natural que fizeram os doentes sobre a vivência da eclosão da enfermidade. Vejamos primeiramente os *sintomas* espontaneamente relatados pelo grupo estudado com a porcentagem de casos em que foram observados:

1. Dor no peito.....	90%
2. Sudorese intensa	24%
3. Mal-estar generalizado.....	20%
4. Dor em ombro e braço.....	18%
5. Queixas gastrintestinais.....	18%
6. Queixas respiratórias.....	14%
7. Dor nas costas.....	10%
8. Dores em outras regiões.....	4%
9. Sintomas diversos.....	22%

A *dor no peito* foi a queixa central do relato da experiência do episódio do infarto na grande maioria dos entrevistados, vindo muitas vezes com adjetivos como: terrível, horrível, insuportável, violenta, fortíssima, profunda, ardida, fria, diferente. Houve quem desse as propriedades de comprimir, espremer, acalçar, agarrar, sufocar, formigar ou, ainda, incomodar. Registraram as seguintes características: um aperto, queimação e pontadas. Chegou a ser comparada a uma "câmara de ar enchendo" e um "vazio".

O segundo elemento mais observado foi a queixa de *sudorese* intensa, frequentemente mencionada como responsável por ter deixado a roupa molhada (sic).

Agrupamos como *mal-estar geral* as referências a terem se sentido: sem autonomia, flutuando, meio bobo. Referiram também: zozzeira, cabeça grande, tontura, tristeza, abafamento, sufoco, agitação, desespero, desfalecimento, corpo pesado, ardume e calor no corpo. Houve citações comparando o mal-estar à sensação de pedras vindo amassar a si e a de explodir tudo (sic).

As *dores localizadas* em outras partes, além do precórdio, foram: braço, costas, axila, ombro, face. Um paciente relatou dores generalizadas. Comumente eram relatadas secundariamente, em grau de importância, à precordialgia, porém em diferentes ordens de local de início. No discurso, tais dores, no entanto, tiveram referências menos enfáticas que as queixas do mal-estar geral.

As *queixas por aparelho* também tiveram algum destaque. As queixas gastrointestinais foram de dor, ardor, vômito, sensação de fome, meteorismo. Quanto às queixas respiratórias apareceram a sensação de não mais poder respirar e tosse.

Outros sintomas tiveram menção esparsa: boca que incomodava, fala interrompida, cabeça que balançava, pernas que ficavam moles e membros que não eram mais sentidos. Obviamente houve pacientes que referiram a soma de muitos sintomas, enquanto outros pouco relataram.

Ainda na exposição espontânea sobre a manifestação do infarto, foi frequentemente a associação com elementos de natureza psicológica, familiar, profissional e social. Foram as seguintes as porcentagens de relatos de *problemas correlacionados* à própria enfermidade, considerando o grupo IAM:

- | | |
|---|-----|
| 1. Queixas de transtornos psicológicos..... | 18% |
| 2. Queixas no âmbito sócio-econômico e condições de vida..... | 18% |
| 3. Queixas de conflitos familiares..... | 16% |
| 4. Queixas sobre responsabilidades profissionais e negócios.. | 14% |

Na esfera dos *problemas psicológicos*, os entrevistados referiam voluntariamente características auto-observadas e que julgavam estar de alguma forma correlacionadas com o surgimento de sua doença, como ser nervoso, preocupado ou explosivo. Mencionaram experimentar situações de contrariedade e mágoa. Agrupamos como *queixas sociais*, as menções sobre dificuldades financeiras, alto custo de vida, precário atendimento médico-hospitalar, falta de segurança pública e problemas afins. As queixas sobre *questões familiares* diziam respeito a comportamentos, principalmente de cônjuges, filhos e irmãos, referidos como inadequados ou, ainda, a desajustes nas rela-

ções intrafamiliares ou na vida profissional daqueles. Finalmente, aparecem as queixas ligadas ao *trabalho*, que era apontado como excessivo de compromissos, carregado ou gerador de preocupações.

Como elemento importante na entrevista não-dirigida, observamos o relato de sentimentos de *perplexidade*. Geralmente ao terminar de sintetizar as manifestações da doença, grande parcela dos pacientes se expressava de forma a transmitir sua surpresa e admiração pela eclosão do problema de saúde. Finalizavam dizendo: "não deu pra entender", "não houve motivos", "não posso compreender a causa", "não sei o que aconteceu comigo", "não sei afirmar nada", "não fiz nada que pudesse dar nisso" e outras afirmações semelhantes.

Por outro lado, quando questionados se seu infarto teria ocorrido próximo a algum acontecimento importante, ao qual a eclosão da enfermidade poderia estar associada (questão 307), uma parcela citou *eventos relacionáveis* e foram os seguintes:

- expectativas de saldar compromissos financeiros, nos dias seguintes (caso 02);
- assassinato de um conhecido, 11 dias antes (caso 04);
- aniversário de filho menor, que tinha problemas de saúde, 4 dias antes (caso 05);
- discussão com filho e esposa, durante o dia (caso 08);
- cirurgia da catarata, 8 dias antes (caso 09);
- expectativa pelo aniversário da neta, 1 dia depois (caso 13);
- expectativa pelo oferecimento de um churrasco por uma filha pelo dia do país, 2 dias depois (caso 15);
- comemoração do dia dos pais, 1 dia antes (caso 17);
- convite de um amigo para churrasco, ao qual não pôde comparecer, 4 dias antes (caso 22);
- aniversário de casamento, 4 dias antes (caso 26);
- retirada dos pontos da cirurgia de marca-passo, 1 dia antes (caso 32);
- discussão com irmão por causa da mãe, em dias anteriores (caso 34);
- recusa a ir a casamento de sobrinho e notícia de internação de irmão, em dias anteriores (caso 35);
- seu aniversário natalício, 4 dias antes (caso 36);
- expectativa por seu aniversário natalício, 5 dias depois (caso 41);
- manifestação da vontade da mãe em ir para o asilo, 3 dias antes (caso 43);
- expectativa de férias na praia (caso 44);
- aborrecimento pela procura do advogado do marido para fazer o desquite, 2 semanas antes (caso 49).

Atente-se a que as ocorrências mencionadas dividem-se equitativamente em ex-

pectativas de fatos desagradáveis e os supostamente agradáveis. Entre os primeiros, destacam-se situações de aborrecimento na família (27,8%), preocupação com saúde (11,1%), problema financeiro (5,6%) e morte de pessoa conhecida (5,6%). Entre os segundos, predominam os aniversários (27,8%), outros festejos (10,3%) e planos de férias (5,6%). Das citações, 72,2% referem-se a episódios passados há poucos dias, enquanto 27,8% referem-se ocorrências esperadas.

No Apêndice, todas as colocações feitas pelos pacientes vêm dentro do contexto de suas Histórias-de-Vida.

8. AS ENTREVISTAS REALIZADAS E AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA A COLETA DE DADOS

8.1 - Questões Concernentes aos Entrevistados e às Entrevistas

A distribuição por *estado afetivo* dos pacientes, por ocasião da entrevista, apresentou D.N.S. entre os grupos (Tabela 98). A maioria encontrava-se emocionalmente razoável, apesar da condição de doentes e hospitalizados. Pouco mais de um quarto dos entrevistados apresentava humor ansioso e sinais de inquietação, apesar de os pacientes com infarto receberem habitualmente medicação ansiolítica, dentro do esquema terapêutico da fase imediata à eclosão da doença. Para muitos pacientes a entrevista teve notório efeito psicoterápico, confirmado pelo comentário do entrevistado, ao final, de que estavam se sentindo melhor após conversar sobre suas vidas e sua enfermidade. Em um caso a entrevista vinha sendo bastante ansiogênica, tendo o paciente recusado a terminá-la, quando se angustiou demais ao trazer à tona alguns conflitos psicológicos. O subgrupo dos pacientes deprimidos foi pequeno, porém note-se sua maior freqüência entre aqueles com infarto.

TABELA 98 - DISTRIBUIÇÃO POR IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA PSICOLÓGICO-PSIQUIÁTRICA TIDA PELO ENTREVISTADOR EM RELAÇÃO AOS GRUPOS IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	IAM		SAC	
	N	%	N	%
Normal	28	56	34	68
Ansiedade	14	28	13	26
Depressão	6	12	2	4
Associação	2	4	1	2
TOTAL	50	100	50	100

(D.N.S., p=0,399)

(questão 401)

Quanto a um encaminhamento para consulta psiquiátrica (questão 402), oferecemos nossos serviços na UNICAMP a todos, sendo que a 8% dos pacientes com infarto propusemos uma avaliação para breve. Consideramos, por outro lado, que a reação do tipo contratransferencial (questão 406) foi boa em geral, e em 4 casos consideramos como regular.

Não há notas significativas na questão da receptividade dos sujeitos à entrevista, já que em geral pacientes internados acolhem bem a oportunidade de conversa com médicos (questão 403), bem como da confiabilidade dos dados, que não nos fez questionar sua veracidade.

Quanto à duração da entrevista nos grupos, houve distribuição com D.S., com p praticamente nula (questão 404), hajam vista os períodos mais longos ocupados com os pacientes com infarto, tendo influenciado sua situação clínico-emocional mais delicada a exigir maior tempo. Assim este grupo registrou média de tempo de 116 ± 21 minutos. As entrevistas com o grupo controle alcançaram a média de 66 ± 12 minutos, lembrando que estas, além do quê, não continham a aplicação dos instrumentos 1 e 5. A tabela 99 mostra o número de partes em que as entrevistas tiveram que ser realizadas, havendo distribuição com D.S. Tal foi devido à maior divisão do período das entrevistas com os pacientes com infarto, a quem procuramos poupar mais. Por outro lado, para sua realização, fizemos por encontrar os "horários livres" dos pacientes, tais como intervalos entre: visita médica, visita de familiares, refeições, realização de exames, controles de enfermagem, etc.

Por fim, a tabela 100 mostra as frequências dos dias do pós-infarto em que iniciamos a entrevista com o grupo IAM.

TABELA 99 - DISTRIBUIÇÃO POR NÚMERO DE PARTES EM QUE SE REALIZARAM AS ENTREVISTAS COM O GRUPO IAM E SAC, CAMPINAS, 1984-5.

PARTES DA ENTREVISTA	N	IAM	%	N	SAC	%
Uma	16		32	32		64
Duas	28		56	16		32
Três	4		8	2		4
Quatro	2		4	0		0
TOTAL	50		100	50		100

(D.S., $p < 0,01$)

TABELA 100 - DISTRIBUIÇÃO POR DIA DE PÓS-INFARTO EM QUE FORAM REALIZADAS AS ENTREVISTAS NO GRUPO IAM, CAMPINAS, 1984-5.

DIA	30 OU ANTES	40	50	60	70	80	90 OU APÓS	TOTAL
N	9	9	4	4	2	7	15	50
%	18	18	8	8	4	14	30	100

(questão 405)

8.2 - O Contexto Hospitalar e a Pesquisa

Nossa pesquisa encontrou certas *dificuldades*, para se desenvolver no ambiente hospitalar, que se constituíram desde pequenos entraves de ordem burocrática a tã grande resistência à investigação científica, sobretudo de natureza psiquiátrica.

Dos 12 hospitais gerais de Campinas, dois são hospitais-escola e estão habituados a conviver academicamente com a pesquisa. Tanto a equipe médica, como a de enfermagem, passando pelo corpo de funcionários administrativos e corpo discente, praticamente todos estão acostumados com a idéia de que o movimento assistencial de suas instituições fornece material importante, que pode e deve ser estudado, e colaboram para que isso possa ser feito num grau de elaboração que uma universidade exige. Assim, quase nenhuma dificuldade se antepôs a nosso trabalho.

Por outro lado, os hospitais particulares, com atividade essencialmente assistencial, não prevêm em sua rotina espaços adequados para uma pesquisa com peculiaridades de uma entrevista médico-psicológica, principalmente realizada por um elemento estranho ao grupo de trabalho local, mesmo este sendo médico.

Um diretor clínico, muito cordial, solicitou-nos o projeto de pesquisa e questionou o teor das perguntas, deixando escapar um certo ar de desconfiança por aquilo que o entrevistador pudesse "descobrir acerca dos pacientes". Uma funcionária de secretaria disse, por conta própria, que os médicos da faculdade já possuíam seus pacientes para pesquisa e não necessitariam recorrer a outros hospitais, comentando que provavelmente não seria dada autorização para realizar tal trabalho ali, o que felizmente não se confirmou. Uma atendente de enfermagem estranhou que o entrevistador fosse um médico que se interessasse em conversar com os pacientes e indagou com curiosidade se utilizaria o material coletado para a prática clínica. Por várias vezes, porteiros pediram a responsáveis da casa que confirmassem a autorização apresentada pelo entrevistador, pois era um "médico não vestido de branco". Um médico veterano elogiou a pesquisa, mas lamentou que "na hora H ninguém vai se interessar por

conhecer resultados de problemas psicológicos". Uma religiosa disse atenciosamente que ali não havia problemas psiquiátricos, o que poderia frustrar nossa pesquisa(sic).

Após as primeiras semanas, no entanto, pudemos encontrar um bom ritmo de trabalho, usando com certa liberdade as dependências dos hospitais e travando contatos agradáveis e frutíferos com o pessoal.

Em alguns casos, aqueles de pacientes que se encontravam em acomodações particulares, os acompanhantes, principalmente esposas, colocavam-se, ao menos inicialmente, com alguns sinais de resistência frente à entrevista do doente. Faziam sinais de que o paciente "se sentiria mal" ao responder perguntas, quando, no entanto, observávamos disponibilidade e certa tranquilidade nele. A receptividade dos pacientes, como já mencionado, foi boa em geral, considerando com naturalidade o fato de ver um psiquiatra no ambiente do hospital geral.

DISCUSSÃO

1. COMPREENDENDO RECEIOS, DÚVIDAS, EXPECTATIVAS E ATITUDES DO PACIENTE COM INFARTO
 - 1.1 - A vivência do episódio e precedentes
 - 1.2 - O reinício da atividade sexual
 - 1.3 - O retorno ao trabalho e receios diversos
 - 1.4 - A reabilitação psicossocial

2. COMPREENDENDO AS DIVERSAS OPINIÕES REFERENTES À ENFERMIDADE
 - 2.1 - Relativas a aspectos gerais do infarto
 - 2.2 - Relativas a fatores correlacionados
 - 2.3 - Relativas a medidas terapêuticas e preventivas

3. QUESTIONANDO POSSÍVEIS ASSOCIAÇÕES DO INFARTO COM CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E EVENTOS DA VIDA
 - 3.1 - Com dados bio-demográficos
 - 3.2 - Com antecedentes pessoais e sócio-familiares
 - 3.3 - Com fatores de risco psicossocial

4. COMPREENDENDO AS RELAÇÕES DO PACIENTE COM O CÍRCULO FAMILIAR E HOSPITALAR
 - 4.1 - A negação e outras reações emocionais
 - 4.2 - O ambiente da terapia intensiva
 - 4.3 - O funcionamento de uma equipe cardiológica e a participação do profissional de saúde mental
 - 4.4 - O cônjuge e a família

5. UM MODELO DE REGISTO DE HISTÓRIAS-DE-VIDA DE PACIENTES COM IAM
 - 5.1 - A proposta e a realização da entrevista
 - 5.2 - Os entrevistadores, o momento e as dificuldades
 - 5.3 - O uso das histórias colhidas

6. A INFORMAÇÃO DE CONHECIMENTOS MÉDICOS AO INDIVÍDUO E À COLETIVIDADE: POR QUÊ, QUAIS E COMO - O ACOMPANHAMENTO PSICOTERÁPICO
 - 6.1 - A necessidade de conhecer
 - 6.2 - O que se precisa conhecer
 - 6.3 - As fases de consciência do problema e os recursos educativos e psicoterapêuticos

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO

1. COMPREENDENDO RECEIOS, DÚVIDAS, EXPECTATIVAS E ATITUDES DO PACIENTE COM INFARTO

1.1 - A Vivência do Episódio e Precedentes

Vimos que mais da metade dos pacientes de nossa amostra de indivíduos, que sofreram infarto, negou que tivesse tido *idéias de morte* durante o episódio. Ao contrário, tornou-se já conhecimento comum que a sensação iminente de morte acompanha a manifestação do problema. Supomos que a referida sensação tenha sido fato mais freqüente que o relatado, sendo que a vivência extremamente desagradável teria feito com que muitos a procurassem "esquecer". Luchina lembra que o paciente com infarto sofre de uma angústia de morte, que reativa medos muitos arcaicos e os reforça com as sensações produzidas pelo quadro clínico (114). Além disso o autor considera que, mesmo o paciente curando-se clinicamente, aquela persiste inconscientemente e condiciona, numa porcentagem elevada de casos, diversos sintomas neuróticos ou de conduta, que podem constituir um sério obstáculo para o tratamento da enfermidade.

É também pertinente a descrição global do fenômeno psicobiológico da dor *precordial* feita por Carballo (30). Este comenta que a dor é, junto a uma percepção, uma reação. Na crise, ambas alcançariam seu auge. Porém, na reação, haveria sempre implícita a esperança de, por sua violência, conseguir assim livrar-se da causa da dor. Essa sensação subjetiva de iminente ou futura libertação é o que faria muitas pessoas tolerarem crises dolorosas de extraordinária acuidade. A esperança de que a crise, justamente pela violência, "passe logo", e com ela o mal, ajuda a suportá-la, assinala Carballo.

Quanto ao *horário*, os resultados, em nossa amostra, mostraram um pico de infartos no início do período matutino, o que guarda alguma correspondência com o trabalho de Kaufmann, que chega a considerar período do dia como um fator de risco (90). O autor pesquisou em 74 pacientes com IAM, com dor no peito, interrogando-os quanto ao horário de seu início. Notou que 46% experimentaram dor entre 8-10 h e 20-22 h, havendo diferença estatística. Concluiu que haveria associação devida ao extremo de secreção de ACTH e cortisol nestes horários.

Em nosso estudo, tivemos também que um número grande de pacientes não se encontrava em *local* estranho no instante do episódio, estando sobretudo no seu ambiente domi-

ciliar e acompanhados de familiares, o que, ao menos teoricamente, seria um fator positivo, tendo em vista a tomada de prontas providências para o socorro médico. Isto, no entanto, quando o medo pela doença não deixava dar consistências às idéias de que pudesse ser um acometimento grave da saúde e de que não teriam eficácia as providências caseiras, que são meramente paliativas. Sobre a questão da negação e das relações com a família, discutiremos mais adiante.

No relato dos sintomas, como era esperado, a *dor no peito* foi a queixa principal mais altamente relatada. A descrição, na literatura médica, de certas características dos sintomas da doença pareceu-nos bastante teórica, com finalidade precipuamente didática. Por exemplo, há o relato da irradiação da dor, que, ao menos espontaneamente, não emergiu com freqüência entre os doentes. A principal preocupação deste é referir o tipo. A clássica expressão técnica "dor em aperto" é apenas uma, e sem destaque especial, dentro de uma grande variedade de expressões populares usadas para manifestar o sentir (confira as históricas no Apêndice). Aí vemos a distância da linguagem médica (científica) e do paciente (leiga). Diante da sensação das alterações anátomo-histofisiológicas semelhantes, diferentes indivíduos utilizam diferentes vocábulos para falar de si. Cremos que não são apenas variações dos mecanismos patogênicos e das extensões do acometimento da doença que vão influenciar na palavra verbalizada pelo sujeito doente, mas também, e talvez principalmente, o seu universo lingüístico, de onde tira as palavras, e que, através de sua história pessoal, aprendeu a associar àquela experiência vivida. No caso da vivência do infarto, não percebemos nítida diferença entre várias caracterizações, tais como: apertar, queimar, dar pontadas, formigar, pinicar, acalçar e outras. Assim, na coleta de uma anamnese, pode ser restritiva a indagação: "era uma dor que apertava?"

Pareceu-nos interessante, também, que a divisão do corpo em sistemas, aparelhos e órgãos é uma preocupação médico-anatômica verificável significativamente mais entre os profissionais (que passaram pelo aprendizado de um conjunto de conhecimentos sistematizados) do que a população (cuja estrutura de pensamento parece permitir um raciocínio que funciona ao sabor de preocupações mais existenciais e globais). Assim a queixa de um *mal-estar generalizado* compete em freqüência com as queixas que especificam sintomas em partes corporais, tais como ombro ou braço, ao contrário dos livros de texto e das aulas acadêmicas, que sobrepõem a importância da irradiação da dor na sintomatologia do ataque cardíaco. Desta forma, os compêndios médicos também raramente se ocupam em descrever e comentar a concomitância de queixas psicológicas e sócio-familiares, o que é comum aparecer no discurso do paciente. Relatos sobre nervosismo, gênio explosivo, problemas financeiros, trabalho puxado, patroa nervosa, filho problemático são sumariamente "limpados", para dar "pureza" a um texto de cunho biológico.

Quanto a aspectos *precedentes* ao infarto, vemos que há pacientes que captam, de alguma forma, a iminência da eclosão de uma enfermidade. Embora possa não ser mais frequente a maioria dos pacientes fornecer pistas de uma alteração próxima, julgamos ser importante para os membros da equipe de saúde, sobretudo o clínico, treinarem sua atenção para as palavras e atitudes de seus pacientes, no intuito de apreender tais eventuais

pistas. Um acontecimento importante na história recente de suas vidas (cf. item IV-7), uma vaga percepção interna de mal-estar crescente ou uma alteração do estado afetivo (crises ansiosas) sem maiores explicações, podem ser indícios relevantes para o alerta do médico. Devem merecer especial atenção aqueles indivíduos coronariopatas que chegam a planejar ou executar algo decisivo em suas vidas, como que pressentissem poder haver uma iminente interrupção do seu curso normal. Julgamos mesmo que os próprios pacientes devessem ser advertidos para saber discriminar e valorizar aqueles sintomas mal definíveis e as mudanças vitais. Supomos que a frequência destes relatos poderia ter sido maior em nossa pesquisa, caso estivéssemos lidando com uma amostra de sujeitos que tivesse passado por um processo de maior conscientização das manifestações dos estados mórbidos.

Discutindo a atitude dos doentes frente aos possíveis *fatores associados* ao seu infarto, notamos a pouca valorização dos fatores reconhecidamente de grande risco para as coronariopatias. Assim, embora 42% de nossos entrevistados fossem fumantes e outros 32% haviam fumado até há um ano antes do infarto, apenas 6% apontaram o tabagismo como o elemento de principal importância na sua própria doença. cremos que a forte dependência do cigarro, reforçada pelo uso cronicado, a incapacidade de controlar ou interromper o hábito e a culpa decorrente levam o paciente a minimizar ou negar totalmente sua influência negativa para a saúde. Comumente chegaram a fazer afirmações infantis como "acho que não foi do cigarro porque eu fumo faz tantos anos e nunca tinha acontecido nada!" A negação do poder cumulativo de um fator de presença antiga faz crer que somente o que ocorre pela primeira vez e/ou próximo à eclosão da doença é que estaria associado a ela. Igualmente acontece com a fraca crítica à ação dos fatores de stress emocional: "já aconteceu de discutir feio tantas vezes com minha patroa e não doeu o coração, não sei por que a discussão que tivemos desta vez me deixou assim doente". Nesta linha de valorização apenas do imediato, compreendemos melhor como a hereditariedade e o longo hábito sedentário não foram citados espontaneamente por nenhum sujeito da presente pesquisa, em referência a si.

Por outro lado, há lugar de destaque dado ao *trabalho físico* como fator patogênico, o que não é colocado pela literatura médica. Vimos pacientes com história de exposição a diversos e reconhecidos elementos de influência patogênica para a doença coronariana, mas que insistiam em colocar suas atividades de trabalho físico como as maiores responsáveis pelo infarto. A nosso ver, a culpabilização do exercício físico refletia, na maioria dos casos vistos, uma insatisfação íntima e crônica com a ocupação rotineira (profissional ou não). Eram pessoas que exerciam atividades como as braçais da cidade e do campo ou as tarefas de cuidados e limpeza domésticos. Nos relatos, percebemos que os pacientes que responsabilizavam diretamente o trabalho corporal pelo desgaste cardíaco, faziam-no não trazendo à tona a dimensão psicológica envolvida nesta questão, como seja, os estados de angústia crônica pelo retorno insuficiente de benefícios pela atividade exercida. Não nos referimos aqui àqueles casos de indivíduos já portadores de determinada oclusão coronariana que se submeteram a uma sobrecarga de trabalho episódica, que lhes desencadearia a manifestação da doença. Falamos, outrossim, dos que, em outras circunstâncias, isentos de hipertensão, cigarro, alimentação gordurosa ou stress emocional, o

fator trabalho praticamente não pesaria para o surgimento da cardiopatia (cf. Apêndice, casos nº 13, 19, 23, 29, 36). São típicos casos de pacientes femininas, com ocupação de prendas domésticas, de classe social desfavorecida, que "não agüentam mais lavar vidraças ou ficar tirando pó" e que vivem numa prolongada crise existencial.

1.2 - O Reinício da Atividade Sexual

A retomada da vida sexual pós-infarto merece considerações específicas já que suscita receios e atitudes peculiares. Nenhum paciente do grupo IAM apontou preocupações quanto à recuperação de sua atividade sexual normal, talvez porque os sujeitos estavam, por ocasião da entrevista, ainda hospitalizados, portanto "digerindo" o impacto da doença e sob condições fora da rotina. Mais da metade dos entrevistados achou que a atividade sexual não seria um fator relacionado ao aparecimento de infartos, enquanto 30% opinaram que o grau da associação era "pequeno" ou "médio" (questão 122). Mas apenas 22% disseram ser desnecessário um controle sexual para as pessoas acometidas pela enfermidade e 52% responderam ser importante um controle "médio" e "grande" (questão 148). Não tendo havido diferenças significativas com os dados do grupo controle, pensamos que, se esta questão pudesse já estar na mente dos doentes, não ocupava ainda o lugar que poderia fazer depois, com o reassumir das atividades costumeiras.

Vimos que a literatura tem se interessado bastante pelo assunto. Hellerstein e Friedman fizeram um estudo extenso, comparativo, da atividade sexual, entre um grupo de pacientes com coronariopatia e um de normais, notando diferença significativa do comportamento entre ambos, mesmo quando atingida a recuperação da doença (73). Chama-nos a atenção terem encontrado, por exemplo, uma diminuição da frequência de orgasmos por semana, caindo de uma média de 2,1 de antes do ataque cardíaco, para 1,6 orgasmos, seis meses após o evento coronariano. Os autores encontraram estes fatores em ordem decrescente, como os possíveis influentes: mudança do desejo sexual, decisão da esposa, sentimento de depressão, medos, sintomas da doença coronariana, assinalando, por fim, não ter havido atribuição a impotência.

Pareceram-nos adequadas as conclusões de Bloch e colegas sobre as razões da diminuição das relações sexuais pós-infarto (22). Colocam que o principal motivo é realmente de ordem psicológica, tais como sinais de depressão latente, medo de recaída durante a relação e de morte súbita. No entanto, os pacientes davam razões múltiplas e não claras, sendo semelhantes às encontradas por Hellerstein e Friedman, porém incluindo impotência. Bloch e colegas estudaram, na Suíça, cem pacientes com idade média de 58 anos, numa média de 12 meses após o IAM. Observaram que 36% não haviam modificado sua atividade, 33% haviam diminuído moderadamente, 29% haviam diminuído fortemente e 2% tiveram leve aumento da prática sexual.

Na mesma linha de pesquisa, Kavanagh e Shepard distribuíram questionários, que foram devolvidos por 161 pacientes, no Canadá (91). Além disso aplicaram testes psicológicos e colheram dados laboratoriais e de eletrocardiograma. A pesquisa ocorreu três

anos após a eclosão da doença, em média. A maioria diminuiu a atividade sexual, assumindo um papel mais passivo ou por terem sintomas cardíacos durante a relação. Estes co, diminuição da atividade tiveram os seguintes dados, apontados por sua esposa: menor disposição para assumir responsabilidades, maior dificuldade para se ajustarem à vida doméstica e no trabalho e mais ansiosos e deprimidos. Os que apresentaram sintomas durante a relação tinham-nos em menor frequência nos exercícios padronizados de laboratório. Segundo o autor, e o que achamos oportuno, deve-se fazer o encorajamento para os pacientes aceitarem a prática sexual normal.

Green faz uma boa revisão da literatura sobre o tema (62). Concordamos com suas conclusões e propostas: existe uma lacuna na comunicação entre médico e paciente e deve ser superada, com o médico iniciando a discussão assim que o estado clínico esteja estabilizado, procurando inclusive envolver a esposa. Achamos também de relevância as colocações feitas por McLane e colegas, no sentido de que a abordagem do tópico junto ao paciente deve ser multidisciplinar, devendo ainda discutir-se a inter-relação das drogas usadas (anti-hipertensivas e antidiabéticas) (123).

1.3 - O Retorno ao Trabalho e Receios Diversos

Os resultados da presente investigação evidenciaram que o principal e o mais precoce receio dos doentes com infarto foi quanto ao retorno ao trabalho e atividades rotineiras afins. Vimos que as *fantasias de incapacitação*, parcial ou total, temporária ou permanente, ocupam a mente deles, pois tal situação pode significar problemas em diferentes níveis. Desde a questão da sobrevivência sócio-econômica, significando a ameaça ao padrão de vida pessoal e familiar, e mesmo a possível perda de status social, até a impotente, dependente de outros, a perda da autonomia. Trabalho significa equilíbrio emocional e êxito social, situações cujas perdas podem ser de difícil elaboração. São frases ilustrativas: temor por não mais "cuidar da horta" (caso nº 1), "ter que diminuir o ritmo de trabalho e passar alguma carência" (nº 19), não poder voltar às visitas pastorais (nº 24) "vou ter que deixar meu moleque cuidar do negócio" (nº 30), "renovando a licença, o ordenado cai" (nº 31) e receio de "ter que recusar serviço (de mecânico)" (nº 42).

Discute-se, porém, se na prática a tendência, atualmente, não seria diminuir o número de casos dos que se tornam profissionalmente inativos. Weinblatt e colaboradores estudaram mudanças de características pessoais de 470 homens, após cinco anos do diagnóstico de doença coronariana (205). Procuraram pesquisar o trabalho como um indicador do possível impacto da doença e, por outro lado, o hábito de fumar e o peso corporal como indicadores da resposta do paciente à doença ou à orientação médica e, por fim, a utilização do hospital (retornos) como indicador de morbidades associadas. Concluíram que a inatividade profissional e o controle de peso ocorrem em menor frequência do que o abandono do tabagismo e a busca do hospital para controles.

No presente estudo, vimos que, entre os demais receios apontados, aparece, seguido à questão do trabalho, o problema de ter que *deixar de fumar*, pois "o cigarro ajuda a gente a distrair" (caso nº 39) e "ele (o cigarro) é uma espécie de calmante" (nº 46). Havendo também o problema de *deixar refeições* saborosas: "deixar de comer coisas que eu gosto" (nº 07) e "deixar a comidinha da esposa" (nº 34). São pessoas que revelariam fixações orais, como lembra Haynal (cf. item I-4.5).

Finalmente, os receios de ter que afastar-se de atividades de lazer ou ter que submeter-se a um programa de exercícios físicos foram pouco mencionados. Contudo, o mais relevante foi o significativo número de doentes que respondeu *nada temer* quanto aos cuidados terapêuticos e preventivos. Este aspecto vem a confirmar a clássica referência, feita ao doente coronariano, de que traz importante perfil de onipotência. Para quem quer realizar o extraordinário e conquistar o excepcional, não pode admitir medos. Seria ferir seu narcisismo, comprometer os sonhos de conquista, dominação e sucesso. Assim, nenhum entrevistado admitiu recuar ir ao médico, fazer exames e tratamentos. Como ilustração do caráter do desafio, tivemos o caso nº 21: "voltando para casa, vou comer as coisas que eu quero; ou eu pifo ou recupero de vez". Ou ainda: "de vez em quando eu vou tomar o remédio" (nº 22).

Entretanto, a aparente tranquilidade cai ao abordarmos de frente a questão da expectativa de um possível novo infarto, quando a maioria a admitiu. Alguns até mesmo colocando que tal seria de grande probabilidade (casos nºs 08, 25, 31, 35, 36, 38, 40, 43 e 49).

1.4 - A Reabilitação Psicossocial

Nossos resultados apontaram que os doentes, em 70%, têm expectativa de uma reabilitação boa da saúde e, numa frequência significativa, pareceram conscientizados ao referirem que a evolução seria favorável, porém de forma lenta. No entanto, o subgrupo dos que disseram que aguardavam uma melhora rápida (22%), deve, a nosso ver, merecer atenção diferenciada por parte da equipe de saúde pois poderá significar uma negação da gravidade da doença e futura negligência no cumprimento das recomendações médicas. É preciso procurar captar quais os elementos que o doente usou para pensar assim, a fim de discutir, terapêuticamente, o seu ponto de vista. A expectativa deste paciente revelaria um desejo de manter sua onipotência, pois seria pouco tolerável admitir sua fragilidade e, ainda, enfrentar as dificuldades sócio-profissionais com a presença da enfermidade.

Pensamos que o clínico, respeitando o momento psicológico do paciente, deve conduzi-lo a pensar próximo à realidade. Por exemplo, no caso nº 04, vemos um adulto jovem com hipertensão e obesidade sem tratamento, exposto a importantes riscos psicossociais e a constante stress por problemas familiares. A preocupação em assumir um papel de coordenador da família e retomar o trabalho (era um pequeno comerciante) fê-lo imaginar, no decorrer da eclosão do infarto, que somente "ia medir a pressão e o médico pas-

sava um remédio" e "no outro dia tudo correria normalmente". Semelhantemente, no caso nº 24, uma paciente de meia-idade, com hipertensão sem tratamento adequado e diabetes com abusos na alimentação, não pareceu disposta a discriminar fatores psico-familiares associados à sua cardiopatia.

Por outro lado, houve os pacientes que referiram pessimismo (ou realismo?) ao admitir a piora de seu quadro clínico ou mesmo a morte (12%). No caso nº 27, o paciente apresentou sinais de depressão crônica, com antecedentes mórbitos pessoais e familiar. Desesperançoso, procurou um advogado para discutir a distribuição dos bens. No caso nº 34, o paciente apresentava angústia crônica, com problema conjugal, doenças crônicas e insucesso profissional. No caso nº 36, uma dona-de-casa idosa, com história de perdas sucessivas, utilizava recursos místicos para aliviar angústia devida a fatores múltiplos. Percebemos que a posição *negativista* destes pacientes está associada a um passado de perdas, um estado depressivo prolongado, o que lhes diminuía a visão da reabilitação psicossocial. Nestes casos, a atitude de apoio e especial firmeza por parte do clínico é fundamental para que o paciente possa seguir o tratamento. Um especialista em saúde mental poderia trabalhar com o paciente na elaboração das perdas, amenizar culpas e permitir canalização adequada de hostilidades.

Outrossim, o estado afetivo dos pacientes na fase do *pós-infarto* pode ser um indicativo da qualidade de sua reabilitação psicossocial. A maior parte de nossos entrevistados referiu sentir-se razoavelmente bem, sobretudo naquele instante em que "o pior já havia passado". Pouco mais de um quarto dos pacientes, no entanto, mencionou sentimentos depressivos, o que, a nosso ver, não necessariamente deve ser preocupante para a equipe de saúde. Cabe a esta perceber se tal estado psicológico já estaria sendo uma fase de integração da experiência do adoecer e de sentimentos relativos a eventos passados (cujas lembranças foram reativadas pela vivência de um episódio agudo que ameaçou a vida) ao todo de sua pessoa, com necessária e concomitante diminuição da intensidade do vínculo com objetos do mundo externo. Por outro lado, aqueles que referiram reações compatíveis com ansiedade constituíram um pequeno subgrupo (8%), porém não refletiu nossa impressão na posição de entrevistador, pois classificamos 28% dos indivíduos nesta categoria (devemos lembrar aqui que os pacientes, via de regra, tomam benzodiazepínicos nesta fase). Assim como, ao contrário, observamos menor frequência de depressão aparente (12%), do que a referida pelos sujeitos. Esta discrepância nos leva a sugerir ao médico não se ater apenas ao que diz o paciente e nem confiar somente na sua observação, mas procurar confrontar, em cada caso, a subjetividade e a objetividade, para que a impressão final não fique polarizada pela percepção de uma das pessoas da relação.

Na literatura encontramos inúmeras considerações sobre o assunto. Wishnie e colegas estudaram os riscos psicológicos na convalescença seguida ao infarto (210). De 24 pacientes vistos, 88% referiram-se como ansiosos ou deprimidos (mais do que em nossa casuística) e três quartos foram julgados pelo examinador a requerer tranqüilizante ou antidepressivo (*idem*). Notaram uma tendência a evitar o uso de sedativos para minimizar os sintomas, nos exames do seguimento.

Cassen e Hackett discutem a reabilitação já na fase aguda do pós-infarto (34). Sugerem que um programa que enfatize atividades tem muitos benefícios. Afirmam que o paciente deve ter "algo a fazer". Numa longa lista de "não" (não fume, não beba, não coma demais), tal programa seria uma afirmação de vida, enumerando atividades de autocuidados, ocupações profissionais, tarefas domésticas e atividades recreativas. Propõem que o manejo do estado mental depressivo, que seria a maior barreira para a reabilitação, deve ser iniciado já no terceiro dia da terapia intensiva.

Stern e colegas estudaram 68 pacientes com infarto, por um ano, para determinar o ajustamento psicossocial (187). Basearam-se em um estudo piloto que diferenciava um grupo de deprimidos e outro chamado de negadores, como tendo diferentes qualidades na recuperação. Concluíram que mulheres e pacientes deprimidos têm uma reabilitação mais pobre, falhando no trabalho, na função sexual e tinham uma taxa maior de readmissão hospitalar. Enquanto isso, os negadores apresentavam uma boa reabilitação.

Entre nós, Campos discute a importância da evolução psicológica do doente coronariano, tendo em vista uma possível *cirurgia cardíaca* (29). Concordamos com a observação do autor ao valorizar os modos como o paciente, sua família e os médicos reagiram à doença, pois terão reflexos no momento do ato cirúrgico. O artigo de Campos traz ainda uma discussão dos mecanismos psicodinâmicos envolvidos no desenrolar da preparação e na recuperação do tratamento cirúrgico.

Smith, professora de enfermagem em Missouri, traz importante contribuição comentando o aspecto da mudança da *imagem corporal* pós-infarto (183). Lembra que a adaptação do paciente convalescente é influenciada pelo significado da parte corporal envolvida, neste caso o significado do coração, que poderia ser visto de três formas: a sede de emoções, o centro do corpo e a própria vida. Comenta a seguir os efeitos do infarto sobre o próprio paciente e sobre a família e a sociedade em relação ao paciente. A autora assinala que a pessoa deve aprender a modificar sua própria imagem para encarar sua nova realidade, pois já não é a mesma pessoa, deste ponto de vista, que era antes. A influência da família estaria no sentido de que costuma tratar o paciente como um "bebê" e ser superprotetora, com a esposa assumindo as responsabilidades. A sociedade participaria das mudanças da imagem do paciente, ao passar a tratá-lo como uma pessoa menos produtiva, despojado de suas capacidades físicas.

Por fim, mencionamos a boa revisão dos aspectos psicossociais do restabelecimento da doença coronariana feita por Doehrman, psicólogo de Michigan, citando 191 referências (41). O autor observou que o *profissional* que ainda predomina no estudo psicossocial da cardiopatia é o médico, aparecendo em primeiro lugar o psiquiatra, seguido pelo cardiologista. A seguir aparece o enfermeiro, guardando boa distância do psicólogo e do terapeuta ocupacional. O principal foco de estudo tem sido o da reação emocional do paciente, seguido pelo aconselhamento psicossocial e educação. O estágio da recuperação preferido para os estudos é o da internação em unidades de cuidados coronarianos, seguidos pela fase pós-hospitalar. Das conclusões apresentadas por Doehrman, mencionamos que a maior difi-

culdade emocional dos pacientes alcança um pico após a alta hospitalar, na convalescença em casa, quando alguns tornam-se deprimidos e as tensões familiares são comuns. O reconhecimento desta fase permite uma maior cooperação da família, dos amigos e do médico, esclarecendo-os para evitar receios e dúvidas, ouvindo suas expectativas e aceitando suas atitudes.

2. COMPREENDENDO AS DIVERSAS OPINIÕES REFERENTES À ENFERMIDADE

O que o público pensa e sente acerca de toda enfermidade é poderoso determinante de sua reação frente aos programas de prevenção, de investigação de casos e de terapêutica, assinala Jenkins (82). Ressaltamos a colocação do autor no sentido de que, a fim dos programas da saúde chegarem ao público mais eficazmente, as entidades de saúde necessitam planificar suas atividades educativas e de promoção e a modalidade de seus serviços com o fim de levar em conta o significado, consciente e inconsciente, que diferentes subgrupos muito vulneráveis da coletividade atribuem à enfermidade contra a qual se luta. Temos em mente aqui, conforme discute Jenkins, que em geral se reconhece que as enfermidades se percebem diversamente em muitos aspectos. Concordamos que se necessita, pois, de métodos de entrevista e classificação que captem estas idéias e sentimentos e os representem objetivamente.

2.1 - Relativas a Aspectos Gerais do Infarto

Os resultados do presente trabalho apontaram que mais da metade dos pacientes com infarto e dois quintos daqueles sem antecedentes cardiológicos creram já ser "grande" o *saber da medicina* sobre o infarto (Tabela 56). Um dos fatores que influenciou nesta opinião foi, provavelmente, a alta incidência da doença na população, que a torna conhecida e difundida também pelos meios de comunicação e, supostamente, de muito interesse dos pesquisadores, os quais já teriam, ao ver dos pacientes, muitos elementos da doença descobertos. A influência, enquanto fenômeno psicológico, dar-se-ia por conta da necessidade de crê-la bem estudada, o que lhes garantiria um tratamento eficaz. Reforça esta hipótese o fato de que a frequência dos que assim opinaram foi bem maior entre os coronariopatas, que já estão usufruindo diretamente deste saber. Não lhes conviria ser cético a respeito do progresso científico, sobretudo no instante em que este lhes está sendo de necessidade vital. A nosso ver, a opinião é positiva na medida em que possa significar uma confiança nos recursos médicos e a decisão de ir à sua busca.

O panorama das opiniões sobre a questão da *incidência* do infarto na população revelou que os coronariopatas creram que ela fosse "alta" (72%), em contraste com os pacientes controles que preferiram mais a opinião "média" (46%) (Tabela 57). Ser portador de um evento mórbido significa, na maior parte das vezes, preocupar-se com tal, ficar de "ouvidos afinados" para, quando se falar da doença; descobrir, por exemplo, "quem mais" foi acometido e observar como os outros doentes se portam. É descobrir um mundo de pes-

soas que também padecem do mesmo mal (70% dos doentes coronarianos desconfiavam ou sabiam de seu problema de saúde, muitos tinham problemas iguais na família e, ainda 62% referiram ter observado tais casos no círculo social). É provável que o grupo controle, com outras patologias, mantivesse-se mais atento aos casos semelhantes ao seu. O fato de nenhum cardiopata de classe social mais favorecida ter desprezado a importância epidemiológica da enfermidade (Tabela 77) seria um indicativo de seu maior acesso às informações de problemas sobre saúde, com conseqüente visão mais realista da questão, já que sabidamente o infarto assume relevância na saúde pública. Pensamos que também a valorização adequada da incidência seja um ponto positivo no processo de aprofundamento da conscientização sobre a doença.

Quanto à possibilidade de uma *percepção prévia* à manifestação das doenças (Tabela 58), pensamos que a crença nesta possibilidade tenha sido baixa (28 e 32%) por falta de hábito de as pessoas discriminarem suas sensações corporais e psíquicas, falta de introspecção, desconhecimento do significado de sintomas e, enfim, negação de um sentido patológico de possíveis alterações captadas em si mesmos. Interessante que, mesmo alguns (18%) que tiveram alguma percepção anterior ao seu infarto, assinalaram que tal não deveria ser habitual ocorrer (Tabela 84).

Dos aspectos gerais pesquisados, foi a opinião acerca da *gravidade* da doença (Tabela 59) que mais concentrou respostas na quantificação "grande" (86%). A vivência de um episódio agudo, de dor até então raramente experimentada, o tratamento em unidade intensiva, o stress da equipe de atendimento e da família são fatores que colaboraram para este ponto de vista. A não vivência deste episódio, por parte de pacientes com outros problemas, fez com que estes a considerassem numa gravidade não tão elevada, embora em termos absolutos também consistisse numa resposta de grande frequência. Esta valorização é igualmente importante, associada à idéia de que o infarto pode ser fatal, para ser usada em programas preventivos, independente do sexo, idade e renda da população-alvo (Tabelas 78, 79 e 80).

Controvertidas foram as posições frente à questão da *prevenção* (Tabelas 60, 81, 82 e 83). As mulheres, os idosos e os doentes de camadas sócio-econômicas mais desfavorecidas tendem a crer que não haja formas de evitar o problema ou simplesmente a não ter opinião sobre o assunto. São dados importantes para o seguimento da reabilitação ou em programas de prevenção primária, devendo-se reforçar a linguagem no momento de almejar estes grupos. Ilustra a questão a postura de um paciente de 64 anos que pareceu preferir alienar-se, ao comentar sobre o tratamento que "é o médico que deve saber pois estuda para isso" (caso nº 01). Também a gravidade e multiplicidade de conflitos pessoais podem influir na crença de que a doença não possa ser evitada, já que em suas vidas tornam-se comuns eventos traumáticos e incontroláveis (nºs 05, 09, 13, 21, 24, 25, 28, 34 e 38). Eram pessoas desesperançosas, deprimidas, que muitas vezes não discriminavam os limites de seus diversos problemas.

Quanto à *evolução* da doença (Tabelas 61, 62, 85, 86), vemos que, apesar da gravidade referida e da prevenção duvidosa, houve um otimismo entre os entrevistados dos dois

grupos, notadamente entre os pacientes com infarto, sinal de impulsos para a vida. Não de se trabalhar, no entanto, aspectos ligados a medos infundados, para diferenciá-los de precauções justificáveis, já que 44% do grupo IAM afirmaram crer as pessoas ficarem ten sas após um infarto. Entram aqui as questões discutidas no início desta capítulo, como retorno ao trabalho e ã atividade sexual.

2.2 - Relativas a Fatores Correlacionados

Não raro a literatura médica coloca os problemas emocionais com menor relevância ao discorrer sobre os fatores de risco para as coronariopatias, dando, ao contrário, des taque aos fatores biológicos (como apresentamos no item I-3.2). De um lado, vêm as carac terísticas imutáveis como sexo, idade e hereditariedade e, de outro lado, quadros patolô gicos, como hipertensão, hiperlipidemia, obesidade, diabetes ou ainda, hábitos, como ta- bagismo, alimentação inadequada e sedentarismo. Nossos resultados evidenciaram que, na concepção leiga sobre a enfermidade, os problemas emocionais constituíram-se no princi- pal fator correlacionado a ela (Tabelas 65 a 87). Esta concepção se acentua entre os doentes com infarto, provavelmente sendo influenciada sua opinião pela própria história de vida, as quais, como constam no Apêndice deste trabalho, apresentaram comumente uma riqueza de eventos de comprometimento psicológico. Os coronariopatas praticamente pouco valorizaram, espontaneamente, as doenças orgânicas (4%), o que os pacientes do grupo con- trole, a nosso ver, mais realisticamente o fizeram (34%). É como se a posição polarizada dos pacientes coronarianos procurasse compensar a polarização para o extremo oposto, o biológico, assumido ainda predominantemente pela medicina. Os leigos, despojados da abor- dagem científica dos profissionais da saúde, convivem mais naturalmente com aspectos sim bólicos do coração, fortemente associados ao universo psicológico (como vimos no item I-4.5).

A melhor discriminação dos fatores não-psicológicos emergiu somente quando pergun- tamos sobre eles separadamente (Tabela 66). Aqui as opiniões dos pacientes com infarto aproximaram-se do saber da cardiologia, ao apontar entre os fatores de maior peso: o ta- bagismo, a hipertensão, a hiperlipidemia. Mesmo assim o fator "tipo de personalidade" permanece com o mesmo destaque, o que confirma o valor dado pela população ã esfera psi- cológica. A diferença significativa, pelo maior valor dado pelos coronariopatas a fatores como tabagismo, hiperlipidemia, idade e alimentação inadequada, deve indicar o aprendi- zado verificado nas consultas médicas e no universo do senso comum. Em programas de es- clarecimento popular e na prevenção individual devem-se, portanto, enfatizar aqueles mo- mentos epidemiologicamente tidos como de risco, mas que ainda não são tidos pela popula- ção como importantes. Em nossa amostra, por exemplo, foram minimizados itens relevantes como hereditariedade e ocorrência de diabetes. Em compensação, itens de influência não enfatizada, como alcoolismo, foram bastante considerados pelos pacientes. Em nossas en- trevistas, ambos os grupos, ao falarem dos malefícios da bebida alcoólica, davam-lhe um caráter quase que "diabólico", certamente por verem que seu abuso provoca danos nas esfe- ras bio-psicossociais, com muitos casos de fácil observação na coletividade. Contudo, não seria razoável afirmar que, clinicamente, o alcoolismo provoca infartos, colocando-o

até à frente do mau hábito alimentar, obesidade, diabetes ou sedentarismo.

Considerando que o grupo de cardiopatas é a população-alvo para prevenção secundária e o grupo controle, alvo para prevenção primária, vale a pena conhecer a opinião de alguns fatores em particular. Assim vejamos.

Os grupos estudados concordaram, no geral, que os indivíduos do *sexo masculino* são mais predisponentes ao infarto, o que é correto epidemiologicamente (Tabela 67). No entanto, os homens particularmente tiveram uma visão mais realista, enquanto as mulheres não opinaram tão de conformidade com os dados de realidade (Tabela 88). Quanto à *faixa etária* de maior acometimento das coronariopatias, os entrevistados pareceram conscientizados ao opinarem que a maior incidência se daria na meia-idade (Tabelas 05, 68 e 89). Merece nossa atenção que uma parcela importante do grupo sem antecedentes cardiológicos achou que não haveria correlação da doença com o fator idade (28%). Fica mais clara a opinião, ao verificarmos que 64% destes encontravam-se acima dos 60 anos e se, até então, não tiveram problemas cardíacos, entenderam que a idade provavelmente não influenciaria o surgimento.

A respeito da posição sobre a correlação com a *ocupação* (Tabelas 09, 71 e 90), achamos oportuno discutir sua importância. Nossos entrevistados apontaram quem "trabalha mais com a cabeça" como mais suscetível para as doenças coronarianas. No entanto, na amostra dos sujeitos com infarto, 54% exerciam atividades manuais (especializadas ou não) ou não tinham ocupação, dado que deve fomentar o debate de que se a atividade mental, do profissional "executivo", por exemplo, seria de maior risco ou não, e porque estaria mascarando a evidência do acometimento do profissional braçal do campo ou da cidade. Talvez a discussão deva se iniciar pela artificialidade da dicotomia manual-intelectual, já que inúmeras atividades "intermediárias" levam uma pessoa a exercer os dois tipos simultaneamente. É o caso da segunda categoria mais observada em nossa pesquisa: os pequenos proprietários e afins (22%). O dono de um bar costuma trabalhar "com a cabeça" e "com as mãos" e assim outras sucessivamente. Por outro lado, mais uma vez, as classes mais favorecidas não creem na ausência da correlação, enquanto entre os pacientes de baixa renda encontramos freqüentemente expressões como "a doença não escolhe pobre ou rico" ou "quando tem que vir, não escolhe quem". Não é real, pois aí estaria implícita a idéia da doença como um ente autônomo que "pairaria" pelo mundo e "pegaria" pessoas ao acaso. Os resultados são bem claros, no entanto, quando indagamos diretamente sobre a possível correlação com a *classe sócio-econômica* (Tabelas 72 e 91). Pertencer a uma ou outra camada social implica reunir ou não recursos financeiros para cuidados com a saúde ou ainda ter acesso ou não a um mundo mais conscientizado sobre os mecanismos naturais da doença e a necessidade e os meios de evitá-la. Em nossa amostra de doentes coronarianos, os que opinaram não haver a enfocada correlação caíram de 71%, entre a classe baixa, para 14%, entre os que têm renda familiar maior que 10 salários mínimos. São dados significativos.

Quanto ao tipo de *personalidade* que se associaria ao infarto (Tabela 70), interessante a significativa opinião dos pacientes cardiopatas de que o tipo "reprimido" seria o de maior risco. Esta posição estaria ligada a que o cardiopata representa literalmen-

te "algo que aperta no peito" e que "está ali preso e não sai". As pessoas reprimidas são tidas como aquelas que não exteriorizam seus sentimentos e problemas. Não desabafam e o "coração sofre", conforme expusemos ao mencionar o simbolismo do órgão.

Ter ou não ter *hipertensão*, *hiperlipidemia* ou *obesidade*, para um paciente que sofreu um infarto, não mostrou diferença significativa na sua opinião acerca da correlação destes problemas com a cardiopatia (Tabelas 92, 93 e 94). No entanto, pôde-se registrar uma tendência a valorizá-la na categoria "muita correlação" quando se tratou da opinião do paciente coronariano que estava acometido também pelo respectivo problema. O conceito de que a *alimentação* rica em gordura animal é fator de risco para as cardiopatias, por sua vez, não comprovamos nos hábitos de nossas amostras de pacientes. Mas encontramos diferença quanto ao consumo de alimentação rica em carboidratos (massas e doces), mais freqüente entre os doentes coronarianos, e da dieta equilibrada, mais freqüente entre os doentes sem problemas cardíacos (como expusemos no item IV-2.3). Porém, ao vermos tais conceitos na população dos entrevistados, suas opiniões confirmaram a literatura médica (Tabelas 69 e 95). No entanto, a nosso ver, supervalorizaram a ação dos temperos da comida no surgimento da doença. Nos relatos, aparecia comumente uma culpabilização excessiva aos condimentos para os problemas de saúde em geral, embora saibamos que o sal, em particular, é contra-indicado para a hipertensão que, por sua vez, predispõe às cardiopatias. Referimos, outrossim, a expressões como "é um veneno", "intoxica o organismo", "faz um mal danado", parecendo mais um brado a favor de uma alimentação mais pura, mais caseira, com mais sabor do próprio alimento. Talvez uma crítica simbólica a novos padrões alimentares, industrializados e, conseqüentemente, com menos participação das mães de família no preparo da comida.

Aprofundando a discussão do item *tabagismo*, tendo sido apontado como o primeiro no rol dos fatores correlacionados com o infarto, na visão dos doentes coronarianos, é interessante mencionar nuances na variação das respostas dadas por fumantes, ex-fumantes e não-fumantes (Tabelas 25 e 96). Os que se afastaram do hábito constituíram-se no subgrupo de maior crítica ao tabagismo, pois, livres de sua prática, sentiram-se provavelmente fortes e com autoridade para combatê-lo (casos nº 03, 11, 15, 18, 19, 20, 23, 25, 27, 31, 32 e 34). Ao passo que os então tabagistas tiveram que utilizar mecanismos de negação, dizendo que a influência seria nula ou pouca, em praticamente um terço deste subgrupo (casos nº 12, 14, 21, 22, 30, 44 e 49).

O *hábito sedentário*, como vimos, foi pouco considerado como fator de importância. Em nossas amostras, no entanto, a vida sedentária era pouca (Tabela 26). A prática ou não de exercícios quase não alterou a opinião dos pacientes coronarianos (Tabela 97).

2.3 - Relativas a Medidas Terapêuticas e Preventivas

Não é de se estranhar que nossa população não consiga mencionar nomes de *exames subsidiários* para o diagnóstico de problemas clínicos, pois a falta de convivência com uma medicina de bons recursos, a baixa escolaridade e o diminuto hábito de leitura fazem

nossos pacientes alienados em termos de procedimentos médicos. Além do que, infelizmente, a maioria da classe médica pouco se ocupa de construir uma relação educativa com sua clientela, eximindo-se daquilo que, a nosso ver, podemos chamar de função complementar de trazer o paciente para mais próximo dos conhecimentos e técnicas científicos. Pode parecer impressionante que mesmo pacientes, encontrando-se sob tratamento cardiológico, não conseguissem mencionar um só tipo (Tabela 73). Não exigimos nesta questão que o entrevistado pronunciasse o nome correto do exame. Aceitávamos mesmo que ele apenas o descrevesse. Um paciente com 75 anos, embora com doenças antigas, teve no infarto a sua primeira hospitalização, confundindo-o com "derrame" e se queixou de que o médico não conversava sobre sua saúde. O doente nada soube mencionar, nem sequer parecia compreender quais os procedimentos, a que se submeteu seriam exames de avaliação (caso nº 16). Outros viviam tipicamente num contexto de muita pobreza sócio-econômico-cultural (nº 22). Acreditamos que possa nada se mencionar também devido a mecanismos de negação (nº 25). Há quem pudesse mencioná-los se se encontrasse em estado emocional mais estabilizado (nº 28). Achemos ser supervalorização que a televisão tenha popularizado recursos médicos, pois as reportagens específicas são episódicas e os nomes de exames, difíceis e longos, não são memorizados pela população. Como os dados transmitidos não estão no cotidiano do homem comum, a notícia tende a cair no esquecimento. Além do mais, as reportagens não visam usar uma forma didática especial para o aprendizado do telespectador, mas acabam usando uma linguagem sensacionalista, que mais mobiliza suas emoções do que alimenta seu intelecto. Houve, ainda, pacientes que citaram exames inespecíficos, como por exemplo: "de sangue", "do pulso", etc. E o "eletro do coração" continua sendo o mais conhecido.

Quanto às *medidas terapêuticas e preventivas* (Tabela 4), começamos a discussão pela diferença feita pelos pacientes entre a atitude de se evitarem emoções, que pudessem ser prejudiciais à saúde, e o controle do temperamento. Embora ambas bastante valorizadas, os entrevistados comumente esclareciam sobre as dificuldades de êxito no cumprimento da segunda medida. De fato, parece possível não nos expormos a situações psicologicamente estressantes, embora haja vezes que tal seja inevitável. Mas que recursos utilizar para alterar um "temperamento desfavorável"? Em seus relatos, os pacientes entendiam que as pessoas nascem com um "gênio", modelam-no quando pequeninas e "não torce mais o pepino quando crescido". Na realidade, pode ser uma visão com traços fatalistas, mas suas experiências de vida revelam, corretamente a nosso ver, que há algo nesta estrutura, que melhor chamaríamos globalmente de personalidade, que é constitucional e onde "não se mexe". A um coronariopata restaria então se ater a cumprir medidas exequíveis. É bom vermos nos resultados, por outro lado, os grupos da presente pesquisa darem peso à importância de se absterdo fumo, controlar a dieta e programar exercícios físicos. No entanto, um programa terapêutico deve incluir, por base em nossos achados, uma ênfase para que o paciente use rigorosamente a medicação cardiológica, trate outras doenças simultâneas (sobretudo hipertensão, hiperlipidemia e diabetes) e retorne programadamente ao trabalho sem receios infundados, já que estas medidas deveriam aparecer como mais consideradas.

Novamente aparece a preocupação com a *bebida alcoólica*, sendo que 58% dos pacientes coronarianos e 34% dos pacientes sem problemas cardíacos opinaram que o álcool deve-

ria simplesmente ser suprimido por quem já teve um acometimento cardíaco, medida que a medicina não recomenda neste nível. Para a convelescência, os grupos entrevistados acharam, em sua maioria, pouco necessário o uso de *tranquilizantes*. Dos doentes coronarianos, 14% opinaram no entanto sobre a grande necessidade desta medicação. Similarmente, acharam ser desnecessário, em geral, fazer uma *consulta psicológica psiquiátrica* e entre os coronariopatas apenas 16% disseram que seria muito importante fazê-la. Um paciente que opinou ser muito necessário tanto o tranquilizante como a consulta psiquiátrica, possuía transtornos psicológicos importantes, com prognóstico reservado (caso nº 08). Observamos que na visão leiga o "calmante" e o "psiquiatra" parecem ainda ligados aos transtornos mais graves e predominantemente mentais. A idéia da participação de um profissional da saúde mental cuidando de problemas orgânicos é algo ainda de pouca consistência, provavelmente por não terem o hábito de receberem tal atendimento.

Finalmente, sobre a indicação de uma *cirurgia cardíaca*, os grupos acharam-na desnecessária. Os doentes coronários de nossa amostra colocaram-na com o menor peso como medida médica importante. É provável que atrás dessa opinião esteja o medo de que os médicos viesse a recomendá-la a eles, já que a indicação cirúrgica tem aumentado e este fato tem se incorporado ao senso comum.

Discutindo sobre a fonte das opiniões, nossos resultados apontaram que a principal foi, como esperado, a auto-observação. Um infarto, evento grave e marcante, serve como lição do que se trata a experiência. Nossa pergunta pesquisava qual teria sido a principal fonte (Tabela 68), o que fez outras aparecerem com freqüências diminutas. Os meios de comunicação social - como TV, revistas ou jornais - apesar de bastante considerados pela população, não foram significativamente apontados como fonte de notícias sobre doenças cardíacas, mesmo entre os doentes coronarianos que, ao menos teoricamente, procurariam leituras para se informar sobre o assunto. Os pacientes sem problemas cardíacos referiram formar idéias ao observar casos no círculo social, ou, menos frequentemente, conversando com amigos sobre a questão. Tal nos leva a crer que a transmissão oral ainda ocupa um importante lugar na formação cultural da população, apesar da invasão dos meios da comunicação eletrônica. Por isso pensamos que programas de educação pública sobre saúde não devem ser ater referencialmente à mídia, mas ser principalmente pauta no debate de assuntos das comunidades de qualquer natureza, encontros onde as pessoas troquem idéias e experiências.

Porém é a *figura do médico* que tem um espaço insubstituível na educação sobre saúde do homem comum. Apesar do abalo do papel social do médico contemporâneo, é ele ainda dotado de um prestígio relevante, a ponto de influir no modo de pensar dos leigos. Em nossas amostras, os doentes coronarianos apontaram um relacionamento ainda melhor com seus médicos (76%) do que os pacientes do grupo controle (66%), provavelmente por a manifestação aguda de sua doença tê-los aproximado bastante de quem os socorreu. A vivência do episódio, carregada de emoções, acrescida pela experiência da "vida por um fio", fazem-nos necessitar a ver a equipe de saúde mais do que amiga, uma salvadora (Tabela 64).

Com o objetivo de colher subsídios para a presente discussão, procuramos oportuni

dades de troca-de-ideias sobre alguns dados preliminares da pesquisa com clínicos (197), profissionais de saúde mental (201) e psiquiatras (196). O grande número de considerações e sugestões, outrossim, motivou-nos a prosseguir oportunamente a investigar o tema da opinião leiga também em relação a outras doenças, o que pretendemos fazer em trabalhos futuros.

3. QUESTIONANDO POSSÍVEIS ASSOCIAÇÕES DO INFARTO COM CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E EVENTOS DA VIDA

3.1 - Com Dados Bio-Demográficos

No grupo de pacientes com infarto, estudado no presente trabalho, tivemos a oportunidade de confirmar dados bio-demográficos comumente apresentados pela epidemiologia cardiológica, tais como *sexo* e *idade* (Tabelas 04 e 05). Em nossa amostra, deve chamar-nos a atenção a existência de 8% de pacientes na faixa dos 30 anos. O caso nº 04, paciente de 32 anos, era hipertenso e obeso, pequeno comerciante e com problemas familiares. Outro paciente, com 37 anos, era tabagista, também com problemas familiares e hostilidade incontrolada (caso nº 05). Com 32 anos e solteiro, um funcionário, chefe de administração, queixou-se de conflitos com a mãe adotiva, autoritária (nº 41). Finalmente, um paciente de 34 anos, separado da esposa, tinha fator hereditário, era tabagista, mostrando-se muito angustiado na relação com a ex-esposa e filho (nº 46). Nos quatro casos de doentes jovens, evidenciamos importantes problemas na esfera emocional, o que contribui para discutirmos a preponderância destes fatores no infarto precoce e dos biológicos na meia-idade e faixas subseqüentes.

As demais características observadas em nossos resultados são próprias da população geral, nestas faixas etárias, como predominância de: religião católica, casados vivendo com a família e escolaridade primária. Merece atenção (como citamos no item IV-1), que quase metade dos doentes com infarto não vinha exercendo *atividade profissional*, o que nos faz discutir com maior prudência a ação do trabalho como fator de destaque sobre o desenvolvimento das coronariopatias. Em nossa amostra de coronariopatas, entre as mulheres, o índice de ausência de ocupação profissional (nunca trabalharam) alcançou 81,8%. Afora estas, encontramos uma mulher de 74 anos, comerciante aposentada há 7 anos antes do infarto (caso nº 09). Outra de 48 anos, foi empregada doméstica até há 6 meses antes do infarto (nº 29). Uma última, também de 48 anos, era lavadeira na ocasião da doença e não relatava queixas ligadas ao trabalho (nº 43).

Quanto à faixa de renda, procedência, número de migrações e tempo de residência em Campinas, são dados que seguiram as características próprias desta localidade.

3.2 - Com Antecedentes Pessoais e Sôcio-Familiares

Os grupos de pacientes com infarto e sem antecedentes cardiológicos não apresenta

ram diferenças marcantes quanto à vivência da *infância* e da *adolescência*, ao menos ao nível de um relato sucinto verificado em nossa entrevista. As queixas são típicas da vida de famílias com figuras parentais muito dominadoras e de uma estrutura sócio-econômica oferecendo vida precária. Os doentes coronarianos, em menor frequência, apontaram infância "ruim". Em compensação, por ocasião do infarto apresentavam, em maior frequência, fatores que podemos considerar como de risco psicossocial, situação que poderia ajudar à compreensão da eclosão da doença. Porém não encontramos razões consistentes para a maior porcentagem de infâncias ruins entre o grupo controle (Tabelas 14 e 15). Podemos considerar que houve pacientes coronarianos cuja trajetória de vida foi marcada por vivências e situações traumáticas, o que fala a favor de estruturas *neuróticas* de personalidades depressiva (nº 09), histérica (nº 43) e de angústia (nº 46). O infarto, como evento mórbido, apareceu nestes casos, como um elemento a mais numa constelação de conflitos e problemas, sem no entanto dever se esvaziar seu sentido e significação.

Seguem-se características comuns às condições dos pacientes, próprias do seu desenvolvimento psicocultural. Entre os doentes coronarianos tivemos: boa relação com pai (76%) e mãe (94%), sendo pai autoritário (60%) e mãe equilibrada (58%), com boa relação entre eles (68%) e boa relação com irmãos (71,4%).

Quanto à *saúde orgânica*, confirmando a importância dos fatores de risco biológicos, tivemos uma diferença significativa em relação à hipertensão, hiperlipidemia e obesidade, mas não ao diabetes (Tabelas 20 a 23). Deve merecer nossa atenção a *negligência* de mais da metade dos doentes coronarianos hipertensos, que não tratavam a hipertensão adequadamente, e 80% dos quais situaram-se, ao menos no subgrupo de risco psicossocial maior. Igualmente mais da metade dos obesos não tratavam sua obesidade adequadamente e 82% dos quais situaram-se, também ao menos, entre os de risco maior. A título de ilustração, temos o caso nº 26: paciente de 46 anos, representante comercial, de classe alta, com hipertensão, tabagismo, alcoolismo, hiperlipidemia, obesidade e sedentarismo. Negligenciava cuidados com todos estes fatores, com comportamentos hipomaníacos e auto-destrutivos. Nesses aspectos, assemelham-se os casos nº 49 e nº 50, respectivamente 47 anos, de classe alta, e 57 anos, de classe média alta. Embora não possamos negar a importância das limitações financeiras como fator de não cumprimento dos tratamentos médicos, temos que dar devido destaque aos fatores psicológicos, na negligência com a saúde, com clara conduta autodestrutiva. Nos três casos referidos, de mau prognóstico clínico, pensamos na hipótese de uma forma lenta de atitude suicida.

Discutindo a questão dos *hábitos pessoais* (Tabelas 24 a 27), notamos que se deve ressaltar: hábitos alimentares, tabagismo e sedentarismo. Excesso de carboidratos e fumo (apenas 26% nunca fumaram) são preocupantes. Faltou uma prática de exercícios físicos programados (84%), como caminhadas regulares, no mínimo. Por outro lado, a *relação conjugal* foi normal estatisticamente, classificada pelos próprios doentes coronarianos como boa (82%), embora nas histórias surgissem sinais de conflitos conjugais, que eram negados. O grau de *sociabilidade*, como a facilidade para fazer amigos e participar de grupos, foi considerado bom, tal como no grupo controle. No entanto, revendo a literatura

sobre o assunto, Dul registrou que a relação social destes é mais positiva que de homens sadios (45). Os doentes coronarianos seriam afeitos a fazer chistes, sensíveis e generosos, sendo contudo dados colhidos em testes psicológicos, ao contrário de nossa coleta, vindos da subjetividade do entrevistado.

O grupo dos doentes coronarianos, como apresentamos, mostrou, em mais de um terço, *antecedentes psiquiátricos*, significativamente mais do que entre os doentes sem antecedentes cardiológicos (Tabela 30). Pareceu-nos que a morbidade mental não excluiu a morbidade somática, já que chegamos a registrar até casos de internação: por provável quadro psicótico (caso nº 33), por crises neuróticas (nº 07, 35 e 40) e por alcoolismo (nº 05). Outros tiveram descompensações psiquiátricas com tratamento durante o ano anterior ao infarto (nº 43, 46 e 49).

Quanto à *morbi-mortalidade na família*, nossos resultados não apontaram antecedentes coronarianos significativos entre pais e irmãos, mas, sim, entre outros parentes consanguíneos (Tabelas 32 a 36). Entre os 13% dos cardiopatas, que referiram não saber responder se haveria problemas cardíacos entre familiares, é possível existir uma parcela que tivesse essa suspeita ou mesmo conhecimento, mas não teria emergido no relato por negação psicológica. Sobre casos de seu conhecimento no círculo social, afirmar que não se lembravam de ter observado problemas de infarto entre vizinhos ou qualquer conhecido (38%) também pode ser visto com certa crítica. Moradores de zona urbana, numa localidade como Campinas, pensamos que possa ser menos freqüente um indivíduo não ter notícias de pessoas acometidas de infarto. Os casos relatados como mais marcantes referiram-se a vizinhos e colegas de serviço, sobretudo quando eram de pessoas com quem o entrevistado mantinha um vínculo afetivo por amizade ou por ter idade próxima. Vemos aí claros mecanismos de *identificação*. Uma importância relevante nesse processo, a nosso ver, é alimentar um universo próprio de raciocínios, onde se misturam fantasia e realidade, com finalidade de dar uma resposta, por necessidade psicológica, a fenômenos que tanto mobilizam, como é o caso de uma doença que ameaça a vida. Uma hipótese mais arrojada seria de que a identificação com outro doente poderia participar, de alguma forma, do processo de formação da própria doença (Tabela 37). Ver caso ilustrativo de nº 10. Uma leitura sobre a presente casuística no geral mostrará uma riqueza de casos de identificação.

Não podemos deixar de citar a ocorrência de *reações de aniversário* entre os doentes coronarianos. O caso nº 11 é rico neste sentido. Ao final de sua história (Apêndice), em breve comentário, apontamos o fenômeno. É provável que reações deste tipo estejam presentes mais freqüentemente. Contudo, a ausência de seguimento dos casos, por nós vistos, pôde não permitir emergir dados indicativos para nossa avaliação.

3.3 - Com Fatores de Risco Psicossocial

A possível associação das doenças coronarianas com eventos da vida, estressantes ou traumáticos, e com perfis de personalidade constitui um dos pontos mais discutidos na literatura. Na presente pesquisa, 25 fatores que consideramos de risco psicossocial dis-

tribuíram-se diferentemente entre o grupo de doentes coronarianos e de doentes sem antecedentes cardiológicos, visto que a média de pontos alcançada pelo grupo IAM foi maior do que pelo grupo SAC. Entre os pacientes com infarto, observamos a tendência destes fatores incidirem mais entre os pacientes adultos jovens do que entre os de meia-idade para frente. O caso nº 46 ilustra o subgrupo A (aqueles que denominamos de risco psicossocial máximo) (Tabela 38): homem de 34 anos, separado da esposa, desempregado, luto importante pela morte de tio e da mãe, sentimento de urgência de tempo e com atitudes impulsivas. Vemos aí a gravidade do estado psicossocial em doente jovem. Por outro lado, do subgrupo D (risco psicossocial mínimo), apontamos o caso nº 48: homem de 71 anos, casado, aposentado, com hipertensão e ciente das repercussões desta. Temos aqui um paciente idoso, porém de estrutura emocional estável e cujo infarto pareceu se associar principalmente à hipertensão.

A *resistência às mudanças sociais* deve ser um item a ser trabalhado com pacientes em geral (Tabela 39). A vida na cidade de porte médio, industrializada, de vínculos inter-humanos superficiais e efêmeros, a exposição à insegurança pública, a falta de credibilidade da palavra das pessoas no geral e das autoridades apresentaram-se como características pouco toleradas pelos pacientes com infarto. A inconformidade com um padrão sócio-cultural moderno gerava-lhes angústia que se somava à angústia pela cardiopatia, cujo resultado final pôde ter sido insuportável. Entendemos que a incapacidade de lidar com a gravidade de sua enfermidade agravava o sentimento de impotência de lidar com os problemas de ordem social que os circulavam. Esta resistência, ao não mostrar alta correlação com a ocorrência de outros fatores de risco, mostra sua importância por si só (cf. item IV-3).

Na área do *trabalho*, os pacientes com infarto distinguíram-se dos demais, confirmando a literatura, pelo engajamento em ocupações sentidas como de maior peso de responsabilidade e com volume de trabalho aumentado nos últimos meses, fatores que, além de marcadamente presentes em contraste com o grupo controle, mantinham alto grau de associatividade entre si. No entanto, o relato de problemas ligados ao trabalho foram muito menos emergentes do que as queixas de sintomas psicológicos, como cansaço, irritabilidade, ansiedade e depressão, o que relativizaria a importância dos fatores ligados ao trabalho, na avaliação panorâmica do conjunto dos fatores. Estes sintomas, também com incidência significativa no grupo dos pacientes com infarto, mostraram elevado grau de correlação entre si (cf. item IV-3).

Merece atenção a ocorrência significativa de *processos de luto* por perda muito sentida, de parentes ou amigos, recentemente. Pacientes que vivenciaram um infarto, experiência aguda de ameaça à morte, vêm com mais sensibilidade mortes em seu círculo familiar e social, dando-lhe um sentido de proximidade. A nosso ver, torna-se positivo a equipe de saúde conversar com os pacientes sobre a questão, para conhecer suas fantasias e mostrar possíveis diferenças da evolução do seu problema com o da pessoa falecida que está sendo servida de referência.

Os fatores que distinguíram os dois grupos estudados são típicos da sociedade em

que se inserem: queixa de falta de condições para exteriorizar sentimentos, insatisfação existencial e problemas financeiros. Acrescem-se aqui as condições próprias de seu estado de saúde, como a preocupação com a evolução da doença. Qualquer que seja a patologia básica, entendemos que deve o clínico dar espaço para o paciente se colocar e sentir-se, ao menos, acolhido nestas suas queixas.

Ainda a respeito do risco psicossocial para as coronariopatias, pensamos que se devessem ampliar *estudos transculturais* sobre perfis de personalidade, como o comportamento tipo A de Rosenman. Entendemos que estas pesquisas têm grande penetração nas comunidades norte-americanas, que tipicamente têm um modo de vida, onde determinados valores do status que induzem indivíduos a uma rotina de stress patogênico para a saúde cardíaca. Vimos que já se tem ocupado de estudar a questão em diferentes culturas (item I-4.4), porém estas abordagens já não tiveram o mesmo sucesso entre nós na América Latina. No exterior, os estudos sobre personalidade coronariana alcançaram grande freqüência. Chegam a ficar mobilizados a ponto de se perguntarem se não estariam matando a si próprios, diante do estilo de vida que assumem (7).

Outro aspecto seria a necessidade de discutir, como propõe Bastiaans, se os *traços de personalidade* em síndromes específicas são causa ou efeito (13). Pensamos que devemos superar esta dicotomia e enxergar a personalidade e a doença como concomitâncias de mútua influência. O caso dos problemas no trabalho, dos sentimentos negativos, do stress e outros por nós pesquisados, fica difícil apontá-los como elementos causais, mas parece-nos melhor mencioná-los como diferentes expressões de uma única pessoa, como a doença o é, e todos com significações que se interligam. Concordamos com Backus e Dudley, que assinalam não serem os fatores psicossociais "todo-poderosos", como se "criassem" doenças, mas, sim, necessários de serem conhecidos por parte do médico para, dentro de seu arsenal terapêutico, praticar uma medicina mais adequada, o que será feito com habilidade (11).

Registramos, ainda, críticas que se têm dirigido à dita personalidade coronariana, como a de Mordkoff, que discute a inclusão de fatores como a idade, sexo e status sócio-econômico (132). Num painel de revisão sobre o assunto, nos EUA, recomendou-se: a necessidade de técnicas de mensuração mais objetivamente quantificáveis e reaplicáveis; estabelecimento dos mecanismos fisiológicos envolvidos na relação do comportamento tipo A com a doença e estudo da personalidade em termos de raça, idade, condições sócio-econômicas, cultura e sexo (164).

Pensamos, por fim, que, para compreendermos a gênese do infarto do miocárdio, não podemos nos ater a apenas uma vertente da doença. Porém, é-nos útil recorrer a modelos, como a teoria das séries complementares de Freud, tópico que apresentamos anteriormente (cf. I-1.2).

4. COMPREENDENDO AS RELAÇÕES DO PACIENTE COM O CÍRCULO FAMILIAR E HOSPITALAR

4.1 - A Negação e Outras Reações Emocionais

Nossos resultados revelaram que a grande maioria dos doentes com infarto não negava seu acometimento, naquele momento do tratamento hospitalar (Tabela 45). Entendemos que, ao contrário das doenças crônicas, de início insidioso, um infarto, pela dramaticidade e manifestação abrupta, pouco permitiria mecanismos de negação. Mesmo assim, pela real ameaça à vida, à sua integridade física, existem pacientes que procuraram minimizar a importância do acontecido, usando expressões como "ameaça de infarte" ou "princípio de infarte". Sabemos que fisiopatologicamente o infarto existiu ou não. Percebemos que, às vezes, estas expressões são propostas pela própria equipe de saúde, no intuito de suavizar o impacto da notícia do diagnóstico, o que é imediatamente assumido pelo paciente e pela família. Por outro lado, há aqueles que apontaram terem sido vítimas de um problema cardíaco, porém sem identificá-lo nominalmente (12%). Veja-se a descrição do episódio do infarto feita por estes pacientes nos casos nº 12, 22, 25, 28, 35 e 40. Há finalmente casos em que os pacientes simplesmente ignoravam a natureza de sua doença atual. No caso nº 07, mulher de 67 anos, viúva, apresentou múltiplas queixas de saúde, onde a precordialgia pareceu ter se misturado com a experiência de sintomas perturbadores em diversas partes do corpo. Um homem de 75 anos não apresentou sintomatologia específica e tinha infarto antigo, também não relatado. Seu medo pela ameaça da doença pareceu contribuir para a negação, dentro do contexto de que tinha sido sua primeira internação (nº 16). Um último paciente, que não soube denominar sua enfermidade, era um homem de 50 anos, de condições sócio-culturais muito modestas, tinha uma visão simplória do funcionamento e adoecimento do organismo (nº 33). Vemos assim o desconhecimento da delimitação da enfermidade, ora por razões psicológicas, ora por limitações de ordem cultural, ora por ambas.

Notamos que a negação foi um fenômeno que ocorria não somente após a eclosão da enfermidade, mas já acompanhava muitos pacientes com seus sintomas prévios ao infarto (Tabela 47). Veja-se que 20% dos pacientes tinham iniciado tratamento médico, mas não o seguiam adequadamente (casos nº 10, 18, 23, 24, 26, 29, 36, 38 e 39). No caso nº 49, a paciente procurava suprimir conscientemente a lembrança do infarto. Houve os que desconfiavam de seu problema ou mesmo haviam deduzido sobre ele pelos sintomas que tinham (26%), mas não buscaram atenção médica. Não podemos desprezar a possível ocorrência de mecanismos psicológicos nesta atitude.

Dando abrangência aos conceitos de Kubler Ross sobre as fases psicológicas do paciente terminal (101), podemos entender que, frente ao infarto, encontraremos uma evolução semelhante, iniciando pela negação. cremos que são não observamos uma frequência maior de negadores, porque nossas entrevistas foram realizadas já passada a fase de eclosão e da terapia intensiva. O trecho das entrevistas livres (cf. Apêndice) revelou a freqüente negação de que a precordialgia e outros sintomas pudessem estar significando um infarto, procurando então cuidar-se, nas primeiras horas, com ingestão de chás,

compressas, exercícios respiratórios, banhos, repouso absoluto no leito e outras medidas ineficazes para o que acontecia.

Olin e Hackett estudaram a negação da dor no peito em 32 pacientes com infarto agudo e notaram que, apesar de seus pacientes serem familiarizados com os sintomas da doença coronariana, o primeiro impulso deles foi mesmo explicar a dor atribuindo-a a outras condições menos ameaçadoras que o infarto, como foi também aqui a nossa constatação (140). Croog e colegas classificaram, entre 345 homens sob tratamento por aproximadamente três semanas após o primeiro infarto, 20% como negando que tivesse tido o ataque cardíaco (38), taxa pouco superior ao do presente trabalho. Advertem que os negadores sejam mais resistentes aos conselhos médicos sobre trabalho, repouso e fumo. Miller e Rosenfeld tratam de uma interessante hipótese de que o sistema de resposta stress-endócrino participaria da adaptação do paciente ao infarto (130). Lembram que a dor e o medo, aumentando a circulação de catecolaminas, especialmente epinefrina, que têm um efeito direto sobre o sistema cardiovascular, eventualmente produziriam ou agravariam uma arritmia. Então o paciente procuraria controlar sua afetividade, principalmente seu nível de ansiedade, modulando seu grau de consciência sobre a situação de ameaça à vida provocada pela doença, através de várias formas de negação, como uma atenção distraída. Como os autores anteriores, o que endossamos, a negação completa da doença é ineficaz, pois geraria conflitos, os quais começam entre o paciente e a enfermagem que cuida dele. Prince e colegas, no Canadá, também procuraram estudar a negação e a evolução na doença isquêmica do coração (156). Billing e colaboradores, na Suécia, observaram 93 pacientes com infarto (19). Encontraram associação entre maiores graus de negação e menores graus de dor relatada, mas nenhuma associação entre negação e ansiedade/depressão. Levine e colaboradores, igualmente em pesquisa de campo, fizeram um estudo prospectivo em 30 homens com doença coronariana (106). Encontraram que, os que mais negavam, gastavam menos dias em cuidados intensivos e tinham menos sinais de disfunção cardíaca durante a hospitalização. Entretanto, no ano seguido à alta, os que mais negavam adaptavam-se mais pobremente, com menos concordância com as recomendações médicas e requeriam mais dias de re-hospitalização.

Kavanagh e colegas estudaram as reações emocionais de 101 pacientes entre 16 e 18 meses após infarto, através de testes de personalidade (92). Encontraram dois grupos: um de personalidade relativamente "normal" com tendência à hipomania e outro de depressão severa, com histeria, hipocondria e psicastenia associadas. Os pacientes severamente deprimidos eram mais velhos, com maior tendência à hipertensão e angina. Concordamos com os autores ao valorizarem os estados psicológicos por requererem técnicas suportivas opostas, como colocam, restrição e encorajamento, respectivamente para "normais" e "deprimidos".

Para Hackett, a depressão é uma resposta universal ao infarto e a maioria de seus sintomas seria similar aos dos Episódios Depressivos Maiores, como definidos no DSM-III (Manual Estatístico de Doenças, EUA), porém menos severos (68). Assinala que apareceria no terceiro dia, na terapia intensiva, pois no primeiro e segundo dias haveria ansiedade

e adaptação aos cuidados intensivos. Menciona ainda que acentuam as características no retorno à casa, quando a deambulação produz sentimento de fraqueza, o paciente torna-se irritável e com reações hipocondríacas, podendo desinteressar-se pelos habituais passatempos. Entendemos como muito precoce o surgimento da depressão apontado por Hackett.

Lloyd e Cawley pesquisaram problemas psiquiátricos uma semana após o infarto em pacientes masculinos com idade inferior a 65 anos (112). Observaram problemas em 35% dos casos, sendo que 16% já o tinham antes do infarto e mostraram piora da psicopatologia. Os quadros emergentes foram de depressão, seguidos em frequência pelos de ansiedade. Nossa impressão, no presente trabalho, foi de 44% de alterações do estado afetivo (Tabela 98).

Tivemos oportunidade de discutir dados preliminares dos aspectos emocionais de pacientes com infarto recente, entre profissionais debatedores de medicina psicossomática (195). Na ocasião pudemos ouvir de participantes opiniões congruentes com nossas observações.

4.2 - O Ambiente da Terapia Intensiva

A chegada ao hospital, os primeiros cuidados médicos e de enfermagem e o ambiente dos centros ou unidades de terapia intensiva são experiências vivenciadas pelo doente com infarto sob uma atmosfera de impacto. Cada instante é apreendido com detalhes, sua capacidade de atenção está redobrada e o processo de memorização hipertrofiado.

Um paciente relatou-nos que, ao entrar no CTI, pensou que estivesse morto (caso nº 03). Outro disse-nos ter percebido que o médico notou uma coisa diferente, o eletro tinha vindo com uns pontos altos e, juntamente com a enfermeira e mais dois médicos, ficaram todos alarmados (nº 04). Um homem de 46 anos revelou que, ao chegar ao hospital, o médico perguntou sobre suas condições para descer do carro, chamaram então uma cadeira de rodas, comunicaram o CTI, começaram a trabalhar direto em cima do negócio (!) e que o mínimo que tinha de vida não dava 2% (nº 26). Num relato, um paciente disse que foi para a UTI, onde ficou 48 horas, amarraram seus braços e suas pernas e que depois daquela hora ficou melhor (nº 30). Um paciente de 70 anos comentou que fizeram um eletro e melhorava um pouquinho, no CTI ficou um dia e uma noite, mas pediu ao médico que o tirasse de lá porque sua família pensaria que ele estivesse num estado gravíssimo (nº 40). Um jovem de 32 anos assinalou que não sabia o que estava acontecendo porque tudo era tão rápido que não dava tempo para o médico explicar, mas que dava para perceber que era alguma coisa grave, tendo colocado soro, oxigênio e aparelhos. Arremata afirmando que a experiência foi terrível: passar cinco dias sem se levantar de uma cama (nº 41). Houve quem detalhasse que logo aplicaram duas injeções na veia e duas no músculo e me passaram para o raio-X (nº 47).

Cada caso pareceu-nos ter suas peculiaridades e os momentos referidos vêm carregados de simbolismos, muitos dos quais apenas com uma investigação específica poderiam ser interpretados. Cabe às equipes de saúde, a nosso ver, receber o paciente e manejá-lo integrando duas posturas: de firmeza e de serenidade. O paciente deve captar a seriedade

de do seu caso pelo caráter decisivo do comportamento da equipe, porém sem que essa passe o sentimento de alarme, o que é iatrogênico. Ilustra nosso comentário o ocorrido no caso nº 09, quando a paciente teve um sonho de conteúdo persecutório, no CTI, acordando assustada. Pensamos que a atitude do pessoal da enfermagem devesse ser a de aproximar-se dela com tranquilidade, pegando em sua mão, perguntando o que teria acontecido, para a doente conscientizar-se de que estava saindo de um sonho. Infelizmente, porém, foi imobilizada no leito, sedada com injeção, que até o momento ainda dóia, e acusada de que poderia quebrar os aparelhos (sic).

Bishop e Reichert discutem questões práticas para diminuir o impacto da internação nos centros intensivos (20). Colocam que cada paciente deveria ter um compartimento separado para que as condições clínicas de outros pacientes não pudessem ser observadas e sentir-se protegido do excitação dos trabalhos de emergência. De preferência que fosse uma unidade específica de coronarianos, portanto sem outras doenças agudas. Lembram ainda que seria importante haver janelas na unidade para que o paciente soubesse se é noite ou dia e ter um senso de contato com o mundo fora. Pela mesma razão um relógio deveria ser providenciado para guardar-se contra a desorientação temporal. Tais medidas ajudariam, também, combater os distúrbios do sono. Bruhn e colegas discutem propostas semelhantes, considerando a reação dos pacientes à morte (25).

Haynal e Pasini assinalam, por sua vez, que os pacientes que foram vítimas de uma parada cardíaca com reanimação apresentam uma síndrome síquelar do tipo neurose traumática, denominada "complexo de Lázaro" (72). Caracterizar-se-ia por um estado depressivo, pesadelos, uma ansiedade crônica e o sentimento de ser diferente dos outros, que seriam combatidos por uma melhor informação e discussões com o paciente sobre o acontecido. Por outro lado, Kales e Kales mencionam que, nas unidades de coronarianos, os pacientes experimentariam consideráveis distúrbios do sono e quantidades mínimas de tempo de sono REM (movimentos rápidos oculares); sendo que as fases 3 e também estariam reduzidas e a fase 2 aumentada. Contribuiriam, para tal, as drogas usadas, a reação psicológica à doença e os aspectos entressantes da unidade (88).

Cassen e Hackett, de Boston, apontam 32,7% de 441 pacientes consecutivos admitidos em uma unidade coronariana, que foram encaminhados à consulta psiquiátrica (33). As três razões mais frequentes foram ansiedade, seguida por depressão e problemas de comportamento. Notaram que as condutas diminuíram a mortalidade na unidade. A intervenção psiquiátrica incluía medicação, clarificação explanatória, mudanças ambientais e hipnose. Wolf, no mesmo assunto, fala que tem sido observada uma natureza potencialmente patogênica das unidades coronarianas, onde certos contatos, com visitas ou enfermeiros, poderiam provocar respostas anormais, necessitando, então, criar-se um ambiente de solicitude, confiança e de suporte emocional (213).

Jarvinen, na Finlândia, abordando um ponto delicado, pergunta se a visita médica pode ser um risco para pacientes com infarto(81). Selecionou 37 casos onde houve mortes, entre uma e seis semanas após o infarto e encontrou 6 casos com mortes durante ou logo

após a visita, diferença significativa dentro da distribuição por horários, segundo o autor. Assinala que a visita pode, às vezes, constituir um stress, que seria deletério.

Por fim, uma palavra específica sobre o manejo de drogas psicotrópicas. Os estados de ansiedade são, com segurança, facilmente tratados, com benzodiazepínicos no caso de pacientes cardíacos, seja na fase intra ou pós-hospitalar. Contudo, deve-se ter preocupação e considerar cada caso no manejo dos medicamentos antidepressivos, hajam vista seus efeitos colaterais na função cardíaca (184).

4.3 - O Funcionamento de uma Equipe Cardiológica e a Participação do Profissional de Saúde Mental

Em nossa pesquisa, percorrendo os hospitais gerais de Campinas, tivemos oportunidade de conhecer o funcionamento de diversas equipes de Cardiologia. Notamos que a filosofia do trabalho e a estrutura da equipe refletem-se diretamente no estado psicofísico dos seus pacientes. Por exemplo, a boa postura do chefe frente aos membros da equipe é um indicativo do equilíbrio psicológico. Uma chefia autoritária, que provoque stress nos assistentes e na enfermagem é capaz de gerar um nível de ansiedade, que dificilmente não se refletiria nos pacientes de forma iatrogênica. Por outro lado, uma liderança que permitia um equilíbrio no espaço de co-participação dos colegas médicos, dos enfermeiros, assistente social e mesmo funcionários burocratas propicia uma dinâmica de tranquilidade, onde os pacientes se beneficiam visivelmente. É inegável a capacidade de percepção dos pacientes a respeito dos problemas da estrutura da equipe de saúde. O relacionamento frio e formal entre equipe médica e enfermagem pode não oferecer aos doentes internados um ambiente de bem estar e confiança.

Vemos como bem-vinda a participação de um psiquiatra ou psicólogo na equipe de cardiologia, coisa ainda não comum entre nós. E entendemos não apenas como um consultor para intercorrências psicológico-psiquiátricas, mas como um participante ativo na equipe, fornecendo subsídios vantajosos para todos os pacientes.

Sobre a relação entre psiquiatria e medicina interna, Palmer fala da entrevista psicológica como parte de levantamento médico geral, onde fez um estudo de seguimento de 300 pacientes por três anos (147). Comenta que a abordagem consistia na compreensão e aceitação do valor do paciente para seu estilo de vida, registrando 26% de casos com melhora significativa. Krakowski, de Nova Iorque, coloca que a psiquiatria de consultoria teria como objetivo primário interpretar o fenômeno psicossocial da saúde e da doença e, ainda, redirecionar o médico de uma orientação-para-a-doença à orientação-para-o-paciente e à abordagem compreensiva (99). Entre nós, Luz e O'Donnell descrevem, por outro lado, uma série de dificuldades que existiriam na relação entre psicoterapeutas e colegas médicos das diferentes especialidades: silêncio, incompreensão, hostilidade e ambigüidade (116).

Mas Kellet e Mezey fizeram pesquisas de atitudes de 88 especialistas frente à psi

quiatria em 6 hospitais gerais de Londres e perceberam que, em geral, os fatores psicológicos eram aceitos em uma variedade de situações clínicas (93). Diferentes especialistas pouco diferiram em suas atitudes frente a pacientes neuróticos e frente à ação dos psiquiatras; porém, os especialistas mais jovens tendiam a ser positivamente mais críticos. Na mesma linha, Gutierrez e Pérez aplicaram uma relação de processos patológicos para obter opiniões dos colegas de várias especialidades (67). Frente a cada uma dessas entidades clínicas, o sujeito devia manifestar sobre a importância dos fatores psicogênicos em sua etiologia, se em todos, na maioria, em alguns ou nenhum caso. Os resultados apontaram as coronariopatias perdendo apenas para a úlcera péptica, vômitos e dismenorréias. Vieram a seguir: asma, predisposição a acidentes, hipertensão essencial e outros.

Assim entendemos que há brechas para se iniciar um trabalho de abordagem psicológica nos hospitais gerais e em especial no acompanhamento dos serviços de cardiologia. É possível que de início haja um sentimento de rivalidade, uma disputa de espaços, um sentimento de invadir e estar sendo invadido. Assim como a equipe, que já vem desenvolvendo seu trabalho, por ter reações paranóides, por exemplo, de que o profissional de saúde mental poderia estar "descobrendo falhas" em diagnósticos e condutas clínicas. Contudo, ao caminhar da experiência desfaz fantasias e equilibra a fatia das participações, onde o paciente passa a ser o mais beneficiado.

4.4 - O Cônjuge e a Família

Merece discussão o importante papel de cônjuges e alguns familiares frente ao paciente com infarto recente. Entendemos que seja normal a atitude de projeção ao doente, sobretudo nestes casos clínicos, pois o infarto inspira cuidados peculiares. No entanto, chamamos a atenção de que atrás dos cuidados com o paciente possam estar conflitos conjugais ou familiares. Assim, quando da realização das entrevistas, notamos esposas que, mesmo diante de nossa solicitação para ficarmos a sós com o paciente, permaneciam nas proximidades, chegando mesmo a intervir verbalmente em alguns momentos. Sua intervenção se dava no instante em que o paciente relatava seus hábitos potencialmente patogênicos ou sua negligência com o tratamento de doenças, onde a esposa parecia se sentir culpada pela conduta do marido. Outras vezes se dava no instante de relatar a dinâmica familiar, como, por exemplo, as repercussões do comportamento de um filho, tido como inadequado, ou a interação indesejada com um genro, cunhado ou sogro.

O caso nº 26 foi provavelmente o mais grave neste sentido. Era um paciente de meia-idade, de classe alta, tratando inadequadamente hipertensão, hiperlipidemia, obesidade e tabagismo. Interrogado sobre o uso de bebida alcoólica, referiu espontaneamente que sim, desde que se casou (sic). E sobre o dia do infarto, também espontaneamente comentou que foi quatro dias antes do aniversário de casamento, mas que nada teria a ver com isso (!). Referiu-se a seus pais e a seus filhos como excelentes, embora em outro momento admitisse o nervosismo da mãe e a preocupação grande com os estudos dos filhos. A esposa, muito mobilizada, participou da entrevista e, após, procurou o cardiologista, queixando-se que nosso contato havia sido estressante para o doente, a ponto de o cardo-

logista vir a nós, também se queixando da entrevista. Em dia seguinte, ao procurarmos completar a coleta dos dados de sua história, contrariando o relato de seu médico, o paciente referiu reações psicológicas, a nosso ver, normais no contexto. Além do que, apresentava-se mais à vontade, disposto à conversa, parecendo estar se beneficiando com esta. A esposa, também mais calma, permaneceu num recinto vizinho. Não nos restaram dúvidas de que neste caso o comportamento estravagante na vida do paciente estava intimamente relacionado com a esposa, situação que não se suportaria descobrir naquele momento. E no propósito de preservá-la encoberta, também foi conseguida a aliança com o médico.

Em outro caso, a presença da esposa pareceu ter significado outra intenção: não ser cúmplice da repressão usada pelo marido, mas buscar aliança com o entrevistador para abordar o tema proibido. O caso nº 25 era de um paciente que enfrentava graves conflitos com o filho; e a esposa, parecendo querer lidar mais sadiamente com os problemas, queria trazer à tona a questão. Como no caso anterior, o paciente utilizava mecanismos de negação, compensando-se com comportamentos hipomaniacos. Postura semelhante foi a da esposa de um comerciante, que se preocupava com a negligência dele no tratamento de doenças simultâneas e com a atividade profissional exigente. De melhor prognóstico psicológico que o anterior, mostrava-se disposto, ao menos aparentemente, a reorganizar seu estilo de vida, embora a esposa receasse o contrário (nº 50).

Destacamos, também, um comportamento comum dos familiares, que é o de procurar criar uma atmosfera artificial de que "não foi nada" com a saúde do paciente. Antes de nossa entrevista, em vários casos, parentes nos faziam sinais disfarçadamente com as mãos ou a cabeça, para que não falássemos nada sobre a amplitude do acometimento. Desde o início, contudo deixávamos claro a todos que nosso principal objetivo era ouvir e não falar. No decorrer da entrevista, no entanto, percebemos que os pacientes, em sua maioria, tinham já captado no ambiente, no contato com a equipe de saúde e na observação dos cuidados que lhe dispensavam, a gravidade de sua enfermidade. Entendemos que o intento dos familiares, nestes casos, era ingênuo e revelava conflitos psicológicos deles próprios, que muitas vezes não seriam encontrados nos pacientes. Inversamente do que as famílias possam imaginar, costuma chegar o momento em que o paciente quer saber o que está acontecendo. Somos favoráveis a relatar a verdade que o paciente quer realmente ouvir, pois traduzirá naturalidade, e será benéfico, visando o cumprimento dos cuidados terapêuticos e preventivos por parte dos doentes. Quando a família procura ocultar dados do estado de saúde ao paciente, este capta tal atitude, propiciando-lhe fantasias negativas, como a que sua saúde esteja irremediavelmente comprometida ou mesmo a morte seja possível. Sem dúvida, é atitude prejudicial ao paciente, à qual o médico não deve aderir, não se deixando seduzir pela família.

Robertson e Suinn procuraram estudar os benefícios da empatia do doente com a família como fator de progresso na reabilitação da saúde (165). Outrossim, cumpre-nos lembrar o papel da *identificação entre cônjuges*, associado com a questão da morte. Parkes e colaboradores fizeram um seguimento de 4.486 viúvos de idade superior a 55 anos, por nove anos após a morte de suas esposas e observaram que o número de óbitos nos primeiros

seis meses após a viuvez foi 40% maior que a taxa esperada para homens casados da mesma idade (148). Entre as causas de morte destacaram-se a trombose coronariana e outras doenças cardíacas arterioscleróticas e degenerativas.

Retomando a questão da esposa do paciente com infarto, mencionamos alguns artigos para ampliar a abordagem do assunto. Skelton e Dominion estudaram as conseqüências psicológicas do infarto em 65 esposas e observaram serem comuns os sentimentos de perda, depressão e culpa (182). E em mais de um terço dos casos, as esposas acharam o período de convalescença muito estressante, atribuindo-o ao medo de um infarto recorrente e à tensão do marido frente ao aumento de irritabilidade e dependência. Tyzenhouse fez entrevistas domiciliares com esposas, cujos maridos tinham tido infarto seis a vinte meses antes, e notou que não necessariamente havia uma correlação entre um maior conhecimento da doença e dos efeitos desejados nas ordens médicas e um maior progresso da saúde do paciente e melhor ajuste dos familiares às novas circunstâncias (202). Assim não bastaria às esposas apenas entender a importância de seguir corretamente a dieta e as atividades, mas assumir uma postura mais suportiva do que diretiva. Stern e Pascale entrevistaram cônjuges de pacientes admitidos em unidade coronariana (186). Tiveram que 27% recusaram-se a completar a entrevista inicial alegando problemas com o trabalho ou dizendo que "quanto menos falar sobre isso (o ataque cardíaco), melhor"; ou ainda por exclusão feita pelo paciente. Maridos recusaram prosseguir em maior número do que esposas, alegando serem muito ocupados. Verificaram que nos casos em que os cônjuges estavam ansiosos, os doentes apresentavam graus de negação da tensão, nunca se preocupavam consigo próprios e eram conhecidos por sua dureza e autoconfiança.

Tomando a questão da família como um todo, mencionamos a discussão feita por Meissner (124). O autor reviu a literatura sobre os padrões da doença psicossomática e aspectos da interação familiar. Propõe a reconstrução dos vínculos na cadeia que teria conduzido dos padrões da interação familiar à ocorrência ou intensificação de doenças físicas nos membros da família. Desta forma utiliza o conceito de "sistema emocional familiar".

Holub e colegas, procurando diminuir a ansiedade de familiares de doentes coronarianos e depois observando que estes cooperavam melhor na reabilitação do paciente, fizeram uma experiência de explanação sobre a doença, durante o período de hospitalização (78). As explicações eram feitas por pessoal de enfermagem e abrangiam assuntos trazidos à discussão. Os mais frequentes foram: anatomofisiopatologia do coração, diagnóstico do infarto, os porquês da doença, a dieta, as defesas psicológicas, padrões de comportamento e evolução. A positividade da experiência diz-se por si só.

Finalizando, mencionamos um testemunho de esposa de paciente com infarto, publicada entre nós (51). A reflexão fala da onipotência do homem antes da eclosão da doença e a mudança do panorama com a ocorrência do infarto. Descreve sentidamente a experiência de acompanhá-lo na UTI, no quarto, em casa, nos cuidados do dia-a-dia até a reabilitação. É de leitura oportuna para famílias que começam a viver o drama da doença. Leitura alentadora de um texto escrito por quem soube maduramente acompanhar a vida de um doente.

5. UM MODELO DE REGISTRO DE HISTÓRIAS-DE-VIDA DE PACIENTES COM IAM

5.1 - A Proposta e a Realização da Entrevista

Os instrumentos utilizados para a presente pesquisa (cf. Anexo I) mostraram-se satisfatórios para alcançar os objetivos aqui propostos. Os dados colhidos permitiram a montagem de uma História-de-Vida de cada paciente (cf. Apêndice), proporcionando-nos uma visão panorâmica dos principais momentos de sua existência e com destaque a diversas opiniões sobre sua enfermidade.

Evidentemente houve limites. Uma compreensão ainda maior de receios, dúvidas, expectativas e atitudes dos pacientes certamente exigiria repetidos contatos com eles, ouvindo-os em diferentes circunstâncias emocionais. Temos em mente que os dados, de que aqui dispusemos, refletiam um instante típico de quem estava elaborando o impacto sofrido e ao mesmo tempo aguardando a alta hospitalar. No entanto, percebemos que, por outro lado, este impacto era útil para reavivar muitas lembranças e exigia do paciente uma espécie de revisão de suas vidas, o que enriqueceu o discurso do entrevistado.

Além dos eventos da vida, a coleta das opiniões propiciou-nos uma razoável idéia da concepção que os pacientes, como leigos, tinham sobre o infarto do miocárdio. O número de expressões colhidas foi grande e infelizmente não poderíamos citar todas pois o presente trabalho se tornaria demasiadamente extenso.

Cumpre-nos lembrar que a entrevista não-dirigida e os questionários aplicados tinham, no presente contexto, a finalidade de *investigação científica*, cabendo uma discussão acerca das *adaptações* necessárias para a atividade clínica. Assim, pensamos ser dispensável o uso das alternativas para respostas dos questionários, transformando as questões em caráter aberto, já que o interesse preponderantemente clínico pode prescindir da codificação de respostas. Também a ordem da aplicação dos instrumentos aqui usada pode ser alternada, segundo as possibilidades e a experiência que for sendo alcançada em cada serviço médico-hospitalar. Obviamente é esperado que os hospitais tenham prontuários onde constem os dados de identificação dos pacientes e os dados clínicos, tais como história da doença, exames físicos e subsidiários, as eventuais complicações, a conduta, o plano de reabilitação e o prognóstico. E num nível de informações mais amplo do que constou em nosso Instrumento nº 6. Porém, como entendemos ser a História Clínica apenas uma parte da História-de-Vida, concluimos que seria muito pobre um serviço dispor apenas dos dados da primeira. Caberia, na seqüência, a indagação das circunstâncias e precedentes do episódio e as expectativas do paciente (Instrumento nº 4). Por fim, viriam as perguntas sobre as opiniões do paciente (Instrumento nº 2) e a anamnese bio-psicossocial (nº 3). É possível entremear as questões de ambos os instrumentos, procurando uma integração simplificada. Todavia há de se tomar o cuidado de não antecipar a pergunta sobre a ocorrência, por exemplo, de um determinado hábito pessoal ou sentimento no indivíduo, porque poderia induzi-lo a emitir um tipo de opinião que possa estar distanciando da autenticidade de seu modo de pensar.

Estas adaptações sugeridas são, em parte, frutos das reflexões que fizemos após debates com colegas médicos e de profissões afins, em congressos (193, 194, 200). As palavras que ouvimos foram de reforço à idéia básica de uma entrevista abrangente para a equipe de saúde poder ter uma visão holista do paciente. Contudo, nessas oportunidades, a plateia era composta predominantemente de psiquiatras, psicólogos e psicanalistas, que, por fisiofilia profissional, são adeptos naturais desta nossa linha de pensamento. Entendemos que, agora com o presente material, completo, em mãos devamos abrir mais espaço de discussão entre os clínicos e enfermeiros de hospitais gerais.

Sugerimos para enriquecimento de um modelo de registro de História-de-Vida algumas leituras de textos que abordam o assunto. Lisanky e Shochet apresentam uma forma para o internista chegar a um diagnóstico completo, obtendo material tanto do que chamam de área físico-fisiológica (transtornos principais, enfermidade atual e antecedentes), como da área sócio-psicológica (relações intra e interpessoais), havendo ainda uma faixa intermediária, com dados sobre sono, repouso, diversos, passatempos, rotina diária e interesses sociais (111).

Kimball, num bom artigo, dá um roteiro de questões no sentido de se descobrirem os possíveis sentidos do sintoma e fala das conveniências da entrevista aberta, não direcionada, tais como ter os sintomas na linguagem do paciente (96). Aponta um triplo papel na entrevista: estimula o fluxo espontânea, ajudar a não perder o fio da história e resume a entrevista para o paciente percebê-la como um todo carente. Discute ainda como lidar com problemas da entrevista, como hostilidade, negatividade e depressão.

Entre nós, Perestrello, com suas idéias bastante conhecidas, menciona o que deve basicamente estar contido num registro clínico-psicológico (149). A biografia do doente, diz o autor, deve ser acrescida de como ele a vivenciou e não simplesmente como os fatos se passaram na realidade objetiva e cronológica. Devem-se pesquisar as circunstâncias de vida nas quais a doença sobreveio e a enfermidade atual e as anteriores. Finalmente, deve incluir como o paciente se relaciona com o médico atual e, se possível, em que termos foram as relações com os médicos anteriores. Mello Filho e colegas relatam a experiência da introdução da chamada "história da pessoa", constando de quatro itens, dentro da observação clínica, levada dentro de um hospital de ensino (127). Na proposta do grupo estão incluídos: o cronograma familiar, a biografia resumida do paciente, as circunstâncias de sua vida dentro das quais ocorreu a enfermidade e as concepções e fantasias que faz sobre a mesma.

5.2 - Os Entrevistadores, o Momento e as Dificuldades

A equipe de saúde, quando multidisciplinar, permite uma melhor distribuição de tarefas, significando uma abrangência das várias dimensões humanas do doente. Simultaneamente a visão de cada profissional enriquece a equipe e desperta outros aspectos até inimagináveis quando o grupo é restrito. Pensamos que, numa equipe de cardiologia, a multidisciplinaridade se faz necessária, haja vista a alta densidade dos componentes psicológicos

e sociais das cardiopatias.

O registro da História-de-Vida pode ser feito por *diferentes membros* da equipe. Certamente é apropriada ao médico a história clínica. Mas também pode incumbir-se de colher outros dados, como os antecedentes biográficos do doente ou sobre a circunstância do surgimento da doença, dependendo de seu interesse, treinamento e disponibilidade. Mas um enfermeiro, psicólogo ou assistente social, quando bem treinados em técnicas de entrevista, podem efetuar esta tarefa com bom desempenho. Dependendo da composição da equipe, cada profissional poderia responsabilizar-se por uma parte da entrevista, sendo realizada em períodos subseqüentes.

Obviamente, as informações coletadas não poderão ser letras mortas num prontuário. É necessário que, na *reunião clínica* do serviço, o enfermeiro, o psicólogo e o assistente social participem ativamente. Igualmente se diga do terapeuta ocupacional e do fisioterapeuta. Deveria ficar claro ao médico que a expressão "infarto agudo do miocárdio" é apenas um diagnóstico nosológico e que está longe de encerrar todas as dimensões da doença. Há também o diagnóstico da personalidade, do status sócio-econômico-cultural e assim por diante. O diagnóstico do paciente, como pessoa, será uno, embora didaticamente o vejamos de modo multidisciplinar.

No caso do presente trabalho, entretanto, por ser uma atividade de pesquisa, o próprio autor assumiu a realização completa da entrevista para facilitar a integração dos dados para discussão e também porque não encontraríamos atualmente nos serviços uma estrutura semelhante à que propusemos acima. Para a atividade assistencial, todavia, uma equipe é indiscutivelmente mais indicada por sua riqueza.

Quanto ao momento do emprego da entrevista, a questão também é bastante flexível. Provavelmente os dias da terapia intensiva não os mais aconselhados para uma conversa que possa mobilizar emoções. No entanto, costumeiramente doentes não permanecem dias em silêncio. Por suas perguntas, relatos espontâneos e atitudes, há uma infinidade de dados que se explicitam desde o início da eclosão da doença e que podem ser anotadas para construir-se, aos poucos, a história. Geralmente é o *personal de enfermagem*, tanto pelo tempo de contato diário com o doente, como pelos cuidados pessoais prestados, que se torna íntimo e conhecedor de particularidades e sentimentos deste.

Na fase seguinte, no quarto ou enfermaria, o *psicólogo* pode ter uma atuação decisiva, embora não deva esvaziar a relação afetiva do doente com o médico e o enfermeiro. O *assistente social* pode fazer a ponte com familiares e aqui captar elementos para o diagnóstico dinâmico da família e do papel do paciente, antes do infarto e agora, no grupo familiar. Para o presente trabalho, as entrevistas se ativeram ao momento da hospitalização, fora da terapia intensiva, também por questões operacionais e metodológicas, como mencionamos no capítulo III. Em nossa experiência, a aplicação deste modelo de entrevista desenrolou-se, satisfatoriamente, dentro dos limites de uma hora e meia a duas horas e um quarto de duração. A maioria das entrevistas, como dissemos (cf. IV-8.1), foi realizada em duas partes, pois procurávamos poupar emocionalmente os pacientes. No entanto, em qua-

se um terço dos casos, a disposição e, mais do que isso, a necessidade psicológica de falar de si e de sua doença, fizeram com que a entrevista se realizasse num só bloco, sem aparente desgaste físico-mental para os pacientes. Nos poucos casos, em que tivemos que dividi-la em três ou quatro partes, tal foi pelo confronto com a rotina hospitalar que consome os horários dos internados.

Pensamos que as maiores *dificuldades* para se executar uma proposta de registro das Histórias-de-Vida de pacientes não estejam ligadas a questões administrativas, mas, sim, à resistência à mudança de mentalidade. Conhecer mais sobre a vida dos doentes e saber o que eles pensam ou, talvez pior, o que não sabem sobre a própria doença, deverá exigir uma nova postura do corpo clínico. Os médicos sentir-se-ão exigidos a lidar com aspectos psicossociais e mesmo assumir um papel pedagógico da condução dos doentes à decodificação da nebulosa realidade de seu estar doente. Será então preciso ensinar!

Vimos em nossas andanças pelos hospitais gerais de Campinas, felizmente, muitos médicos que já encarnam este papel de educador. Perguntam aos pacientes por não terem medo de ouvir respostas. E também permitem serem perguntados, por não terem medo de dar respostas a respeito do infarto e questões associadas.

5.3 - O Uso da História Colhida

Após as reuniões clínicas, as conclusões da equipe sobre o caso devem também ser anotadas no prontuário. Por exemplo, o *psicólogo* pode propor que pontos devem ser abrangidos na orientação do paciente, mostrar comportamentos negligentes deste com a saúde e sugerir questionamentos sobre a possível associação com a tentativa (patológica) de lidar com problemas. As opiniões sobre a doença, que afastem o paciente da compreensão de sua enfermidade, devem ser alvo de conversa franca com o mesmo. Tentar captar a origem de seu modo de pensar, se vindo de um mundo psíquico interno e individual ou do meio sócio-cultural (cf. item III.1-3.a), pode ser uma maneira eficiente de começar a colocar em xeque tais opiniões.

O retorno do material colhido ao paciente com infarto pode ser mesmo durante sua fase de internação, porém pensamos que seu uso assumirá maior consistência no decorrer do seguimento ambulatorial ou no consultório. O *cardiologista*, após uma breve consulta a suas anotações, está apto a levar uma consulta de retorno numa postura satisfatória para o paciente, com colocações esclarecedoras e de orientação, ou mesmo de eficaz apoio ou de alívio de preocupações e tensões.

Contudo, Perestrello assinalava que o médico prático não deveria usar nenhum método do psicoterápico no sentido de uma psicoterapia sistemática (150). Acha que deveria haver apenas o que chamou de psicoterapia implícita: o modo de se lidar com o próximo, a maneira com que o clínico lida com seu paciente, através de suas atitudes, gestos, palavras e expressões fisionômicas. Para o autor, não se trataria, pois de o clínico dar interpretação ao seu paciente sobre o que julga estar influenciando a enfermidade, mas, no

máximo, o médico, quando senhor da situação, vislumbrasse alguns mecanismos neuróticos que estariam a influenciar a condição física de seu doente, poderia fazer alguma interpretação, mas são interpretações superficiais, em tom de conversa, enquanto receitasse uma pílula ou prescrevesse um regime. Particularmente, pensamos que as colocações de Perestrello foram restritivas e que caberia ao clínico sistematizar uma psicoterapia, com a supervisão de um colega da área de saúde mental.

Todavia, as informações de cada paciente não serão úteis apenas a ele. Servirão para o cardiologista e equipe aumentarem cumulativamente seu universo de compreensão da identidade global dos pacientes coronariopatas. Além do quê, para aqueles profissionais, que se interessam pela área da *pesquisa* com recursos estatísticos, um modelo padronizado facilitará a codificação do material continuamente obtido junto aos doentes coronarianos, bem como a posterior interpretação.

Comentamos tudo isso, sem nos esquecer de que o uso, com resultados positivos, poderá se dar num prazo praticamente imediato para o paciente, dentro do conceito do *efeito psicoterápico* de uma entrevista. A sensação de bem-estar psicológico pode ocorrer antes mesmo do término da entrevista e o próprio paciente manifesta-o de maneira agradecida. Foi o que ocorreu no caso nº 09, uma senhora idosa e viúva, que viu no contato com o entrevistador uma oportunidade de catarse, de relatar sonhos inclusive. Um paciente de meia-idade aproveitou para assinalar que os médicos deveriam conversar mais e em palavras populares (nº 12). Outro paciente, com angústia crônica, referiu-se satisfeito por ter "desabafado" (nº 34). Uma paciente, com conflitos marcantes em relação à sexualidade desde a infância, manifestou-se contente, antes mesmo da entrevista, dizendo da necessidade de contar sobre sua vida (nº 36). E, outros casos, além do infarto, a entrevista caiu num momento de crise existencial, como o de um paciente idoso, com três meses de viuvez após longo casamento com características simbióticas (nº 21). A esposa e o tema da morte ocupavam de tal forma a sua mente, que praticamente se consistiu na linha mestra de seu discurso.

Por fim, mencionamos um caso que ilustra como a coleta da História-de-Vida serviu para indicarmos uma *psicoterapia* para a paciente (nº 45). Idosa, viúva e solitária, além do infarto, tinha hipertensão, diabetes e obstrução pulmonar crônica. Deprimida com seu mal estado geral, viu no entrevistador a oportunidade de se vincular inclusive amorosamente. Foi encaminhada a uma colega psiquiatra para lidar com aspectos depressivos e de pois maníacos.

6. A INFORMAÇÃO DE CONHECIMENTOS MÉDICOS AO INDIVÍDUO E À COLETIVIDADE: POR QUÊ, QUAIS E COMO - O ACOMPANHAMENTO PSICOTERÁPICO

6.1 - A Necessidade de Saber

Compartilhamos do ponto de vista de que os doentes têm a necessidade de saber que

seu diagnóstico é infarto agudo do miocárdio e, em linhas gerais, ter uma idéia do que aconteceu às suas artérias coronárias e da repercussão na musculatura cardíaca. Igualmente serem informados dos dados colhidos em seu exame físico como, por exemplo, os valores da pulsação e da pressão arterial. Conhecer, elementarmente, os principais dados do exame eletrocardiográfico dá-lhes o sentido deste uso, e confiança por estar acompanhando a evolução. Também os medicamentos devem ser ministrados mencionando-se, ao menos, os efeitos com eles desejados.

Os termos infarto ou, mais comumente usado pela população, enfarte já há muito foram incorporados pelo vocabulário popular, de uso corrente, o que deve facilitar a comunicação do diagnóstico pelo médico. Ao contrário, expressões como aterosclerose ou trombose coronariana, isquemia do miocárdio e outros são menos conhecidas do grande público. Mesmas assim, entendemos que não devam ser simplesmente evitadas do grande público. Mesmo assim, entendemos que não devam ser simplesmente evitadas pela equipe de saúde na conversa com o doente. Amanhã ou depois, ele poderá ouvir no rádio ou na televisão e terá a curiosidade natural de saber seu significado e se haveria algo que dissesse respeito ao seu problema de saúde em particular.

Discordamos frontalmente dos médicos que afirmam não dever se empregar a terminologia médica, pois os pacientes, sobretudo os de condições sócio-culturais mais modestas, não teriam capacidade de apreensão. Já está demonstrado que as pessoas apreendem novos vocábulos, na medida que estes lhes são apresentados e carregam um foco de interesse, com possibilidade de manutenção do uso, através da criação de um contato rotineiro. É o que observamos visivelmente no momento atual, diante da crise político-econômica do país, que por ser um assunto que diz respeito diretamente à vida do povo, este tem ouvido e usado palavras do jargão das Ciências Econômicas. Similarmente, o paciente com coronariopatia e sua família ganham um interesse especial pelos nomes de entidades clínicas e seus correlatos, pois, devido ao acomentimento pessoal, esta terminologia passa a ser-lhe afetivamente carregada de significações. É provável que os pacientes pouco cultos, sobretudo pela insuficiência ou mesmo ausência do hábito de leitura, poderão experimentar a dificuldade até de pronunciar tais nomes "compridos e complicados". Um médico paciente, cuja paciência é adquirida na visão de que está cumprindo um papel educativo e tranquilizador, procurará até silabar com seus pacientes, ou escrever numa folha de papel os nomes que parecem por demais difíceis.

Falar dos conhecimentos médicos aos pacientes é trazê-los para próximo de um mundo que não deveria ser tão pouco familiar a eles. Penetrar o "mundo do doutor" é sentir-se importante, merecedor da convivência íntima com o universo daquele que lhes é tão caro, que exerce um papel preponderante na sociedade (conforme expusemos no item I-2.1). Como encontramos na literatura de Freire, que embora versando na área da Educação Geral, por situação análoga, tomamos a liberdade de trazer para a Educação Médica: conhecer é tomar posse da realidade, é deixar de ser mera sombra dos outros (56).

Entre nós, encontramos apoio neste tema em alguns conhecidos autores da Psicolo-

gia Médica. Eksterman, lembra que o esclarecimento diagnóstico, a focalização do problema, tem para o doente o significado de uma *redução da ameaça*, de um cerco aos opositores (49). Assinala o autor que não importa que se informe por exemplo: "o Senhor tem um cardiospasma criptogenético". Se a confiança é grande, o enfermo utilizará triunfalmente o diagnóstico, apresentá-lo-á como uma condecoração em sua batalha para eliminar seus inimigos internos, na certeza de que eles estão cercados e sob controle. Completa afirmando que quando a confiança não é muita, exigirá então novas informações, mais esclarecimentos, até se sentir seguro e controlado, ou procurará outro médico, pois é uma situação bastante complexa a da necessidade de controle onipotente da patologia. Perestrello, por sua vez, igualmente coloca que a grande maioria necessita ficar ciente do seu diagnóstico, ainda que não entendam uma palavra sequer, sentem-se aliviados com um rótulo (149). Para o autor, o simples nome de um órgão já seria suficiente e comunicar um diagnóstico seria saber para que direção seguir o combate.

Cabe discutir, finalmente, que a necessidade de saber sobre os componentes clínicos de sua enfermidade está também ligada à premência do reconhecimento dos sintomas para a *pronta procura* do atendimento especializado. Mansur lembra que a demora no atendimento pode ser fatal (117). O autor procurou demonstrar em seu trabalho que o retardamento da hospitalização, tendo o indivíduo tido o sintoma da dor, não se dá tanto, como se possa pensar, pela distância, transporte ou tráfego. O que pareceu realmente pesar mais no atraso foi a busca de assistência não-especializada, o não reconhecimento da crise e a negação de seu significado. Os resultados mostraram ainda que a ocorrência de antecedentes cardiológicos, sejam pessoais ou familiares, não apressa significativamente a busca do atendimento. Mayou e colegas entrevistaram 100 pacientes e seus conjugues em três ocasiões: durante a admissão, um mês e um ano após o infarto (122). Notaram que eles tinham uma recordação e compreensão bastante limitadas das recomendações médicas anteriormente dadas, o que nos indica dever o médico informá-los continuamente.

6.2 - O Que Se Precisa Saber

Vemos que há pontos de relevância sobre a doença coronariana a serem passados para os pacientes com infarto visando o seu esclarecimento, a colaboração na convalescença e a prevenção secundária. Assim como à coletividade supostamente sadia, visando também o seu esclarecimento e a prevenção primária. Cremos que para os já adoecidos, deve-se dizer, por exemplo, o que se entende por aterosclerose coronária e por infarto do miocárdio, para que o paciente, simploriamente, não coloque tudo debaixo do mesmo rótulo de "problema cardíaco". A finalidade é ter em mente mais elementos para compreender melhor o que e como o acometeu. Para tanto, o cardiologista ou o enfermeiro podem usar alguns recursos, como desenhar seu coração numa folha de papel ou apontar suas estruturas numa ilustração. Entram aqui noções da *anatomia e fisiologia cardíaca*, cuja exposição não precisa assumir o caráter de uma aula, mas um bate-papo informativo, informal e ameno.

Ao se mencionar para o paciente o que entendemos por *fatores de risco*, pode-se explicar, em cima dos elementos fornecidos sobre a estrutura e funcionamento do aparelho

cardiovascular, a sua influência no processo de patogenicidade e, ainda, como evitá-los. Acompanham-se das informações sobre as condutas terapêuticas, o objetivo de cada uma e a necessidade de rigor no cumprimento. Devem-se explicar, a nosso ver, as conseqüências maléficas da *negligência* sobre a preservação da saúde. Sabe-se, da experiência da clínica cotidiana, que boa parte dos pacientes são indisciplinados no uso da medicação. Para a prevenção primária, além da exposição dos fatores de risco, é preciso haver o conhecimento de que, se de um lado as manifestações clínicas da doença podem aparecer paulatinamente ou de forma súbita, de outro, aqueles fatores agem lenta e gradualmente. É uma questão da Educação voltada para a Saúde ter atitudes de prevenir precocemente um mal, para não se cair na ingenuidade (ou negação) de que somente o que ocorre próximo à eclosão é que estaria associada à doença, como discutimos anteriormente (cf.V-1.1).

Há *publicações* para o público geral que têm procurado trazer conhecimentos julgados como necessários. Entre nós, Muniz, em seu livro "Você é o seu coração", busca abordar temas ligados à preservação da saúde deste órgão que, como diz, é a peça que não conta com a benevolência do organismo, ao contrário da memória, do estômago e dos músculos, os quais têm uma espécie de perdão (136). Pensamos que possa ser uma boa leitura, indicável àqueles pacientes que se interessem por este meio de informação. Entre os doentes com infarto, de nossa amostra, tivemos oportunidade de fazer a indicação, como no caso nº 50, onde houve um pedido neste sentido. Registramos ainda o livro de Rotman que, voltado para a população, defende o controle da pressão arterial, com a devida anulação dos outros fatores de risco, assinalando que possa se constituir num processo lógico e barato para se prolongar uma vida humana (169). Interessante também o opúsculo de Miller, dos E.U.A., que reúne uma série de pontos para esclarecimento, porém voltada para população norte-americana, considerando sobretudo seu estilo de vida (129). Em bom artigo, voltado para os especialistas, destacamos Hackett, que chama a atenção para o que denomina "mitos do miocárdio" (68). Diz ser necessário conhecer elementos que não fortaleçam concepções falsas e comuns, como aponta o autor: de que os pacientes devem assumir o papel de "serem feitos" para a doença do coração por trabalharem bastante, de que um ataque cardíaco significa não mais sexo e de que qualquer emoção deve ser evitada. Não devem também ficar com medo de morrer durante o sono, no aniversário de um ano do episódio ou no aniversário de morte do pai, irmão ou parente próximo, embora isso possa acontecer, às vezes, coloca Hackett.

6.3. - As Fases da Consciência do Problema e dos Recursos Educativos e Psicoterapêuticos

Como discutimos anteriormente o paciente com infarto evolui psicologicamente através de diversas fases (cf. item V-4.1), pelas quais a equipe de saúde deve se pautar, para ir comunicando o que na realidade está acontecendo no organismo dele. É preciso dizer a *verdade* que o paciente está preparado para ouvir. Kubler Ross, em um segundo livro, composto por perguntas e respostas sobre o tema da morte e do morrer, falando da experiência da morte repentina e afins, aborda como podemos ajudar um paciente que se recuperou de grave problema coronário a superar medos (100). Lembrando que tal paciente tor-

na-se ansioso com receio de novo ataque ou morte súbita, necessitaria de orientação, por exemplo, para se exercitar fisicamente, sob pena de esta capacidade ficar paralisada pela tensão e medo.

Hurst, renomado cardiologista da Geórgia, falando de problemas iatrogênicos e cardiopata, comenta o efeito das ações, palavras e conduta de um médico sobre um paciente que chama de suscetível (80). O autor descreve cinco fases pelas quais passaria um paciente acometido pelo infarto: negação do ocorrido, medo da doença, regressão-dependência do médico e enfermeiro, depressão e, por fim, adaptação realista à doença. Recomenda como se deve portar frente ao doente cardíaco e comunicar-se com ele. Lembra que existe desde aquele paciente que ouve do seu médico que o eletrocardiograma apresentou um aspecto terrível, mas que reage dizendo que para si não significa muito porque se sente bem, até aquele outro paciente que pode se convencer que teve uma grave cardiopatia, simplesmente porque o cardiologista auscultou-o mais do que ele esperava. Hurst assinala uma crítica à opinião vacilante de alguns médicos: informam que nos exames físico e eletrocardiográfico tudo pareceu normal, e quando são testados pelos pacientes com a pergunta se podem fazer viagens, aconselham a irem com calma. Os pacientes, diante desta ambivalência, podem convencer-se que sua condição é tão ruim, que os médicos procuraram esconder a verdade. Silva relata um diálogo entre médico, que faz uma abordagem psicossomática, e um paciente com infarto recente (180). O médico faz uma terapia de esclarecimento, discutindo aspectos emocionais e hábitos de vida e orientando-o quanto à questão.

Entre nós, Trindade, um paciente, transformou seu relato de doente coronariano em livro, escrito por aguda percepção de emoções e fatos ligados à evolução de seu estado de saúde e dos cuidados médicos (192). Destacamos sua importante noção sobre o que denomina de ocasião oportuna para que a um doente sejam transmitidos informes, pois podem se tornar constrangedores, diz ele, mesmo feitos por pessoas amigas com boa intenção.

Ainda quanto à maneira de abordar os pacientes, o renomado Balint lembra o uso de "conselhos" nas intervenções do médico (12). O autor assinala que são geralmente tiros no escuro, independente da reta intencionalidade, e que quase sempre resultam fúteis, sendo que o mesmo pode dizer-se, com maior razão ainda, do "reconforto". Pensamos que possa ser acrescida a crítica à postura de julgamento das idéias e comportamentos de seus pacientes. Pensamos assim que qualquer membro da equipe cardiológica deve evitar de se pronunciar sobre determinados padrões morais que podem ser próprios do contexto do paciente, como aqueles relacionados a decisões sobre saídas de problemas do relacionamento familiar. Se de um lado, possa ser apontada uma associação entre um conflito, por exemplo, conjugal e o desencadeamento ou agravamento de uma coronariopatia, não significa a permissão para o clínico dizer quem está certo ou errado, ou mesmo chegar a sugerir uma separação do casal.

Passamos a comentar algo sobre os recursos psicoterapêuticos para pacientes pós-infarto, onde se têm valorizado os métodos de trabalho com grupos. Cremos ser uma prática

tica de grande viabilidade e adequada para nossa realidade. Obviamente sua introdução nos serviços hospitalares deve ser procedida de um questionamento junto às equipes médicas, começando por aquelas instituições assistenciais onde haja profissionais abertos para uma visão multidisciplinar do problema da saúde. Ohlmeir e colegas descrevem a relevância da terapia analítica de grupo com pacientes convalescentes da doença coronariana e aponta um projeto clínico do desenvolvimento do processo de um grupo de curta duração (139). Assinalam que a estrutura egôica, especialmente a função de grupo do ego em pacientes com infarto agudo, é caracterizada pelos seguintes traços de personalidade: necessidade de incorporar objetos humanos para conseguir força e ajustamento, medo de perder a identidade, tendência à despersonalização e mecanismos de defesa como racionalização, negação e identificação com o agressor. Hahn e Leisner estudaram dois grupos de pacientes pós-infarto, um tratado por psicoterapia grupal e o segundo por atendimento médico comum (69). O grupo da terapia apresentou, nos resultados, menos mecanismos de defesa que o controle. Rahe e colaboradores introduziram terapia de grupo breve na reabilitação de 24 pacientes sobreviventes do primeiro infarto e que foram seguidos por quatro anos, apresentando uma série de vantagens, como pouca morbidade e mortalidade e retorno ao trabalho em grande percentagem (160).

Finalizando, colocamos em discussão a questão da abordagem do paciente coronariano no que diz respeito às suas características de personalidade. É desejável que um estilo de vida estressôgeno pudesse ser mudado para um mais saudável. Vimos pelos nossos resultados que o "controle do temperamento" foi apontado como importante no tratamento e prevenção do infarto, sendo 80% dos pacientes com infarto opinando "médio" e "muito" e 88% do grupo controle com a mesma opinião (questão 149). Porém, como discutimos, acham a mudança necessária mas difícil (cf. V-2.3). Thoresen e colegas discutem abordagens para alterar o padrão de comportamento tipo A (190). Entre os métodos de tratamento apontados estão relaxamento muscular progressivo, exercício de reestruturação psicológico-cognitiva, programas nos meios de comunicação de massa e nas comunidades e sessões de grupos face-a-face. Powell e colaboradores falam da praticabilidade de se alterar o estilo de vida tipo A (155). Os resultados de seu projeto de prevenção da doença coronariana sugerem que a alteração é possível, com bons efeitos em grupo de aconselhamento de voluntários. Concordamos com as opiniões de que a *mudança do estilo de vida* é bastante difícil, em parte pelos aspectos de formação do caráter e em parte por ser colocada ao indivíduo pela estrutura social. Vimos que a escalada da doença coronariana está intimamente associada ao crescimento da vida urbano-industrial e cuja mudança radical se daria, então, apenas na evolução da História.

CONCLUSÕES

1. PRINCIPAIS PONTOS

1.1. Perfil das Histórias-de-Vida construído a partir dos aspectos mais frequentes encontrados nos pacientes com infarto.

1.2. Conclusões em tópicos

2. SUGESTÕES

2.1. Aplicações de resultados e conclusões

2.2. Futuras pesquisas

1. PRINCIPAIS PONTOS

1.1 - Perfil das Histórias-de-Vida Construído a Partir dos Aspectos Mais Frequentes Encontrados nos Pacientes com Infarto

Apresentamos aqui, em síntese, o que foram as Histórias-de-Vida comuns a pacientes acometidos de infarto agudo do miocárdio, em uma amostra estudada em Campinas, em 1984-85. Assim, alinhavamos os elementos mais frequentes e considerados de interesse, apresentados no Capítulo de Resultados, com o intuito de se ter uma visão panorâmica de um perfil geral destes pacientes.

Eram pessoas predominantemente do sexo masculino, acima dos 40 anos de idade e eram casadas. Tiveram apenas o curso primário, estavam ativas profissionalmente e pertenciam à classe baixa ou à média baixa. Naturais de outras cidades, estavam em Campinas há mais de 10 anos.

Consideraram terem tido uma infância entre boa e média, e adolescência pouco melhor, com início no trabalho precocemente. Referiram o pai como autoritário e a mãe como equilibrada, e com boa relação de si com ambos. Havia também boa relação entre os pais e dos pacientes com seus irmãos.

Era comum sofrerem de hipertensão arterial, alimentarem-se predominantemente de carboidratos e serem tabagistas. Referiram, no geral, um cônjuge equilibrado, com quem se relacionavam bem e negando problemas sexuais. Tinham uma sociabilidade normal. Pais eram já falecidos. Registraram casos de problemas cardíacos na família.

Eram pessoas que se queixaram das mudanças dos valores e comportamentos ético-sociais, eram obsessivas nos cuidados com suas coisas; apresentavam, no momento, cansaço físico-mental e irritação. Não referiram grandes problemas no trabalho.

A eclosão dos infartos deu-se mais comumente no período da manhã, estando os pacientes em sua casa e acompanhados de familiares. A maioria negou que tivesse pensado na morte, naquele momento. Tinham conhecimento de seu diagnóstico e já sabiam que tinham um problema cardíaco. A maioria referiu humor normal anteriormente ao infarto. Jul

garam ser o fator emocional o principal correlacionado à sua enfermidade ou então nada souberam apontar. Acreditavam na boa evolução de sua saúde e negaram receios ou então apontavam preocupação com a não possibilidade de retorno às atividades costumeiras. Admitiram que poderiam ser acometidas de novo episódio, mas consideraram-se psicologicamente bem nos dias seguintes ao infarto.

Acreditavam que o infarto seria bem conhecido pela medicina, de alta incidência na população, seria uma doença grave e de algum grau de prevenção. Acreditavam que a evolução da doença seria para uma melhora ou estabilizaria com algum comprometimento, permanecendo os doentes com preocupação ou mesmo normais. Achavam que o grupo dos problemas emocionais seria o mais influente no surgimento do infarto na população. Como fatores isolados, associados à doença, deram destaque ao tabagismo, ao tipo de personalidade, à hipertensão e à hiperlipidemia. Deram pouco peso à doença como punição, às influências alheias, à atividade sexual, ao diabetes, ao acaso e à hereditariedade. Acreditavam que acometeria mais indivíduos do sexo masculino, acima dos 40 anos, que se alimentariam bastante com gordura animal e condimentos, e que eles seriam pessoas reprimidas e/ou ansiosas. Acharam que o tipo autoritário correria menos riscos. Pensavam que a doença ocorreria mais em pessoas intelectuais, não havendo correlação com classe sócio-econômica. A maioria se lembrou de citar um ou dois exames subsidiários para estudo clínico do coração. Acreditavam que as medidas mais importantes na reabilitação seriam: abstenção do fumo, evitação de emoções e controle da dieta. Deram pouco destaque à necessidade de cirurgia cardíaca, de consulta psiquiátrica, de uso de tranquilizantes e do controle da atividade sexual.

Não acreditavam e não relataram tipos de percepção prévia à eclosão da doença. Ao apontarem a faixa etária de maior risco, costumavam apontar idades inferiores às suas. Mesmo aqueles pacientes de classe social baixa acreditavam que a atividade intelectual seria de maior risco, e estes, ainda, pensavam que a classe social não guardaria correlação com a incidência do infarto. Apontaram, por fim, os médicos como sendo pessoas equilibradas e com quem se teria boa relação.

Ao relatarem o episódio de seu infarto, mencionaram principalmente a dor intensa no peito e, ainda, sudorese, mal-estar geral e irradiações da dor. Mesclaram as queixas orgânicas com queixas de natureza psicológica, sócio-econômica e familiar.

1.2 - Conclusões em Tópicos

1ª) Grande parte dos pacientes submeteram-se cronicamente a ocupações cotidianas que demandam esforço físico, profissionais ou não, e de realização vocacional e retorno financeiro insatisfatórios. A angústia por esta situação fez apontarem o *trabalho corporal* como *maléfico* à saúde cardíaca, chagando a desprezar fatores de risco para a cardiopatia, presentes em si próprios. Cabe à equipe de saúde procurar ajudar pacientes como estes no discernimento do problema.

2ª) O medo de tornarem-se *incapacitados* para o trabalho habitual mostrou-se muito freqüente, devido ao fato de, sentindo-se pessoalmente dependentes, vir a ferir sua auto-estima e de, ainda, provocar uma situação sócio-econômica desfavorável a si e à sua família. É necessário que os cardiologistas discutam com os pacientes acerca dos recursos médicos atualmente disponíveis, que, devidamente utilizados, possam permitir-lhes o *retorno* adequado às atividades costumeiras.

3ª) É necessário aprofundar o questionamento de que as atividades intelectuais, constituindo maior risco às coronariopatias do que as atividades braçais, seriam, na realidade, um mito. Vê-se que o principal não são as características de se trabalhar "com a cabeça" ou "com as mãos", mas o *stress ocupacional* envolvido em qual quer uma delas, considerando suas condições. Deve-se questionar, também, a importância dada pela literatura ao fator trabalho em geral como influente na doença. Veja-se que uma alta porcentagem de nossa amostra era composta de indivíduos inativos (nunca trabalharam ou eram aposentados).

4ª) Embora a maioria dos pacientes com infarto tivesse manifestado expectativa de *boa reabilitação* para si, deveriam chamar mais atenção da equipe cardiológica aqueles que referiram estar aguardando uma melhora rápida, pois esta postura poderia significar *negação* da gravidade da doença e *negligência* do tratamento. Também aqueles que se mostraram *desesperançosos* com a evolução da saúde no pós-infarto e *deprimidos* mereceriam cuidados psicológicos, sobretudo apoio, para que viessem a cumprir, com determinação, as recomendações médicas. Para tanto, deve a equipe de saúde procurar aproximar-se de um diagnóstico dos sentimentos de doentes coronarianos quanto à evolução de seu problema.

5ª) O infarto do miocárdio, por sua dramaticidade e manifestação abrupta permite menos mecanismos psicológicos de negação do que doenças de início insidioso e desenvolvimento crônico. Um pequeno grau de negação pode ajudar os pacientes a suportarem seus sintomas. Assim, com menos stress, poupar-se-iam complicações cardiovasculares e propiciar-se-ia melhor evolução na terapia intensiva; contudo, a negação completa ou duradoura da doença tornar-se-ia ruim, pois os pacientes coronarianos não se submeteriam a tratamento adequado. Cabe à equipe cardiológica procurar fazer o *diagnóstico das fases psicológicas* para uma intervenção oportuna, com informações e orientações firmes.

6ª) As *opiniões leigas* acerca de fatores correlacionados ao infarto revelaram uma supervalorização dos efeitos psicológicos em detrimento acerca da ação de elementos biológicos, ao inverso da postura médica. Pensamos que convém prevenir melhor a população sobre a influência de *fatores hereditários* e *diabetes*, por exemplo. A *bebida alcoólica*, cujo abuso é reconhecidamente nocivo à saúde geral, apareceu exageradamente apontada como patogênica para o infarto. Quanto ao fator *idade de risco*, vemos que a população precisaria também ser mais alertada, sobretudo entre as pessoas que não apresentaram ainda manifestações cardíacas, para que estas procurem preventivamente uma avaliação cardiológica.

7ª) O *tabagismo* é sabidamente nocivo à saúde cardíaca, o que foi mais reconhecido entre os não fumantes. Muitos tabagistas, ao sentirem a forte dependência deste hábito, defendiam-se minimizando ou simplesmente negando sua influência maléfica. Programas de conscientização sobre o problema devem mencionar que a ação do cigarro sobre o organismo é lenta e é consequência do *acúmulo* de dezenas de milhares de unidades fumadas. Melhor foi a nossa apreciação ao ouvirmos dos entrevistados que, por outro lado, ao menos aqueles que já sofreram um infarto deveriam, então, procurar evitar o fumo.

8ª) As opiniões dos pacientes acerca da grande incidência do infarto do miocárdio na população e da sua gravidade, como entidade patológica, revelaram um razoável grau de conscientização dos pacientes sobre estas questões, refletindo sentirem a importância da realidade epidemiológica e clínica da enfermidade. Cabe, no entanto, aos programas educativos, falar da real possibilidade da prevenção, sobretudo às mulheres, aos idosos e aos indivíduos das camadas sociais e baixas, que, como vimos em nosso estudo, mostraram maior grau de ceticismo quanto à existência de medidas profiláticas para a cardiopatia isquêmica. Cremos que urge *questionar crenças* difundidas culturalmente de que a doença "quando tem que vir, vem" ou "quando Deus manda..." ou ainda, a visão de casualidade de que "não escolhe quem".

9ª) Os pacientes em geral apresentaram em seus relatos o sentimento da dificuldade de modificarem-se *traços da personalidade*, mesmo reconhecendo que se associariam à patogenicidade das coronariopatias. Notaram que há aspectos, que chamamos de *constitucionais*, que fugiam do seu controle. Por outro lado, vemos também o *sistema social* que impõe um estilo de vida e encoraja comportamentos, como o chamado tipo A de Rosenman, sistema o qual a população sente-se impotente para modificar. Sentimos que uma abordagem ampla da questão, visando a preservação do bom funcionamento cardíaco, deve passar necessariamente pela utilização de *terapias de recursos psicodinâmicos*, que ofereçam aos pacientes elementos de autoconhecimento para reorganização de suas vidas. Passa ainda por uma longa luta social para *reinventar* um sistema com características de co-participação e fraternidade, de menos competitividade e tensão.

10ª) As pessoas em geral e os doentes coronarianos em particular, pelo visto nesta pesquisa, precisariam ser mais instruídos no sentido de saber valorizar "*intuições*" e "*pressentimentos*" do surgimento de um acometimento grave da saúde. Seja por uma percepção interna, mesmo mal definida, ou por sintomas orgânicos, mesmo aparentemente isolados, as pessoas podem, a partir disso, recorrer ao atendimento adequado para receber cuidados preventivos. Um evento traumático recente na vida ou um distúrbio do estado emocional merecem atenção pois podem ser um prenúncio de problema de saúde sério, tal como um infarto agudo do miocárdio.

11ª) Questionamos a utilidade do destaque dado pela literatura da Medicina Psicossomática internacional, a nosso ver excessivo, no sentido de se identificar uma *personalidade comum* aos doentes coronarianos, como o comportamento tipo A de Rosenman.

Aceitamos seu valor, porém de forma limitada, para não incorrer no risco de generalizem-se os achados a ponto de esvaziar a individualidade de cada História-de-Vida. No presente trabalho, vimos que os *eventos da vida* e as *características pessoais* que podem ser mais seguramente associados são: idade, sexo, hipertensão, hiperlipidemia, obesidade e problemas psicossociais no geral. Na importância dos eventos de morbidade orgânica, deve-se incluir a característica de negligência dos cuidados, fato que deve estimular maior investigação psicológica. Quanto aos *fatores psicossociais*, devemos dar-lhes atenção por terem maior incidência em pacientes mais jovens, mas devemos ter prudência em isolar quais tipos de fatores. Embora em nossos resultados tenhamos isolado itens como baixa tolerância frente às mudanças ético-sociais, ocupação profissional de alta responsabilidade, fadiga e luto importante atual, cremos não podermos afirmar muito além do presente estudo. O princípio que poderíamos generalizar é o da importância da influência de fatores psicossociais, como tal, com natureza estressante, importando menos especificar qual fator seja.

12ª) Os pacientes com infarto do miocárdio inspiram normalmente preocupações por parte dos familiares. Há casos, porém, que um *excesso de zelo* ocultaria conflitos dos cônjuges ou de outros membros da família, passando estes a criar uma atmosfera artificial. Por exemplo, como observamos, superprotegem o paciente ou impedem que ele receba informações mais precisas sobre seu estado de saúde, apesar de não haver reais contra-indicações psicológicas para tal. Pensamos que o cardiologista, o enfermeiro e demais elementos da equipe não devem deixar-se *seduzir* pela família, fazendo aliança com esta no sentido de não abordar questões psicossociais visivelmente associadas à coronariopatia, simplesmente porque emergiriam problemas de outrem.

13ª) Os livros de texto médico no geral, assim como os tópicos que tratam do Infarto Agudo do Miocárdio, procurando uma apresentação didática, retratam uma clínica da enfermidade, reunindo grande conjunto de dados, com as características da média das populações estudadas. Esta apresentação costuma levar a uma *concepção distorcida* na formação do profissional de saúde. A usual expressão "parece um caso de livro" evidencia que apenas poucos pacientes apresentam um perfil de dados que se "enquadra" na literatura e assim tornam-se chamativos. Entre nós, agrava-se a questão, no que diz respeito à discussão da sintomatologia, já que aqui há um predomínio da influência da literatura estrangeira, notadamente norte-americana, que, por sua vez, foi escrita num universo linguístico próprio. Além de tudo, há o enfoque fortemente biológico dos textos, que quase apagam os dados psicossociais da doença. Vimos que os relatos espontâneos da eclosão do infarto constantes no presente trabalho mostraram que a coleta da *História-de-Vida*, com inclusão de um momento para *entrevista não-dirigida*, resgataram a manifestação global do doente com infarto com o discurso peculiar de seu contexto sócio-cultural. A multiplicidade de termos usados pelos pacientes e a explicação leiga das manifestações mórvidas trazem uma riqueza, que o médico moderno ainda nem sequer sonha decifrar.

14ª) O modelo de registro da História-de-Vida utilizado no presente trabalho

mostrou-se satisfatório, já que propiciou uma boa *visão panorâmica* da evolução dos eventos vitais e com emersão de algumas significações. Para utilização clínico — assistencial, propomos a dispensa das respostas padronizadas dos questionários, pois são mais úteis dentro da finalidade de pesquisa. Uma entrevista não-dirigida é de utilidade inquestionável e os demais instrumentos apresentados neste modelo podem ter sua ordem de aplicação flexível, conforme as características de cada caso e a experiência da equipe cardiológica.

15ª) A filosofia de trabalho e a estrutura da equipe cardiológica refletem-se diretamente no estado psicofísico do paciente com infarto. Uma *chefia autoritária*, por exemplo, é estressôgena para a sua equipe, a enfermagem, os funcionários burocratas e, conseqüentemente, iatrogênica para o doente. Uma *equipe co-participativa*, por sua vez, gera uma atmosfera de tranquilidade e confiança, sobretudo ao paciente coronariano, bastante sensível. Há brechas e, sobretudo, conveniências para se introduzir na equipe um profissional de saúde mental. Com o desenvolver da experiência, superam-se os sentimentos de rivalidade, de invadir e estar sendo invadido, quando o doente cardíaco passe a ser o grande beneficiado.

16ª) Ainda se mantém um certo preconceito cultural por parte de pacientes, quanto à participação do *psiquiatra* nos cuidados de problemas basicamente orgânicos. Há quem argumente simploriamente que um doente com infarto não é um louco. Paralelamente observamos que nosso contato com tais pacientes fê-los quebrar barreiras rapidamente. O *preconceito de colegas clínicos*, embora possa ser menos aparente, encontra-se costumadamente mimetizado e pode ser um obstáculo maior para a formação de equipes multidisciplinares.

17ª) Visando beneficiar o paciente com uma *abordagem holista*, concluímos que convém à equipe de saúde comportar um psicólogo ou psiquiatra, um enfermeiro com bom nível de co-participação e um assistente social. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional também têm seu lugar assegurado. Juntamente com os médicos, passando antes por um *treinamento* em técnicas de entrevista, nas reuniões clínicas de discussão e aprimoramento, todos estes profissionais podem dividir entre si as tarefas de colher dados dos pacientes, nas diversas vertentes da História-de-Vida, conforme as peculiaridades da equipe. Igualmente um planejamento terapêutico global e educativo mostrará como cada elemento do grupo poderá acompanhar o paciente, utilizando o material colhido.

18ª) Há uma tendência a se valorizarem em demasia os meios de comunicação social, principalmente a mídia eletrônica, como agente formador de opiniões, inclusive aquelas ligadas a questões de saúde e doença. No entanto, as informações ali veiculadas são multivariadas, superficiais e, não raro, têm cunho sensacionalista. Percebemos em nosso estudo que a fonte principal do saber popular é a observação dos fenômenos em si e no meio social que o circunscreve. A *comunicação verbal direta* ainda é o mais forte veículo de informações. Donde concluímos sobre a necessidade da preponderância de se criarem debates nas comunidades de bairro, escola, trabalho, igreja, etc... O in

farto do miocárdio, cuja prevenção primária deve se dar precocemente num contínuo e longo processo, precisa ser tema de *roteiros de discussão* e também de *manuals populares*.

19ª) Não basta ao doente com infarto do miocárdio conhecer o seu diagnóstico, mas é preciso também ter *noções* de como estão afetadas suas artérias coronárias e as *repercussões* na musculatura cardíaca, bem como conhecer o que é achado nos exames *físico* e *subsidiário* e quais são os efeitos desejados em cada medicamento. Conhecer é *tomar posse* da realidade, é deixar de ser sombra dos outros. Os resultados significarão ter os pacientes como *co-autores* das condutas médico-psicológicas, ganhando a confiança e *cooperação* deles. O esclarecimento diagnóstico é também *tranquilizante*, na diminuição da ameaça, na proteção contra os invasores, na luta para combater inimigos internos, no *controle* onipotente da doença. Na prática, quer dizer ainda, um maior grau de *conscientização* para levar à procura de atendimento cardiológico especializado nos primeiros *indícios* de um possível novo episódio.

20ª) Para conduzir os pacientes ao conhecimento de si, no que se refere à *preservação* da saúde do coração e combater seus transtornos, é necessário que o cardiologista e a equipe, com que trabalha integradamente, assumam o papel de *educadores*. Urge também multiplicar formas de levar os conhecimentos médicos através de meios que atinjam a coletividade, de forma popular e objetiva. Como recurso psicoterapêutico, caberia introduzir, entre nós, modelos como *grupos operativos* e doentes coronarianos, com seguros bons resultados neste meio.

2. SUGESTÕES

2.1 - Aplicações de Resultados e Conclusões

1ª) Conforme objetivo proposto, é nossa intenção levar, em breve, resultados e conclusões do presente trabalho, através de cópias deste volume, aos diversos profissionais de saúde, inicialmente de nossa cidade, como retorno a eles, já que as amostras aqui utilizadas provieram dos serviços hospitalares locais. Queremos que logo possam ser conseqüentemente úteis no tratamento e prevenção das doenças coronárias em nosso meio.

2ª) Num momento seguinte, queremos estudar a viabilização de elaborar alguns *roteiros* de discussão ou *manuals populares* que possam ser inicialmente empregados, numa *experiência piloto*, em alguma comunidade local para se estudar a *assimilação* e *aproveitamento* deste material pela população leiga.

3ª) Obviamente é nosso propósito, a curto e médio prazo, selecionar partes *deste* trabalho para publicação em periódicos nas áreas de clínica médica, cardiologia, *medicina psicossomática*, psiquiatria e outras de alcance de profissionais afins.

2.2 - Futuras Pesquisas

1ª) Pensamos oportunamente em reutilizar diversos dados obtidos nesta investigação para explorar outros aspectos que acabaram por não merecer atenção na análise e discussão. Os instrumentos aqui utilizados forneceram uma riqueza de dados, cujas considerações qualitativas e estudos comparativos, reconhecemos, estiveram longe de ser exaustivamente estudados.

2ª) Gostaríamos de empregar estes instrumentos de pesquisa, talvez com algumas modificações, em outras populações, como, por exemplo, numa amostra da população supostamente sadia, retirada de nossa localidade ou de outras cidades com diferentes características. Como o presente estudo restringiu-se à abordagem de populações compostas por indivíduos doentes, imaginamos ser de interesse saber o que outros grupos sentem e pensam a respeito do Infarto Agudo do Miocárdio.

3ª) Num voo mais amplo, ocupando-nos de um estudo transcultural, imaginamos que poderíamos repetir a investigação, em moldes semelhantes, numa localidade européia ou norte-americana, por exemplo. É claro, esta ambição depende da conquista de condições próprias de exequibilidade que não talvez não seja para tão breve quanto gostaríamos.

4ª) Por fim, fica a sugestão de se fazerem estudos semelhantes com pacientes portadores de outras patologias, dentro da enorme gama de opções da Medicina Interna, na mesma linha da construção de Histórias-de-Vida e coleta de opiniões sobre sua respectiva enfermidade, sugestão que estudaremos para entrar em nossos planos acadêmicos.

RESUMO DAS HISTÓRIAS-DE-VIDA DOS PACIENTES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO

- a) Dados de identificação
- b) Entrevista não-dirigida
- c) Anamnese dirigida
- d) Opiniões
- e) Comentários

(*) Diferenciamos Apêndice e Anexo, considerando o primeiro como complemento à tese e o segundo como suplemento. O apêndice neste caso são dados obtidos pertencentes ao corpo da apresentação, completando este e localizado à parte apenas por distribuição facilitadora de consulta. O anexo, no caso deste opúsculo, são questionários e seus critérios de codificação; são dados de apoio e colocados à parte para não tornar a leitura cansativa.

HISTÓRIAS-DE-VIDA

São transcritas a seguir as Histórias-de-Vida dos pacientes do grupo com infarto. A redação de cada uma procuramos que fosse composta com os seguintes itens:

- a) dados de identificação;
- b) trecho da entrevista não-dirigida (transcrição literal): como o paciente vivenciou o episódio do infarto com descrição dos sintomas, o que imaginou estar-lhe sucedendo (fantasias) e opiniões sobre possíveis razões da eclosão da doença;
- c) anamnese dirigida: pontos principais do seu desenvolvimento pessoal, incluindo dados clínicos sobre enfermidades quando positivos;
- d) opiniões: colocações do doente sobre a doença;
- e) comentários: impressão psicológica do entrevistador, algumas observações sobre sua história e situação atual, prognóstico psicológico e classificação dentro do grupo estudado quanto à presença de fatores psicossociais de risco para o infarto.

CASO 01 - paciente masculino, branco, 64 anos, casado, 4 filhos casados, católico não-praticante, primário incompleto, vendedor autônomo, renda familiar de 4 SM, natural de Valinhos SP e há 33 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Foi uma coisa inesperada. Sou vendedor e vai a semana toda naquele giro. Preocupação com freguês aqui, uma reclamação lá. Ramo de negócio é ramo de negócio! Sou uma pessoa desse jeito: não gosto de ver jogar nada fora. Desde criança, se cai uma faisquinha de pão no chão, ponho num cantinho: não gosto que seja pisada."

"No sábado pela manhã, fui lavar o carro para deixar tudo em ordem, limpinho. Levanto todo dia às 2 horas da manhã. Até esse momento eu não sentia um mínimo de um problema. Acendi meu cigarrinho como é de costume, não vou negar. Então estava batendo água em cima do carro e nisso chega a vizinha - graças a Deus nos damos muito bem com os vizinhos - e eu lhe disse que faltava ensaboar. E veio chegando o padeiro que brincou comigo dizendo que eu não perdia hora. Disse-lhe que canso de ficar na cama e ali ficava me distraíndo e não era trabalho para mim. Eu fiquei meio bobo com a borracha na mão e tive a impressão que eu ia molhar alguém. Senti uma dor que me comprimiu e parece que eu não respirava mais. Era uma dor que não deixava mexer a respiração."

Era dor terrível: eu não resistia. O que me lembro da passagem foi isto, eu falei: 'ah, meu Deus, como um homem morre fácil, estou morto!' E daí, eu caí. E então foi a correria da família. E todo o trabalho que aconteceu no hospital, é só com os médicos. Eu não posso explicar nada."

ANAMNESE DIRIGIDA: Na infância "foi sempre trabalhar". Na adolescência "gostava de bailinho, mas havia muita miséria: passei necessidade até meus 30 anos". Segundo filho de 8 irmãos. Pai "tão bom que, quando casei, ele quis que eu ficasse com ele e foi até hoje". Mãe era "mulher expansiva para trabalho; nunca mais minha vida foi igual depois da morte dela". Falecida "de derrame há 8 anos; a gente é católico e tem que se conformar". Mulher e filhos "bons demais". Luto por ente querido: "o irmão do meu genro morreu há 1 mês: era desleixado, era diabético". Cita ainda tia materna falecida há 20 dias. Conta que "não sou muito de saber conversar, pois sou praticamente analfabeto" e que "nunca fui ganancioso: pedi a Deus para não dever nada a ninguém".

Hipertenso há 5 anos, tratando com metildopa. Alimentação rica em carboidrato. Tabagista desde 11 anos de idade, 1 maço/dia. Há cerca de 6 meses "venho pensando passar herança do sogro para meus filhos". Queixa-de de cansaço, ultimamente, por excesso de trabalho. Lazer: "gosto de jogar boccia".

OPINIÕES: Infartos seriam provocados principalmente pelo "fumo", sendo mais comum em pessoas "precipitadas, afobadas, com correria". Sobre o tratamento "é o médico que deve saber pois estuda para isso". Completa dizendo que "sinto-me feliz, bati muito papo com os amigos que vieram me visitar", temendo apenas não mais poder "cuidar da horta".

COMENTÁRIOS: Paciente ansioso na entrevista e prolixo. No transcorrer, filhos entram no quarto e demonstram comportamento muito afetuoso para com o pai. Considerações acerca de seu discurso levam a crer que encontra dificuldade para lidar com seus impulsos hostis, atuando de maneira obsessiva com seu mundo e relacionando-se com familiares e amigos com intenso afeto, como formação reativa. Parece sentir raiva pelas experiências de baixas condições sócio-econômico-culturais e dificuldade de elaborar separação das figuras parentais, porém mantendo as defesas. Hipertensão, tabagismo e idade foram fatores preponderantes. Bom prognóstico psicológico, necessitando orientação médica objetiva para saúde orgânica.

Encontra-se em 37º no grupo IAM, com índice 19 (na posição a -8 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 02 - paciente masculino, branco, 57 anos, casado, 1 filha casada do primeiro casamento e 2 filhos solteiro do segundo, católico não-praticante, primário in completo, representante de vendas autônomo, renda familiar de 9 SM, natural de Ribeirão Preto SP e há 40 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Foi um problema de tensão, preocupação da vida de hoje e talvez de há mais tempo. Devido à situação de um modo geral e como trabalho com representações, viajo. Para todo mundo, percebo que há uma certa dificuldade, em suma, econômica. Os compromissos aumentaram devido à atual conjuntura política do governo. Pelo que eu estava sentindo, já era para ter estado no hospital há mais tempo. Se não fosse uma construção orgânica mais forte, já teria complicado anteriormente. Problema entre a minha família não existe, ao contrário, sou feliz. Harmonia, ou melhor, desarmonia em si, em casa, não existe e nunca existiu. Isso porque eu soube criar os filhos, nem tanto o céu, nem tanto a terra. Mas infelizmente a parte econômica quando começa a penetrar, todo mundo fica preocupado. Como nunca fui explosivo, sempre fui de incubar, de contornar a situação dos outros sem que alguém contornasse a minha".

"Quarta-feira pela manhã não estava me sentindo bem. Já procurava refúgio no sono. Saí cedo. Já tomei o ônibus meio assim. Antes de sair, um amigo telefonou dizendo que tinha um compromisso para acertar comigo. Encontrei ela na loja, falando conscientemente, mas não estava com aquela autonomia física, nem espiritual. Saindo, fui pela rua, já flutuando. Era 1 hora. Chegou o ônibus, fiquei mais apavorado. Eu não podia parar porque percebi que perdia autonomia. Por precaução sentei ao lado do motorista, perto da porta de saída. Daí começou o sintoma de fome e em segundos foi aumentando. Aquela dor foi subindo a ponto de não suportar mais, pedindo a Deus que desse para chegar em casa. Antes de partir do ponto, saí do ônibus e tomei um táxi. Em casa, a patroa falou sobre a cor com que eu estava. Pedi para chamar meu filho. Eu, desesperado, não encontrava uma posição. Fui para o hospital e fiquei 4 dias no CTI."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "sofrida de filho adotivo de um fazendeiro, a partir dos 8 anos de idade". Adolescência "também sofrida; depois fiquei viúvo aos 22 anos e aí começou minha juventude, indo conhecer a vida". Pai "agressivo, brigava com minha madrasta quando ele me tratava bem, e então fugi de casa e ele foi me procurar quando eu tinha 18 anos". Aos 2 anos de idade, sua mãe falece "de hemorragia no parto do irmão; ela era calma, humana, humilde, complacente e meiga". Filho mais velho de 3 irmãos. Vida escolar: "eu tinha as professoras como mãe". Primeira esposa "falecida no parto". Segunda esposa: "achava que ia ter dificuldade de se casar comigo porque era viúvo e minha filha ficou com os avós maternos; minha esposa é calma e complacente".

Refere que seu trabalho "é ferrenho, as firmas exigem bastante, a crise reflete, mas eu deixo passar as coisas". Comenta uma frustração: "perdi minha casa, já há muitos anos, porque não conseguia pagar, tendo que vender; desejo outra, mas minha idade não permite". Pensa que "por ser filho adotivo, talvez tenha me acomodado". Associa sua doença com problema financeiro de há 8 meses: "tive compromissos de pagamento e estava sem dinheiro". Fala que "o dia precisaria ter 5 ou 6 horas a mais". Queixa-se de cansaço: "trabalho, viajo e diminuí 2 horas do meu sono diário". Refere pouco

lazer: "às vezes faço leitura religiosa e de revistas sobre ciência".

Antecedente de "gordura no sangue há 4 anos, tratei com remédios e regime". Tabagista desde 10 anos de idade, 1 maço/dia. Alimentação com "frituras e salgadinhos, pois eu almoço em bar".

Conta que "desconfiava que tinha problema no coração porque vinha sentindo há 6 meses, sendo que há 1 mês teve vista escura e falta de ação na rua". Lembra que "há 3 meses li na revista como começam os sintomas do infarto". Nessa época pensou em fazer seguro de vida. No dia, "acordei às 3 horas, perturbado e nervoso, e não dormi mais". Completa dizendo que "apesar de tudo não tenho receios no tratamento".

OPINIÕES: Infartos seriam provocados por "alta tensão e de vida desregrada". Ocorreriam em "pessoas fechadas, que sentem e não falam; quando explodem vai tudo para o ar". Sobre os cuidados, ressalta "regime alimentar e exercício físico controlado, sendo que parar de fumar é o primordial", mas que "as pessoas não são mais o que eram antes".

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista. Apresenta comportamento hipomaníaco, com dedicação intensa ao trabalho e apresentando um discurso verborêico, procurando mostrar um elevado nível cultural. Parece buscar mascarar sua depressão, que existiria em consequência de fatos que o marcaram: ser filho adotivo, perder a casa, etc. Há sentimento de culpa por não ter "me esforçado mais". Nega pensar nos próprios problemas de saúde com condutas autodestrutivas: fuma, não tem alimentação adequada, não recorre a atendimento médico embora com sintomas há 6 meses. Às vezes racionaliza, associando diretamente seu infarto com a situação sócio-econômica da sociedade. A enfermidade ocorre quando parece precisar fugir diante do aumento das preocupações agravadas por recentes dívidas financeiras. Hiperlipidemia, tabagismo e idade foram fatores importantes. Prognóstico psicológico reservado se não reorganizar seu estilo de vida, sendo importante o papel da orientação médica a respeito e acompanhamento por psicoterapia.

Encontra-se em 59 no grupo IAM, com índice 43 (na posição a +16 da média), no subgrupo de risco psicossocial máximo.

CASO 03 - paciente masculino, branco, 54 anos, casado, 1 filho adotivo, membro da Congregação Cristã do Brasil, primário incompleto, funcionário público (motorista), renda de 2 SM, natural de Guarã SP e há 26 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Senti uma dor, era mais ou menos uma e meia da madrugada. Aquela dor forte não passava. De manhã saí de casa e minha mulher falou se eu ia trabalhar. Na firma fui ao médico que achou que eu estava com enfarte. Deu-me 2 ou 3 Isordil para pôr na língua e me enviou para cá".

"Estava dormindo, acordei com a dor no peito. Para mim era mau jeito, mas dis

seram que era enfarte cardíaco, embora não forte. Foi pequeno. Não sentia nada antes. Chegou visita na minha casa e conversamos até 9 horas. Quando foi 10 horas, fomos dormir. Ainda na véspera, trabalhei. Senti-me bem o dia inteiro. Agora, uns dias atrás, sentia a mesma dorzinha, mas era fraquinha. Passava a mão assim e passava a dor e tudo bem. Mas esse dia deu forte que não teve jeito. Procurei o médico para saber logo. Uma dor que representava ser no osso. Imaginava negócio do coração. Mas nunca sofri do coração, nunca tive pressão alta, nem baixa, sempre tive saúde. Tenho problema de diabetes, mas está mais ou menos controlado. Quando entrei no CTI, pensei que estivesse morto. Perguntei para o médico o que estava acontecendo e ele falou que eu podia ficar tranquilo. Pedi para ajudar minha família. Dá desespero na gente. Nunca me aconteceu isso."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância e adolescência "ótimas, era bom se voltasse". Pai "bom, mas bravo: fazendo coisa errada, entrava no chicote". Mãe "era uma coitada, não falava nada, era calma; na ausência do pai, obedecíamos a ela". Oitavo filho de uma família de 14 irmãos. Esposa "é nervosa: tenho que me controlar para agüentar". Adotaram uma criança "desde 2 anos e 7 meses até a época do exército". Refere grande peso de responsabilidade no seu trabalho: "estou no volante; espero a aposentadoria para ficar tranquilo". Conta que "gosto de jogar baralho e me distraio indo à igreja".

Diabetes há 8 anos, tratamento com hipoglicemiante oral e dieta alimentar. Emagrecimento de "23 kg". Sexualidade: "estou enfraquecido pelo diabetes há 2 anos". Cita "úlceras gastroduodenal surgida há 40 anos, sofri 15 anos, fui curado com uma operação". Tabagista dos 17 anos aos 29 anos e dos 46 anos até há 6 meses, de 5 cigarros/dia. Vida sedentária e alcoolismo social. Há 2 anos fez "duas consultas com psiquiatra do INPS, que me deu calmante", Pai com "úlceras tratada com operação"; falecido com 65 anos de "enfarte". Mãe "tratava de diabetes", falecida com 57 anos de "enfarte". Ambos há mais de 20 anos. Esposa com "pressão alta" há 3 anos.

OPINIÕES: Infartos seriam provocados pelo "sistema nervoso", mas para seu caso aponta "alguma veia entupida". Acometeriam "pessoas que passam nervoso porque agita o sangue". Descreve como cuidados necessários: "acabar com os nervos, ficar lento, não agitar o corpo, não fazer força, ter comida leve com pouco sal". Pensa que os doentes "ficam meios esquisitos, sentidos". Sobre seu estado psicológico, crê que deverá sentir-se "melhor".

COMENTÁRIOS: Paciente calmo, apresentando-se inicialmente com idéias confusas ao comentar acerca dos possíveis fatores envolvidos com a doença. Ao final, refere que a entrevista fez sentir-se bem, mostrando-se agradecido. Parece que os fatores biológicos foram preponderantes neste caso: hereditariedade, idade, obesidade, diabetes, tabagismo e sedentarismo, embora com antecedentes de stress emocional no trabalho. Bom prognóstico psicológico.

Encontra-se em 440 no grupo IAM, com índice 13 (na posição a -14 da média), no

subgrupo de risco psicossocial mínimo.

CASO 04 - paciente masculino, preto, 32 anos, casado, 4 filhos menores, católico não-praticante, primário completo, proprietário de bar (balconista), renda de 1 SM, natural de S. José do Rio Preto SP e há 23 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Terça-feira almocei e logo em seguida senti uma zonzeira. Vomitei, sentei no sofá, e coloquei a nuca na parede e senti que melhorou. Quando fazia ao contrário, o rosto para o chão, sentia-me bem mais zozzo. Fiquei ali e pedi para minha esposa fazer um chá de erva-cidreira. Doei sangue para um vizinho e a enfermeira me disse que eu estava com a pressão um pouco alta. Dormi uns 40 minutos. Voltei a trabalhar e falei que à noite iria ao hospital. Às sete e meia da noite, quando cheguei lá um médico me examinou e percebi que no coração ele notou uma coisa diferente. Fez o eletro e veio uns pontos altos. Chamou a enfermeira e mais dois médicos. Percebi que todos eles ficaram muito alarmados. Eu senti que o ponto lateral, do qual ele falou, era essa veia onde eu sentia dor. Falou-me que eu ficaria internado no CTI. Perguntei porquê. Disse-me que eu sofri falta de irrigação no coração. E o médico chefe também disse que eu tinha sofrido um enfarte. São que isso não afetou em nada. Falou-me que agora eu não tinha mais nada. O que eu tinha de passar, já passou. Daí, como não havia vaga, vim a este hospital".

"Simplesmente eu pensei que fosse a pressão que alterou um pouquinho. Mas a dor nessa veia, há tempos que eu sinto. A dor no peito fazia já uns 8 dias. Mas eu nunca esperava que seria enfarte. A gente vai deixando, deixando. O dia-a-dia da gente, como o meu principalmente, é carregado. São eu que trabalho em minha casa. Por isso que esperei do meio-dia até às 7 e meia. Queria deixar as coisas em ordem. Pensava que ia medir a pressão e o médico passava um remédio. Viria à cidade, compraria e no outro dia tudo correria normalmente."

"No bar tem de tudo: a gente tolera freguês no fiado, outro que bebe fica perturbando e não se pode maltratar. Ultimamente, perto de casa, aconteceram três acidentes. Num salão comercial uma pessoa matou outra. O vizinho de baixo tomou três tiros e está internado em estado grave. Deram um tiro no PM, que é meu vizinho da frente. Eu não tenho ligação direta com eles mas a gente, como ser humano, sente. Pode ser também porque a gente tem conta para pagar, para receber. Hoje em dia está tudo caro e a gente fica pensando..."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "foi pobre, mas criança gosta de tudo". Relata que "irmã gêmea morreu aos 3 anos, dizem que pedindo alguma coisa". Adolescência: "era difícil de arrumar namorada porque não fazia noitada, nunca gostei de baile ou farra; casei cedo". Pai é "bom e calmo". Mãe "sempre foi nervosa; hoje tem o peito inchado porque tem muitos filhos e vive correndo atrás de todos". Oitavo filho de uma família de 11 irmãos. Na escola "sentia-me inferior aos outros porque às vezes

não tinha roupa e cheguei a ficar uma semana sem ir". Esposa "é calma; no começo foi difícil: eu era novo e morávamos vizinhos à mãe dela e havia aborrecimentos".

Conta que "há 3 anos não parei um dia para descansar". Refere problemas financeiros agravados há 3 meses. Dormindo menos "de uma semana para cá, depois dos acidentes no bairro". Fala na expectativa de "arrumar os cômodos da casa". Preocupação: "com minha mãe que tem problema de coração". Luto há 1 ano: menciona morte de "colega do bairro, que era doente mental alcoólatra e misturou remédio com álcool".

Hipertenso sem tratamento. Ganho de peso: "engordei depois que comecei a trabalhar no bar, de 54 a 69 kg em 3 anos". Alimentação rica em carboidratos.

OPINIÕES: Infartos seriam provocados por "preocupação e nervoso" e que acometeriam pessoas "que sempre respondem mal, como comerciantes que atendem mal o freguês". Acha que os cuidados devam consistir em "evitar lugar barulhento, evitar de conversar muito e de realizar muito exercício e trabalho pesado". Acredita que depois as pessoas sentem-se "inseguras para dirigir, saírem sozinhas ou irem a um baile, porque coração é a máquina que governa tudo". Associa o aparecimento de sua doença com o fato de ter "muita conta para pagar, pois sempre gostei de pagamentos em dia"; "comentei com uma freguesa 2 dias antes que teria um mal-estar". Receia que deixar algumas atividades normais no trabalho.

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista. De família numerosa, tem esta idealizada, pela qual sente grande estima e onde qualquer eventualidade gera-lhe preocupações. Sucessivas perdas recentes insuficientemente elaboradas e stress físico-emocional nos negócios. Prognóstico psicológico pouco favorável, com psicoterapia canalizaria mais adequadamente seus sentimentos hostis. Fatores biológicos importantes: hipertensão e obesidade.

Encontra-se em 129 no grupo IAM, com índice 32 (na posição a +5 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 05 - paciente masculino, branco, 37 anos, casado, 2 filhos casados e 2 menores, católico não praticante, ginásial incompleto, escriturário, renda de 1 SM, natural e morador de Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "O dia, em que aconteceu o problema, foi normal. Cheguei em casa depois do serviço às 6 horas. Fui ao bar buscar cigarro. Quando ia voltando, comecei a sentir dores no peito e nas costas. Dores fortíssimas, acompanhadas de dor de cabeça e um tipo de esquentação que deu da barriga para cima. Cheguei em casa, cada vez aumentando mais a dor. Minha mulher me viu naquele estado, imediatamente pediu ao vizinho que trouxesse a gente para cá."

"De repente assim, não tinha motivo. Já ouvi dizer que o enfarte dá mais em pessoas nervosas. Será que é isso? No meu caso não foi. Quer dizer, nervoso por coi

sinhas corriqueiras de casa, a gente sempre passa. Mas não naquele dia. Às vezes a gente passa nervoso por problemas financeiros, às vezes por algum filho que faz alguma coisa errada, doença de um outro. Eu tenho uma filha que não é uma criança normal. Está recebendo tratamento com remédios psicotrópicos. Tudo isso deixa a cabeça da gente meio abalada. Só que a situação financeira infelizmente não dá. Pode ser alguma coisa que venha vindo de antes. Mas problema do momento não tinha."

"Foi a primeira vez que me deu um troço assim. Tentei falar alguma coisa, mas não saía mais. Até a boca tinha paralisado. Sei lá. No caminho para cá, acho que tive um desfalecimento. Não me lembro de certos trechos, principalmente depois que saí da sala, minha mulher de um lado, meu filho de outro. Não me lembro como entrei no carro. Quando assustei, já estava ouvindo barulho de carro. Percebi que tinha alguém do meu lado, que estava segurando minha mão. Mas não sabia quem era porque não conseguia nem abrir os olhos."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "meio sofrida". Ficou em colégio interno dos 8 aos 11 anos de idade devido à doença do pai, que "ficou paralisado com polineurite". Conta que "antes da doença sempre foi bacana, depois ficou revoltado". Mãe "sempre foi uma santa: nunca levantou a mão para dar um tapa no filho; eu era o filho predileto". Segundo filho de 4 irmãos. Adolescência: "saía com hora marcada para voltar". Lembra que "uma vez tive uma briga feia por causa de namoradina no baile; vomitei sangue e fiquei internado". Com sua irmã mais velha "precisamos sair da escola para trabalhar e os dois mais novos se formaram", dizendo sentir-se assim inferiorizado. União conjugal prematura: "casei logo (16 anos de idade): saí de uma e caí em outra". Esposa "nervosa, exigente: a gente não se bica muito; ela é semi-analfabeta e depende de mim; pergunta tudo e pede orientação porque tem medo". Até há 3 anos, relações extra-conjugais "com coleguinhas, não essas vagabundas". Queixa-se da sogra que "não tem paciência com nossa filha". Acha difícil fazer amigos "porque sou meio tímido". Diz que "não sei desabafar, a não ser com um irmão e um colega".

Menciona stress no trabalho: "não posso errar um número do código". Tem trabalhado mais com mudança de função há poucos meses e "não estou nada contente porque o ordenado não acompanhou", mas "não levo problema para casa". Agora "precisei tirar férias". Nega momentos de lazer. Refere preocupação há 6 meses com "prestação para material de construção". Luto há 3 meses por morte da mãe com "edema pulmonar".

Desconfia que tinha hipertensão. Alimentação rica em carboidrato, vida sedentária e tabagista há 23 anos de 1,5 maço/dia. Alcoolismo dos 14 aos 28 anos de idade: "estava virando alcoôlatra e me internei no hospital; via até bichinho na parede e aí criei juízo". Cita que há 5 meses "colega de serviço teve enfarte" e que há 1 ano pensou que "a qualquer hora daria algo que não iria agüentar".

OPINIÕES: Infartos seriam provocados por "nervosismo", acometendo pessoas "irritadas". O tratamento consistiria em "controlar a alimentação e evitar diversas

ações que se fazia antes". Acredita que sua enfermidade "pode ser de preocupação com minha filha", recordando que 4 dias antes foi seu "aniversário de 6 anos".

COMENTÁRIOS: Paciente calmo na entrevista, comunicativo. Sucessivas situações conflitivas no âmbito familiar e profissional, mas relata procurando minimizar seus problemas. Ultimamente não tem conseguido conter a hostilidade, "chagando a perder o controle mesmo estando de férias". Prognóstico psicológico desfavorável, necessitando de psicoterapia, além dos cuidados dos fatores biológicos, como tabagismo e sedentarismo.

Encontra-se em 69 no grupo IAM, com Índice 41 (na posição a +14 da média), no subgrupo de risco psicossocial máximo.

CASO 06 - paciente masculino, branco, 59 anos, casado, 4 filhos casados, batista praticante, primário completo, técnico de compras, renda de 4 SM, natural da Romênia e em Campinas há 12 anos.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Na sexta-feira senti forte dor. Preparando-me para ir trabalhar, cada vez a dor aumentava. Chamei a esposa que imediatamente levantou e foi ver o que era. Uma das veias do pescoço começou a incomodar e ela fez massagem. Depois de uns minutos, pôs-me no carro e trouxe-me para o hospital. Chegando ao pronto-socorro, como já tinha a receita, fui atendido. A assistente do meu médico colocou um comprimido em baixo de minha língua, que me fez ficar mais agitado, mais tenso. Fiquei pior do que estava, quando troxeram a maca para me levar ao CTI. E lá eu pus tudo para fora. Nesse momento chegou meu médico e deu os medicamentos que ele achava que seriam melhor."

"Eu não tinha nenhum problema que pudesse emocionar, por algum impecilho, a dízer que por aquele ou esse motivo aconteceu isso. Eu tinha passado um dia muito bom. Não tinha nada que eu possa no momento perceber. Eu trabalho e posso ter algumas contrariedades, um imprevisto, um mal entendido, alguma questão. Como a gente é muito sensível, poderia deixar a gente magoado. Mas não tive isso. Nada, absolutamente nada. Nem com a esposa, nem com os filhos, nem com o serviço."

ANAMNESE DIRIGIDA: Resiste a falar de seus pais, comentando que "há 60 anos atrás tudo era diferente" e que "não tem cabimento recordar essas coisas do passado". Enfatiza que "quando não há vivência religiosa, pode haver grandes atritos na família". Acaba referindo à sua mãe como "prestativa e atenciosa". Filho mais velho de família de 4 irmãos, sua infância "foi de cuidar deles, sempre trabalhei e por isso aposentei cedo". Veio ao Brasil aos 6 anos. Conta que "sou crente desde meus 15 anos; trabalhei muito na Igreja com a juventude, sempre toquei bandolim". Na escola era "tímido", entretanto, "namorei bastante". Quanto à esposa, diz que "tirei a sorte lotérica" e sobre os filhos "todos eles têm grande cuidado pelos bens, são crentes e tem um zelo tremendo".

Refere gostar de "participar, partilhar" e ser "muito chamado para conselho, opinião". Acha que "quem é explosivo e solta o que sente, alivia", mas "às vezes para não magoar as pessoas, eu seguro dentro de mim" e que "quando a gente faz coisa errada, conserta na hora". Refere que sua função profissional "exige responsabilidade de muito grande" e que tem trabalhado mais há 6 meses. Aposentado há 12 anos, continuou no emprego, sendo que "o gerente veio me visitar e disse que sou estimado na firma". Freqüentes piqueniques e passeios com a família. Luto por perda da mãe há 1 mês: "era diabética, concluo que sofria do coração".

Hipertenso em tratamento com medicamento e dieta. Tendência à obesidade. Úlcera duodenal tratada clinicamente há 2 anos. Há 6 meses "trombose na perna cuidada em casa". Irmão operado há 2 anos por "problema do coração".

Paciente acometido por crise anginosa há 3 anos, com internação. Refere-se "nervoso" desde então, usando tranquilizantes habitualmente. Menciona que há 2 anos "compramos terreno no cemitério". Seu infarto ocorreu após vir de um culto onde "estávamos esperando um pastor conferencista que não veio". Afirma ter agora que "zelar" e que "pode até piorar, mas Deus é quem sabe". Receia ter de "deixar de trabalhar".

OPINIÕES: Levariam ao infarto "tensão, corre-corre de cada dia" e que o tratamento deveria conter "repouso e cuidado com esforço". Crê que os doentes fiquem "muito sensíveis emocionalmente, querem chorar, desabafar algo dentro de si".

COMENTÁRIOS: Paciente apresenta, em diversos momentos, resistência a abordar pontos de sua vida, como questões ligadas à sua família de origem e a atual. Não obstante, alonga-se bastante em colocações sobre outros assuntos, sobretudo religiosos. Ao final da entrevista, pede mais explicações acerca de sua finalidade. Em seu discurso transparece a dificuldade em poder conter impulsos hostis, e considerando-se muito sensível, alega necessidade de aliviar uma angústia. Parece serem suas crenças e atividades religiosas um auxiliar importante para lidar com tais impulsos. Traços hipomaníacos, aposentado continua no serviço e com a enfermidade teme o afastamento do trabalho. Medicação ansiolítica tem sido recurso insuficiente. Evita trabalhar psicologicamente conflitos de infância, cuja importância procura negar, adaptando-se através de outros mecanismos. Idade, hipertensão e obesidade foram fatores importantes.

Encontra-se em 27º no grupo IAM com Índice 24 (na posição a -3 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 07 - paciente feminina, branca, 67 anos, viúva, 1 filha casada, católica praticante, analfabeta, prendas domésticas, renda familiar de 2 SM, natural de Itatiba SP e há 44 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Imaginei que a dor no peito seria coisa do coração, mas sentia dor nas pernas que não aguentava mais. Não sabia o que fazer. Daí subia aquela dor aqui da cintura para cima e me doía tudo. Uma dor insuportável. Daí meu genro me trouxe para cá e me internaram no CTI, onde fiquei de quarta a sexta. E me senti bastante melhor. Sô que tenho problema de fígado. Fui operada duas vezes num ano. Operei do estômago e extraí a visíçula. E sempre vomitando, vomitando. Faz um mês, fui internada. Lá me trataram, mas me davam comida que eu não podia comer e vomitava. Saí de lá um pouco melhor. Daí tornei a ficar ruim assim e vim para cá. Mas não estava muito nervosa, não. Estava assistindo à novela e minha cabeça parecia que ficava grande. Sempre tenho isso, uma dor de cabeça muito forte, como a que me deu antes de ontem à noite. Foram chamar a doutora. Ela veio e, graças a Deus, melhorei. Sempre tem esses probleminhas assim. Não estou bem, sempre tenho uma coisa, tenho outra, tenho uma contrariedade também que atrapalha a gente. E assim vou indo, lutando. Tem dia que estou contente, tem dia que não estou. Um dia vai indo, outro dia não vai. E assim vai tocando o serviço. Às vezes uma bateadeira de manhã e depois passa. Tomo um calmante de 2mg e passa. E tomo um remédio para estômago para fazer a digestão. Depois não senti mais bem e me deu aquilo. Sô isso que aconteceu comigo."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "não foi feliz, meu pai era um italiano bravo, batia na gente e na minha mãe; não tive brinquedo". Mãe "era muito boa, dava-se bem com todos, alegre sempre". Sexta filha de uma família de 10 irmãos. Adolescência "foi melhor, porque eu já estava na cidade e tinha amizades". Aos seus 15 anos falece o pai. Marido "paciente e bom demais", falecido há 10 anos por "tumor no braço e no sangue". Atualmente vive com um companheiro, que "ajuda a passar a velhice", morando nos cômodos de fundo da casa da filha. Sobre relações sexuais, menciona que "gente de idade não pode fazer isso porque é esquisito". Acerca do relacionamento com a filha é "a mesma coisa que duas pessoas que se unem; ela chora quando me vê doente". Comenta que "a tristeza deixa a gente sozinha pensando bobagens", referindo-se tristez com a viuvez. Queixa-se da sogra da filha que "vem me aborrecendo porque ela tem ciúme do marido e me acusa".

Antecedentes: 2 filhos falecidos, um aos 2 anos de "anemia" e outro aos 11 meses, "aguado". Complicações no 3º parto: "puseram-se água de gelo e me atacou na cabeça; fiquei 7 dias no hospital, muito mal, não me deixaram conversar com ninguém; foram 2 dias sem comida, sô com leite, tomando remédios e soro e perdi a visão por um tempo". Fala de problemas antigos com menstruação e menopausa. Cita "vesíçula" operada há 13 anos, "ulcera" operada há 12 anos, "enxaqueca" há 1 ano e "reumatismo com dor que passa com remédio". Completa dizendo que "perdi a conta de quantas vezes fui internada". Atendimento em pronto-socorro psiquiátrico há 8 anos, faz uso habitual de tranquilizantes. Antecedentes familiares: pai morto aos 39 anos por "têtano"; mãe aos 38 anos: "acho que foi de tumor do útero porque morreu pondo sangue pela boca".

Menciona que o irmão "veio me visitar e ficou impressionado como estou magra". Lembra-se do presidente: "coitado, ele também teve enfarte: os políticos pensam muito e encasquetam a cabeça". Cita ainda uma vizinha que necessitou de marcapasso recentemente.

OPINIÕES: Sobre fatores que provocariam infartos, não sabe precisar, mas entre os cuidados após a doença, aponta "não fazer muita força, não comer muito e controlar tudo direitinho". Acha que os doentes ficariam "aborrecidos, mas fazendo o possível para esquecer". Refere que há 1 ano desconfiava que poderia ser doente do coração e crê que seu problema ocorreu devido a "uma pequena veia entupida". Receia "deixar de comer coisas que eu gosto".

COMENTÁRIOS: Paciente apresenta sinais de depressão crônica, porém com humor normal no momento da entrevista. Seu discurso tem a temática centralizada em seus problemas de saúde e contrariedades. Mostra-se sem consciência clara quanto a seu diagnóstico cardiológico, descrevendo o episódio do infarto sem descriminá-lo com propriedades, mas sentindo-o como mais um evento na sucessão dos que lhe vêm impondo sofrimentos: distúrbios na infância, na esfera da sexualidade, obstétricos, enfermidades crônicas, internações, cirurgias, perda do marido e outros. Em tudo denotam-se traços histéricos de personalidade. Evolução psicológica pouco mutável.

Encontra-se em 42º no grupo IAM, com índice 16 (na posição a -11 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 08 - paciente masculino, branco, 54 anos, casado, 3 filhos casados, espírita praticante, ginásial completo, motorista da polícia, renda de 6 SM, natural e morador de Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Na semana eu vinha sentindo dores quando levantava da cama. Daí eu tomava aspirina e aí a pouco passava. Depois do almoço, descansava porque não posso fazer nada e passava por um sono. E cada vez que acordava, tinha essas dores. Eu estava deixando para esta segunda-feira, para tirar consulta nova, mas não deu tempo. E meu remédio estava acabando. Eu tenho um médico, aqui, que cuida de mim. Queria ver se diante dessas dores, ele iria dar mais remédios. Mas sábado ã tarde, começou a doer, doer. Tomei aspirina e nada de melhorar. Foi piorando e vim parar no pronto-socorro. Chegando, fui muito bem atendido e fui para o CTI."

"Acho que isso foi do nervoso, a vida cada vez mais difícil. A gente tem família e toda hora a gente pensa nela. Eu não bebo, não fumo. Estou fumando, mas é um cigarro longe o outro, porque estou com 54 anos. Para soltar assim de repente, já viu... O que aconteceu comigo acho que é isso. A gente está vivendo... Eu queria pegar um quarto aqui, mas nem pude porque de outra vez já gastei um dinheirão. Venho gastando. Remédio cada vez mais caro e tudo é comprado. Eu acho que são esses negócios porque não pode ser outra coisa."

ANAMNESE DIRIGIDA: Na infância "fui moleque de rua; pais muito enérgicos, com horário de entrar em casa". Pai "bom, honesto e trabalhador" e mãe "boa". Filho mais velho da família de 4 irmãos. Adolescência "já foi melhor, fiz exército, já procurei casar". Conta que namorou "bastante, sempre tive sorte e casei com quem eu quis". Esposa "boa". Queixa de problema sexual há 3 anos: "eu nem tento, tenho medo de atacar e não..." Refere acorrecimento com um filho que é "espírito de porco, mas eu estou cercando ele; é por causa de negócios, que temos pensamento diferente".

Aponta seu trabalho na polícia como muito competitivo, onde "um pega serviço bom, e outro fica com mágoa". Diz que "saía na rua e não sabia o que ia acontecer; se se vê um tarado que pegou uma criança, a gente fica doido com ele". Há alguns anos sua função mudou para "motorista e guarda-costas do delegado". Há quase 1 ano de licença para tratamento cardiológico. Refere idéias suicidas porque "a gente faz um plano na vida e dá errado, eu queria aposentar, ter o neto e ver minha égua dar cria, mas daí fiquei doente". Comenta que "cansei de ver suicídios: enforcamento com camisa, borracha, arame farpado; eu ando armado, mas não cheguei a planejar nada". Conta que "eu não admito ser chamado à atenção" e "não gosto que pessoas novas mandem na gente". Recorda que "teve um defeito no carro por falta da atenção do motorista e fiquei louco", mas "a raiva é só na hora, depois fico com remorso por grilar com os outros". Lazer: "gosto de ficar no meio do mato e dos bichos, quando vou para a chácara, esqueço os problemas da cidade". Luto há 15 dias por perda de um vizinho que "era bom e prestativo".

Paciente é hipertenso e apresenta hiperlipidemia, sendo tratado com dieta e medicamentos. Tendência à obesidade, tirada "banha da barriga" há 16 anos. Tabagista de 1,5 maço/dia, diminuiu a 1/2 maço com o aparecimento do problema cardíaco, referindo que "o cigarro é maldito, é um vício" e que "vou parar com ele porque o homem deve ter opinião". Cita tio paterno falecido há 5 anos de "ataque cardíaco", colega de serviço há 4 anos por "problema no coração" e parente por afinidade que "já operou do coração 2 vezes".

Seu infarto ocorre no dia em que há "discussão com o filho e com a patroa". Completa comentando que "a qualquer hora faço inventário da casa" e que "daqui a pouco posso dar com as dez".

OPINIÕES: Infartos seriam provocados por "nervoso e pensar muito" e que as pessoas deveriam tomar cuidados de "seguir o que diz o médico, tirar o cigarro e diminuir a alimentação, controlando a gordurosa". Acha que elas "ficam num bagaço, abatidas e capazes de chorar porque sentem meio mortas".

COMENTÁRIOS: Paciente ansioso durante a entrevista, inquieto no leito. História compatível com transtorno explosivo da personalidade, com algumas atitudes psicopáticas. Parecendo deixar cair no chão o medicamento trazido pela enfermeira, vai lavá-lo, sendo levado pela corrente d'água, parece ter sido ato proposital. Fatores de risco biológicos importantes (idade, hereditariedade, hipertensão, hiperlipidemia,

obesidade e tabagismo) somam-se ao intenso stress profissional, frustrações e impotência sexual. Pelas características de personalidade, como a impulsividade, é difícil seguir orientações médico-psicológicas. Mau prognóstico.

Encontra-se em 1º lugar no grupo IAM, com índice 54 (na posição a +27 da média), no subgrupo de risco psicossocial máximo.

CASO 09 - paciente feminina, branca, 74 anos, viúva, 2 filhos casados, religião judaica, 1º grau completo, comerciante aposentada, renda familiar de 8 SM, natural da Polônia e há 45 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Começou a apertar aqui (aponta o abdomen) e essa dor subiu. E atingiu os braços. No momento, chegou a enfermeira e eu chorava demais, gritava. E ela perguntou o que aconteceu. Ela chamou o médico, que disse ser melhor levar-me ao CTI. E eu fiquei 8 dias bem tratada. Passei mal, somente. Depois voltei para cá. Pensei que ia morrer de tanto que sentia. A gente sempre tem pensamentos maus. Nem consigo falar como foi. Esta noite eu estava boa, começou a doer às 11 horas da noite. Agora está melhorando. A gente fica assustada. A gente pensa que vai morrer. O que me ajuda é chorar. Isso me acalma. Eu choro, choro. Quando vêm esses problemas, eu sinto muito ter de ir embora e deixar meus filhos, porque tenho amor por eles. Eu não quero ficar longe deles. Quando fico ruim assim, minha pressão aumenta. E outra coisa: quando estava com meu marido, nós vivemos muito bem. Nunca brigamos. Fiquei com ele 33 anos. Depois quando ele estava doente, também fazia tudo por ele. Ele não quis ninguém perto, somente eu. No hospital, 8 meses fiquei com ele. Será que ele tem saudade de mim? Eu vou lá. Isto estou pensando. Já falei isso também para minha filha. Ele gostava demais de mim. Minha vida está assim. É bobagem ficar cada vez mais velha..."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "não foi muito boa porque foi pobre". Adolescência com "pensamentos sempre tristes, pois morava em lugar pequeno e não tinha emprego". Pai "muito religioso, professor de religião, não acompanhava as idéias, ficava antigo". Mãe "foi muito boa, não podia ajudar nada, esperava que o marido podia dar dinheiro". Oitava filha de família de 10 irmãos, alguns morreram na 2ª Guerra Mundial, outros morreram em outros países e 4 vieram para o Brasil. Imigrou com 22 anos. Marido "bom, nunca tinha queixa, do que eu gostava ele gostava também", falecido há 17 anos. No Brasil, "poucas amizades". Mora com o filho.

Gosta de ler e cozinhar e "chamo a atenção da faxineira". Agora "estou na cama e pergunto da casa, se está tudo direitinho". Queixa-se de que "os netos têm vida que não agrada e não posso dar palpites: com a nora não tenho muita conversa; choro e fico quieta, gostaria que meu filho e minha neta tivessem mais sorte na vida". Acha merecer ser castigada "para pagar a raiva que a gente sente". Refere insônia, dormindo melhor com "calmantes" e dizendo-se "muito medrosa, não sei porquê, principalmente de ficar sozinha".

Hipertensa há 15 anos, tratando com medicamentos. Obesa, fazendo dieta. Refere "úlceras tratadas há 30 anos com remédios e dieta". Vida sedentária. Teve crise anginal importante há 3 anos, quando visitava a filha em São Paulo na data da passagem do ano. Estava só com o neto quando "apertou a dor, corri e joguei-me em cima do automóvel; tive medo de derrame: não quero ficar paralisada na cama como meu marido que deu trabalho 8 meses". Lembra-se de amiga falecida há 6 anos durante "operação no coração" e primo há 2 anos por "problema do coração".

Paciente encontrava-se internada recuperando-se de cirurgia de catarata, quando do episódio do infarto. No CTI sonhou que "estava dormindo quando um homem apareceu para me queimar". Ao acordar, "amarraram-me na cama e me deram injeção que até agora está doendo e me acusaram de que eu poderia quebrar tudo", referindo-se aos aparelhos que tentava arrancar de si. Conversa sempre em sonho com os irmãos: "uma irmã falecida me chamava, eu dizia que não queria ir porque tenho filhos pequenos". Um rabino interpretou-lhe um dos sonhos e disse que "eu me salvaria deste problema do coração".

OPINIÕES: Crê que infartos viriam de "algo que dê desgosto", devendo-se "não trabalhar muito, fazer dieta e não passar nervoso". Pensa que os doentes "pioram" e ficam "tristes". Não receia seu tratamento.

COMENTÁRIOS: Paciente deprimida, chora durante a entrevista. Agradecida pela oportunidade de ter podido conversar, alonga-se bastante em suas colocações. Filho manteve-se no quarto. Lutos insuficientemente elaborados pela perda de pais e irmãos em campo de concentração. Ambivalência ao desejar morrer para reencontrar marido e parentes e, por outro lado, viver para si e para olhar pelos filhos, trazendo-lhe angústia. Infarto vem quando internada, encontra-se dependente de outros. Sonho no CTI revela um perseguidor interno e ao acordar queixa-se do tratamento recebido, que igualmente lhe impõe uma prática persecutória. Hipertensão e obesidade são fatores importantes. Prognóstico é desfavorável do ponto de vista psicológico, se não receber ajuda para reorganizar sentimentos de perda e canalizar adequadamente a raiva.

Encontra-se em 49 no grupo IAM, com índice 44 (na posição a +17 da média), no subgrupo de risco psicossocial máximo.

CASO 10 - paciente masculino, branco, 59 anos, casado, 4 filhos sendo 1 casado, católico não-praticante, primário completo, funileiro autônomo, renda de 3 SM, natural e morador de Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Sexta-feira teve jogo de futebol. Acabei de assistir, fui ao banheiro, tomei um golinho de café e fui dormir. No sábado a turma gosta de tirar uma meia hora a mais de folga. Dormi um pouquinho mais: eu levantei às sete e meia. Quando levanto, assim no tempo do frio, sinto uma bronquite. Então deu aque

la vontade de tossir. Eu tossi e tudo bem. Tomei o golinho de café e tornei a ir ao banheiro. Aí a tosse já veio um pouco mais forte, mas eu sentia que aquela tosse pinicava. Sei lá, uma coisa esquisita. Teve uma hora que deu aquele ardume. Eu tossi seguramente uns 3 ou 4 segundos em seguida. Deu aquela queimação no meio do peito e foi passando, passando. Senti que eu já estava suando frio. Passados alguns minutos a mais, aquela dor modificou. Em vez de ser ardume, doía mesmo. Comecei a andar para lá, para cá. Abanei-me um pouco para ver se qualquer coisa resolvia. E transpirava cada vez mais. Aí falei para minha esposa que eu não estava bom e para chamar minha sobrinha para ver o que ela achava que era. Eu estava já pronto para ir trabalhar. Minha sobrinha falou para trocar de roupa e ir embora para o hospital. Chegando aqui me fizeram o eletro e fiquei na sala de observação".

"Geralmente quando a gente está assistindo a um esporte, sempre tem aquela tensão. Mas não teve nada disso. Eu estava contando agora para minha patroa. Não sei, não teve motivo. Se fosse reação para dar aquele efeito, eu não tinha nenhuma. Nada que pudesse me chocar ou me magoar teria acontecido antes. Tudo normalmente, tudo comum".

ANAMNESE DIRIGIDA: Conta que "não tive infância, foi com escola e oficina" e que a adolescência "foi a mesma coisa". Pai "enérgico, até meio violento, ele era fechadão e ponto final". Mãe "era o mesmo sistema". Terceiro filho de família de 5 irmãos, com eles "quando tinha que falar, falava mesmo". Namoro: "duas garotas sõ". Esposa excelente, mas exigente". Relações sexuais esporádicas. Refere que fazer amigos "é a coisa mais difícil do mundo: tenho acanhamento". Diz que "minha vida foi sempre retraída, nunca aberta". Quanto ao trabalho, menciona ter ansiedade "para fazer o meu serviço" e "sõ fico acabrunhado quando não tenho o que fazer". Lazer preferidos: televisão e futebol.

Tabagista desde os 10 anos de idade, chegando a 3 maços/dia até há 8 anos. Pararou quando teve o primeiro infarto aos 50 anos. Antecedentes familiares: pai falecido há 16 anos com "angina", mãe sofre do "coração com veia entupida", tio paterno falecido "do coração" há 6 anos. Recorda de colega falecido há 4 anos "de angina" e que "tinha mais ou menos a minha idade".

OPINIÕES: Infartos ocorreriam por "angústia, vida agitada e quando se quer definir ou realizar algo e encontra um não pela frente", acometendo pessoas que "acumulam a energia negativa e tem uma hora que precisa descarregar". Aponta os cuidados: "dieta, remédio e visita ao médico periodicamente". Refere que deixa "um complexo" e "receio de não poder fazer esforço e de pegar uma nega boa". Não sabe associar fatores ao seu infarto recente.

COMENTÁRIOS: Paciente com sinais de ansiedade durante a entrevista. Fatores biológicos de idade e hereditariedade são importantes, e psicológicos, como stress e identificação, parecem significativos. Relações interpessoais precárias desde a in

fância, necessitando criar e aprofundar vínculos e verbalizar melhor suas angústias. Poderia ser beneficiado com um acompanhamento psicoterápico. Tem utilizado o trabalho, como propriamente coloca, para "descarregar" a tensão emocional, procurando adaptar-se e tendo prognóstico psicológico razoável.

Encontra-se em 44º no grupo IAM, com Índice 13 (na posição -14 da média), no subgrupo de risco psicossocial mínimo.

CASO 11 - paciente masculino, branco, 43 anos, divorciado e com companheira, 4 filhos sendo 2 casados, religião indefinida, primário completo, funileiro empregado, renda de 4 SM, natural de Campinas e de volta à cidade há 17 anos.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu acredito que em parte seja por excesso de compromissos que a gente assume e tem que cumprir, responsabilidade e trabalhar demais. Eu trabalho das 7 às 6 da tarde e na parte da noite mais um pouco. Eu sou muito nervoso, muito explosivo, se tomasse uns calmantes, não teria acontecido isso. Eu achava que era um super-homem e que nunca eu ia ficar doente. O resultado está aí, porque doença não escolhe força, nem idade e nem tamanho. Do resto, a alimentação é normal, tudo é normal na vida. A vida de hoje, por si, já é uma vida brava. Não é fácil. Mas o meu enfarte não tem lógica."

"no sábado eu trabalhei até 5 horas da tarde, peguei minha mulher, minhas duas filhas, fui para casa de uma cunhada para passear. Só tem um erro, coisa que eu nunca fiz na minha vida foi tomar vinho seco. Mas não teve problema nenhum. Cheguei e fui deitar. Eu sinto um pouquinho de dor no peito, na musculatura, por causa de fazer força que o meu serviço requer. Faço uma massagem, depois durmo e tudo bem. Mas no dia seguinte, fui almoçar na casa de um cunhado. Foi quando comecei a me sentir mal. E deu impressão que era dó estômago. Achava que comi aquela salsicha e não sentou bem. Voltamos para Campinas e foi a minha sorte. Cheguei aqui, consegui trazer o carro até a porta, eram 4 ou 5 da tarde. O enfarte meu veio dar aqui dentro mesmo. Foi minha salvação, pois se dá na estrada, eu estava morto. Não vi o motivo de ter dado isso em mim. Sou um cara muito regulado, não faço extravagância. Não dá para entender."

ANAMNESE DIRIGIDA: Menciona que "não tive infância, porque já trabalhava" e "nosso pai abandonou a família". Adolescência "não foi proveitosa, foi desgastante, servindo para prejudicar agora depois dos 40" e "houve muita farra sem chegar a nada". Pai "maravilhoso até a data que ele vivia conosco, se engraçou com uma vagabunda e se mandou com ela". Mãe "pode não ter sido super-esposa, só se preocupava com a casa, onde ela era o eixo". Refere que desquitaram "repentinamente e acabou". Possui um irmão mais velho que "em caso de doença somos como carne e unha, mas somos rivais na profissão". Dificuldade em namoro: "o pai da moça não aceitava porque meus pais eram separados e briguei com ele; e depois fiz um casamento bobo com a mãe de meus filhos". Conta que há 6 anos seu divórcio foi um dos primeiros da cidade: "ela tem

um temperamento p^êssimo, que est^ã sozinha at^ê hoje; ê mulher irrespons^ãvel". Diz que "mesmo desquitado, tentei voltar mas n^ão deu: ela era relaxada moralmente". Sobre sua companheira, "agora vivo com a coisa mais linda desse mundo". Na sexualidade, "sou pacato, ãs vezes n^ão d^ã para concentrar". Rela^ções sexuais espor^ãdicas, "s^õ quando a cabe^ça esfria". Moram com o paciente duas enteadas menores. Relacionamento com seus filhos "n^ão ê bom porque a m^ãe faz a cabe^ça deles". Dificuldades na sociabilidade: "eu tenho cara da bravo". Menciona tentativa de suic^ídio com "son^ífero" e "s^õ consegui uma dor de est^õmago". Foi por ocasi^ão da uni^ão com a companheira quando "minha esposa interferiu, me deu um tique na cabe^ça e imaginei que eu queria acabar tudo".

Aponta aborrecimento na fam^ília h^ã 6 meses por "discuss^ão feia com meu irm^ão por causa de neg^õcios". Fala de problema financeiro de h^ã 1 m^ês quando "me atrasaram uns pagamentos" e que "se eu devo para uma pessoa, n^ão durmo". Tem planos de expandir sua oficina e poucos momentos de lazer. Deceve "4 tombos da minha motocicleta este m^ês". Conta que um tombo "foi pequeno mas agl^uentei o peso da m^ãquina inteira no corpo; por ser car^íssima, n^ão queria judiar dela". Considera-se pessoa nervosa, referindo que "xingo, apelo, pinto e bordo". Sente-se culpado ao achar que "falhei em rela^çã^o ã minha fam^ília; queria unir com essa de agora".

Antecedente de s^ífilis tratada h^ã 5 anos. Alimenta^ço rica em carboidratos, obeso tratando h^ã 3 meses com "farmac^êutico que deu um rem^êdio fraco". Tabagista desde 7 anos, chegando a 3 ma^ços/dia h^ã 1 ano quando deixou o h^ãbito: "quando vi meu p^ê inchado, tive uma discuss^ão com o cigarro; ê importante dizer que ê macho e parar de fumar". Antecedentes familiares e identifica^ções psicol^õgicas: irm^ão com "queima^ço no pesco^ço quando faz esfor^ço"; m^ãe teve "derrame e em 5 anos deu enfarte outra vez, isto ê, derrame"; tios e av^õ maternos falecidos "do cora^ço"; prima que "morreu com 33 anos de ataque card^íaco no cinema"; sogra falecida por "problema card^íaco". Destaca luto por tio da companheira: "nascido no mesmo dia e m^ês que eu, teve enfarte h^ã 3 meses" e que "gostava muito dele, era companheir^ão, foi como uma paulada". Aponta que, al^êm do seu infarto, "tamb^êm foram no meio do ano, nessa êpoca": a morte do pai e da m^ãe, o div^órcio e, agora, os tombos da motocicleta.

Reporta desconfian^ça h^ã cerca de 10 anos: "sempre tive medo do cora^ço". Com grande preocupa^ço com a sa^ude, h^ã 15 dias "disse a um vendedor que entregasse um dinheiro para minha mulher, pois eu poderia ter um tro^ço a qualquer hora". Considera que seu infarto "n^ão tem explica^ço", mas lembra que "pode vir da fam^ília, porque tem muitos card^íacos". Completa referindo-se "muito magoado com a vida" e que "me sinto meio homem com o enfarte".

OPINI^õES: Infartos seriam provocados por "abusar na pimenta, no tempero, na bebida", e os doentes precisariam de "repouso, mas 80% ê Deus quem ajuda" e que "se n^ão mata, deixa o cara imprest^ãvel".

COMENTÁRIOS: Paciente ansioso, fala em alta voz; dirigindo-se também aos companheiros de quarto, usa tom irônico. História relatada com riqueza de fatos. Lar de origem desfeito, sente dificuldade em organizar sua própria família, tem angústia e impotência sexual. Personalidade impulsiva interfere nas relações interpessoais, na programação adequada de trabalho e numa compreensão maior de seus sentimentos. Os acidentes de motocicleta e o infarto ocorrem como possível reação de aniversário a eventos psicologicamente significativos: a morte das figuras parentais e a oficialização da separação conjugal, provavelmente expiando culpas. Fatores biológicos importantes: hereditariedade, tabagismo e obesidade. Com opiniões contraditórias acerca de fatores associados à enfermidade, necessita de orientação médico-psicológica firme e esclarecedora. Se não elaborar adequadamente seus conflitos, seu prognóstico permanece sombrio.

Encontra-se em 39 no grupo IAM, com índice 47 (na posição a +20 da média), no subgrupo de risco psicossocial máximo.

CASO 12 - paciente masculino, preto, 42 anos, casado, 3 filhos menores, católico não-praticante, colegial técnico completo, topógrafo, renda de 10 SM, natural de Bocaina SP e há 17 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "No domingo, lá pelas 2 horas da tarde, almocei e sentei no sofá da sala para assistir os jogos olímpicos. Fazia meia hora quando comecei sentir uma dor fria no meio do peito, aqui em cima do estômago. Uma coisinha fraca. Não me preocupei muito porque costumo ter gases e dói às vezes. Mas depois aquilo foi aumentando, aumentando. Começou a me preocupar pois devia ser uma dor qualquer, mas não gases. Comentei com minha mulher que não estava bem porque era uma dor que nunca tinha sentido. Já pratiquei paraquedismo e tenho fraturas de perna, de braço, de clávicula. E o jeito era procurar um pronto-socorro para esclarecer logo. E aí me ocorreu, de repente, que as pessoas, que sentem qualquer problema de coração, não tem dor no coração, no sentido figurado de desenho, um coraçãozinho do lado esquerdo. Mas a dor é no meio do peito. Peguei a peruca e vim ao hospital mais perto. Fui chegando, fiz a ficha. Falei que não estava bem e se tivesse que esperar uma hora, como falou a mocinha, eu talvez pifasse ali. Sendo assim, entrei logo na enfermaria."

"Há uns meses atrás, comecei a sentir um calor muito forte no corpo e procurei o médico da firma. Estava com colesterol 100% acima do máximo e os triglecérides com mais 200%. Ele ficou assustado falando que eu estava com um pê na cova e outro numa casca de banana. Disse que eu tinha que emagrecer urgentemente. Há também muita tensão. Na vida de hoje, não se tem mais sossego, condições de trabalhar, de fazer um cálculo aritmético na cabeça. É para deitar na cama e não dormir, sentar e não comer. Há ainda a falta de segurança pela política falida, sistema financeiro falido, polícia falida."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância de "molecão com estilingue, maranhão e nadar no rio". Adolescência "não posso me queixar, muito sadia". Aos 2 anos perde a mãe com "tuberculose", sendo substituída pela avó paterna cujo relacionamento descreve como "amoroso", embora fosse "durona, dava com rabo de tatu". Pai "bom, mas dava tratamento fechado, era bravo". Filho do meio de família de 3 irmãos. Na escola, uma repetência "por displicência". Recorda que "não podia ver uma gata, namorava muito", mas que "não sabia conversar, não tinha assunto". Menciona ter "medo das pessoas, elas são incógnitas". Esposa "calma", relações extraconjugais são "muitas porque eu viajo muito".

Considera seu trabalho de muita responsabilidade; com volume aumentado há cerca de 6 meses, "nunca dá tempo de fazer tudo". Aos finais de semana fica "baqueado, sem vontade de voltar ao trabalho". Refere-se "inseguro, com medo de desemprego". Há um mês "cheguei a xingar colega de serviço, até falei besteira e precisei pedir desculpas". Pouco lazer. Ultimamente com "sono perturbado, eu grito, levanto, faço gestos". Lembra ter sonhado que estava fechado numa pirâmide de pedra: "era um segredo e como sairia lá de dentro?" Conta que corria uma água e começou a examinar: "vi limbo e concluí que era pirâmide velha". Diz ter visto uma pomba no ninho e cuidou dela: "pensei em soltá-la para voar e achar um buraco para sair". Comenta que ao voar, a pirâmide tornou-se abobadada: "daí a pomba sumiu nas pedras, abriu-se uma fenda e vi o lugar de sair e acordei".

Antecedentes: hipertenso sem tratamento adequado. Há 8 meses tratamento de hiperlipidemia: "mesmo com frio desgraçado, precisava ligar o ar condicionado no último para poder dormir, porque eu sentia um calor que pagava fogo". Tendência à obesidade, sem dieta adequada. Há muitos anos diversas fraturas ósseas por "prática de paraquedismo sem controle". Desde aos 14 anos tabagista ocasional, "fumo dependendo de meu estado emocional". Alcoolismo social, negando problemas orgânicos ou de comportamento. Na família, irmão com "esquizofrenia" internado há 10 anos. Recorda que a avó "tomava coramina para o coração e não podia faltar de jeito nenhum". Aponta luto há 3 anos por perda de um amigo acidentado no trabalho. Fala de colega de serviço acometido por problema cardíaco há 6 meses.

Fez consulta há meses com cardiologista com queixa de "tonturas". Preocupado com a saúde, chegou a comentar com a esposa, pai e amigo: "imaginava isso que aconteceu mesmo, até pior".

OPINIÕES: Infartos seriam motivados pela "vida moderna", acometendo pessoas "tensas, não abertas". No tratamento teriam que "esquecer do mundo, saram e tudo bem". Crê que seu estado tenha evolução favorável e rápida.

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista, descontraído. Enfatiza repetidas vezes que "os médicos deveriam falar em palavras mais populares aos pacientes" e "conversar mais". Diante de fatores morbidos, como hipertensão, hiperlipide

mia e stress, sentia-se angustiado com a saúde e sonha como sairia de uma pirâmide fechada. Tem cuidados inadequados consigo. Com atitudes hipomaníacas procura "esquecer do mundo", mas o crescente desgaste físico-emocional com o trabalho parece romper com suas defesas orgânicas e psicológicas. Necessitando que lhe sejam melhor explicados seus problemas de saúde a fim de ter material para elaboração mental destes fenômenos, bem como se beneficiaria com uma psicoterapia que pudesse, ao menos, mostrar-lhe seu comportamento extravagante, sem o que seu prognóstico pode complicar mais.

Encontra-se em 17º no grupo IAM, com índice 30 (na posição +3 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 13 - paciente feminina, 57 anos, casada, 4 filhos casados, católica praticante, primário completo, prendas domésticas, renda familiar de 3 SM, natural de Barretos SP, vindo para Campinas com 6 meses de vida.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu tinha uma dor em cima do coração e atrás, nas costas. Meu cardiologista me falava que isso nada tinha a ver porque coração não dói e que era do rim e devia procurar um urologista. Até nesses dias falei para meu marido que ia procurar um, mas quando foi quinta-feira eu fiz um pouco de excesso. Choveu, eu quis limpar os vidros. Sexta-feira já amanheceu doendo mais, aí já doía o peito. Ainda fui na cidade fazer compras. Cheguei, deitei e falei para o meu marido que não estava boa. Doía demais, até os nervos do braço. Quando foi sábado de manhã, levantei, fiz café e tomei. Senti falta de ar, coisa que nunca senti nas minhas crises. Doía, sufocava e faltava ar. Doía tanto que não podia encostar no carro e vim segurando no porta-luvas. As crises que eu tinha eram de coração descontrolado, dava moleza na perna. Corria no vidro de remédio, tomava, deitava meia a uma hora, passava e voltava ao normal."

"O médico me proíbe de fazer excesso, mas meu marido estava doente, fiz limpeza na casa inteirinha que tem 7 cômodos. Subi e desci a escada que tem 13 degraus. Tenho também um pouco de contrariedade. A gente passa nervoso. Um filho, faz um ano, desquitou. E tenho uma filha que é casada e na sexta-feira tiveram uma discussão na minha casa, perto de mim. Minha filha trabalha há 10 anos e eu olho os dois filhos dela. Mas meu marido é aposentado e me ajuda. As crianças não dão trabalho. Eu acho que foi disso, mas minha doença começou já faz 14 anos."

ANAMNESE DIRIGIDA: Perdeu mãe aos 3 anos de idade e pai aos 5 anos. Viveu com avó materna por 2 anos e depois com a irmã mais velha até o casamento. Filha caçula de família de 5 irmãos. A irmã "era autoritária e eu obedecia". Considera um tio materno como substituto do pai "porque meu cunhado nunca colaborou", mas o tio era "calmo, bom, carinhoso e me orientava". Contam que seus pais se relacionavam mal "porque o gênio dele era forte", mas "minha mãe era muito boa". Adolescência "muito

presa, rí-gida", e "namoro muito preso, sem intimidade: eu era acanhada". Marido é "bom, mas violento e explosivo; ele desabafa e não tem problema nenhum". Relações se-xuais freqüentes, mas prazer "poucas vezes".

Trabalhava como lavadeira até há cerca de 10 anos. Queixa-se do tempo curto: "não dá nem para fazer compras por causa da limpeza da casa". Aponta aborrecimentos na família. O genro "não é má pessoa, mas não pára em serviço; quando vai chegando 90 dias, vai encrencando e sai do serviço". Filho separado da esposa há 1 ano "por traição dela" e "me chocou muito". Menciona que a nora "foi se sujar com um rapaz que é caixa de um banco". Refere pouco lazer, televisão, mas "tenho muita vontade de viajar".

Comenta ter sido "saudável" até os 40 anos. Reporta que uma vez "deu uma dor no rosto e não dormi duas noites: era do coração, pressão alta". Diz ter se submetido a "abreugrafia, eletro e deu arritmia e coração grande". Hipertensão sob tratamento medicamentoso e dietético desde então. Hiperlipidemia idem. Tendência à obesidade: "meu médico quer que eu emagreça, faço de tudo, mas uma pessoa de idade assim não é fácil emagrecer rápido". Cirurgia de "fibroma no útero" há 12 anos. Problema de "tireóide" há 2 anos. Antecedente psiquiátrico e tratamento com tranquilizantes: "ficava com dor de cabeça e eu tinha complexo porque minha mãe morreu de câncer na cabeça", contando que "tinha medo e era nervosa". Mortalidade na família e processos de identificação: avô materna "morreu do coração, dormindo"; tia paterna, cuja perda refere ter sentido bastante, "morreu do coração" há 3 anos; primo paterno morto por "crise de angina" há 7 meses; e ainda perda recente de "compadre diabético que morreu de enfarte". Uma cunhada tem "angina" e um cunhado com "enfarte" há 2 anos, mas "se recuperou bem".

Menciona que seu infarto ocorreu "quando tirava o pó dos móveis" e estava alegre "porque no dia seguinte era aniversário de minha netinha". Recorda que há 1 ano "já suspeitava e falava para o médico" e 8 dias antes "senti uma dor". Associa sua enfermidade ao "excesso de trabalho". Acha que "não vou ser a mesma mulher, não vou agüentar o trabalho", pensando em "piorar", acredita que o "o médico vai fazer muitas recomendações" e que ficará "o complexo de voltar o que aconteceu".

OPINIÕES: Infartos seriam provocados por "contrariedade e aborrecimento no lar", acometendo pessoas "irritadas, que ouvem algo que não gostam". Acredita ser o que "mais mata hoje em dia".

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista. Fatores biológicos importantes: hereditariedade, hipertensão, hiperlipidemia e obesidade. Neurótica crônica com características obsessivas, parece canalizar sua ansiedade em rituais de limpeza da casa. Com baixa de auto-estima após o surgimento de enfermidades orgânicas, tendo que se afastar do trabalho. Identifica-se com parentes e amigos cardiopatas. Não tendo tido família nuclear estruturada, idealiza-a para seus filhos. O infarto

ocorre quando se vê muito angustiada diante dos problemas enfrentados pelos filhos em suas respectivas famílias. Necessitando elaborar a perda destes ideais, para não romper sua tentativa de adaptação emocional.

Encontra-se em 30º no grupo IAM, com Índice 23 (na posição a -3 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 14 - paciente masculino, branco, 72 anos, casado, 7 filhos sendo 5 casados, católico praticante, primário incompleto, vendedor de bilhetes, renda de 2 SM, natural de Dois Córregos SP e há 20 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Não posso dizer nada. Não sei se é porque eu fumava muito. Tinha muita tosse, muito catarro no peito. Sempre sentia uma dorzinha num lado, no outro, dorzinha fraca. Mas daí quando veio, foi forte mesmo. Uma dor que foi terrível. Vinha uma vez embaixo do braço, às vezes nas costas. Quando deu era noite e eu estava em casa. No outro dia, melhorei e fui trabalhar. Sou vendedor de bilhete de loteria. Trabalhei, trabalhei o dia todo e não aconteceu nada. No segundo dia aconteceu. Aí veio aquela dor forte mesmo. Fui ao farmacêutico e tomei uma injeção para acalmar a dor. Daí fui ao médico".

"No meu pensar, foi o cigarro. Tossia muito e fazia muita força para arrancar o catarro. Quem sofre da coluna, sente dor no peito, sente dor nas costas. No momento pensei que fosse aquilo. Não posso dizer nada."

ANAMNESE DIRIGIDA: Conta que "depois dos 7 anos comecei a trabalhar o dia todo de sol a sol". Adolescência era "sô atrás de namorada". Pai "bom, mas brigava fazendo a gente trabalhar" e mãe "boa". Confuso ao referir número de irmãos. Esposa "nervosa, a gente discute um pouco, ela reclama de tudo e eu não ligo com as coisas". Atividade sexual: "a patroa não quer mais". Aponta dificuldade para fazer amizades. Preocupação quanto ao trabalho mencionando que "se sobrar bilhete dá prejuízo". Pouco lazer, gosta de assistir a jogos. Comenta que há muitos anos tem o desejo de poder comprar uma casa.

Hipertensão sem tratamento adequado. Bronquite idem. Cirurgia na "próstata" há 1 ano. Tabagista desde os 13 anos, 1 maço/dia. Bebida alcoólica: "4 a 5 doses de pinga por dia". Refere "problema de nervoso" por volta dos 18 anos: "não gostava de encontrar com os amigos, disseram que era tireóide". Diz ter sido tratado com remédios. Recorda que tio materno, um irmão e um amigo "morreram do coração", mas mostra-se incerto desses dados. Acha que a esposa tem "problema de coração", pois tem "dor no corpo, na cabeça e falta de ar". Conta ter visto amigos que "morreram com enfiado e outros melhoraram". Há cerca de 2 anos desconfiava que tivesse problema de saúde "por causa da canseira quando me esforçava", fato que o deixava "desanimado". Agora receia "não poder voltar a vender bilhetes".

OPINIÕES: Não sabe precisar motivos de infartos, acometeriam os que "não de sabafam" e deveriam ser tratados com "bastante repouso". Crê que os doentes "depois de passar a dor, parece que está normal", mas "sempre tem aquele pensamento de poder voltar outra vez".

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista. Bastante breve em suas colocações. Sinais de comprometimento organo-cerebral: na memória, na orientação tempo-espacial, afetividade levemente empobrecida. Necessitando de terapia de orientação individual e familiar, próprias para paciente senil, para melhorar prognóstico psicológico. Fatores importantes: hereditariedade, hipertensão e tabagismo.

Encontra-se em 309 no grupo IAM, com índice 23 (na posição a -3 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 15 - paciente masculino, branco, 56 anos, casado, 3 filhas sendo 1 casada, católico não-praticante, primário completo mais escola industrial, mecânico de manutenção autônomo, renda de 3 SM, natural e morador de Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Na primeira vez, há 1 mês, quando eu senti essa dor, pensei que fosse pneumonia. Isso porque eu tive pneumonia há 6 anos atrás e senti uma coisa parecida com essa, uma dor nas costas e suava frio. Eu procurei de primeira mão saber se seria pneumonia novamente. O médico mandou tirar uma chapa do pulmão e deu só uma sombra, que foi a pneumonia. Eu fumava nesta ocasião e larguei completamente. Agora, sexta-feira passada, tornou a dar este sintoma. Estava trabalhando, fazendo um buraco na parede para colocar um exaustor num laboratório. Senti essa dor no peito, nas costas e nos braços. Da outra vez, dava e passava, mas desta vez não cessava mais. Cheguei em casa e vim para o hospital. Não fiz ficha, já vim direto para o médico. Na maca, onde eu estava, já tiraram o eletro e mandaram para o CTI. Daí se constatou que era enfarte."

"Eu penso que foi excesso de serviço. Eu estava fazendo uma parede de dois tijolos e havia calor intenso onde eu estava trabalhando. Estava suando muito. Quando estava quase no fim, pedi para o dono do laboratório um comprimido para passar a dor, mas não resolveu nada. Não tem explicação. Às vezes poderia ser um desgosto muito forte, mas nunca passei por esse problema..."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "foi ótima, fazia o que queria, aprendia mais do que as crianças de hoje". Na adolescência "passeava, tinha divertimentos". Pai "era violento quando tinha razões, ele era pela justiça". Chora bastante ao lembrar os cuidados do pai com os filhos: "fazia a gente estudar, tratava a gente na doença". Mãe "muito boa, até criava bicho-da-seda na fazenda e vinha trazer na cidade". Penúltimo filho de família de 6 irmãos. Mencionava que "às vezes tem um irmão que pensa que é mais do que outro, não frequenta a casa da gente, não cumprimenta na rua; não ligo porque penso que é pessoa ignorante". Esposa "excelente, mas não concordo que

ela discorde do que eu penso fazer; não me satisfaz". Relações extra-conjugais esporádicas no passado eram "sô de momento".

Refere aborrecimento no trabalho "por injustiça" há 5 anos. Diz que "desde o começo encontrei rivalidade no serviço, leva vantagem quem é amigo do encarregado". Agora sua preocupação é "trabalhar mais para entrar mais dinheiro". Conta sobre seus pequenos inventos patenteados, como um dispositivo para apanhar higienicamente canudinhos de beber. Lazer: práticas esportivas e televisão.

Antecedentes: "pneumonia" há 6 anos. Tabagista desde 15 anos até há 2 meses, 1 maço/dia. Comenta não gostar de guardar de memórias as datas de morte dos pais: "tenho sô arquivado em casa". Mãe teve "ataque cardíaco". Chora novamente ao falar da morte da cunhada há 2 meses: "fiz tudo o que podia por ela". Conhece pessoas que sofrem e morreram de problemas cardíacos, mas sem detalhes.

Tem a lembrança que dias após seu infarto "minha filha ia fazer um churrasco em homenagem ao dia dos pais". No dia do episódio estava "preocupado em terminar o serviço". Descreve o episódio dizendo que "poderia até morrer porque não agüentava mais: uma dor terrível". Pensa ter sido "como um sonho", afirmando que "talvez seja uma provação". Coloca que "já há muito tempo, cismava que era problema do coração porque sentia uma pulsação meio irregular". A esposa falou que era "impressão minha porque se fizesse isso, parava de uma vez". Pensava sempre no assunto "porque já tive parente e colega com enfarte e a gente nunca está escapado".

OPINIÕES: Aponta o hábito de fumar como o principal fator para infartos, cometendo "quem é ofendido, não desabafa e guarda por dentro". Deve-se cuidar em "não fazer muito esforço". Acha que os doentes "ficam com medo de ter outro enfarte, dirigindo carro e trabalhando em altura". Pensa que "se eu parasse de fumar há 2 anos, não teria dado".

COMENTÁRIOS: Paciente comunicativo, alonga-se bastante em suas colocações. Muito emotivo ao recordar-se de pessoas falecidas, sentimento mobilizado sobretudo por sua recente experiência de sensação iminente de morte. Fatores biológicos importantes: idade, hereditariedade e tabagismo. Um apoio psicoterápico poderia ajudá-lo a sair da depressão, enfrentar situações estressantes e não complicar seu prognóstico psicológico.

Encontra-se em 199 no grupo IAM, com índice 29 (na posição + 2 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 16 - paciente masculino, branco, 75 anos, casado, 3 filhos casados, católico praticante, primário completo, militar aposentado, renda de 3 SM, natural de Barretos SP e há 25 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Pensei que podia ser coisa simples. Não precisava vir ao médico. Tudo passava na hora. Eu ficava em casa e pronto. Vinha andando na rua depois do almoço, como todos os dias. E nesse dia, aconteceu isso. Senti so essa tonturinha. Deu vontade de desmaiar".

"Eu não tenho idéia nenhuma sobre o que é, porque eu fui um homem sadio. Tenho 75 anos e a única doença que me apareceu, há uns 20 anos, foi diabetes. São 75 anos. É a única coisa. Isso começou na cabeça. Depois não vi mais nada. Atê agora não senti dor."

ANAMNESE DIRIGIDA: Na infância, "criado no sítio, brincando com bichos o dia inteiro, minha família era de fazenda e era tudo com saúde". Pai e mãe "bons". Caçula de família de 3 irmãos. Casou-se aos 18 anos e teve 3 filhos. Conta que "fui convocado para o Exército com 23 anos e fiquei longe de todos; mandei arrancar meus dentes para ver se saia de lá, briguei e fui para a cadeia". Reporta que "não vi ninguém da família morrer: nem pais, nem tios, nem a esposa, nem o filho, porque estava na fronteira ou em outros estados". Completa colocando que "sô sabia por cartas e sofreu muito; fico comovido e não quero nem saber do que morreram". Refere que aos 31 anos pensou em "jogar-me do Viaduto do Chã, porque estava longe da mulher e dos filhos, mas, quando ia pular, me chamaram, conversamos e esqueci". Casou-se aos 48 anos pela segunda vez e teve mais um filho. Esposa é "ótima mulher" e "desabafo tudo com a patroa".

Sobre si, considera que "não gosto de nada errado" e diz: "na escola e quando trabalhei, eu mandava na turma". Lazer: "cuidar de plantas". Conta freqüentar cultos religiosos onde "se tem curado tanta gente, é coisa interessante" e relatando diversos episódios fantásticos. Luto significativo: morte de genro há 2 meses. Aponta aborrecimento por questão financeira há 2 semanas: "calculava, por erro nas contas, um aumento maior do que veio".

Morbidade: diabetes tratado com hipoglicemiantes e com dieta há 20 anos, impotência sexual secundária e hipercolesterolemia tratada com dieta há 15 anos. Tabagista por 3 anos, interrompeu hábito há 20 anos. Conta que "ficava nervoso por causa do diabetes, porque cada um falava uma coisa, atê que um médico me explicou". Comenta que "costumava cavar um buraco enorme na terra, agora não consigo, me sinto mole". Esta é a sua primeira hospitalização. Lembra-se de que a esposa "sofre do coração, tem batedeira" e de um vizinho "de que abriram o peito de fora a fora por causa do coração".

OPINIõES: Problemas cardíacos seriam provocados por "problemas de alimentação", acometendo "pessoas nervosas que com qualquer coisa ficam tremendo" e "também pessoas que não falam ficam atê doentes". Crê que o tratamento deva ser "não fazer força, não andar muito". Parecendo confundir o infarto, diz que "uns ficam meio torto, meio manco; tenho visto casos que pioram com este derrame". Receia deixar de faz

zer passeios e acha que pode ter um "derrame" e morrer.

COMENTÁRIOS: Paciente bastante ansioso, confuso e demorado nas suas colocações. Apresenta-se com reações paranoídes, interrogando várias vezes se esta entrevista não teria sido mandada por seu médico. Queixa-se que ele não lhe fala do problema de sua saúde. Quadro clínico sem sintomatologia específica colabora com mecanismo de negação, evitando pensar em fatores associados à sua enfermidade e em identificá-la. Desembaraça-se e alonga-se bastante somente ao relatar sua vida militar, problemas de disciplina e mudanças frequentes de cidade. ECG aponta infarto antigo não relatado, assintomático ou negado. Com infarto atual de alta gravidade clínica e mau prognóstico, necessita de esclarecimentos e orientação médica detalhada para atenuar a ansiedade, como a exemplo do diabetes. Pode ainda ser ajudado a elaborar perdas significativas ocorridas ao longo de sua vida. Infância boa lhe favoreceu o prognóstico psicológico.

Encontra-se em 399 no grupo IAM, com índice 18 (na posição a -9 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 17 - paciente masculino, branco, 69 anos, casado, um casal de filhos solteiros, agnóstico, gerente comercial, renda familiar de 36 SM, natural da Bélgica e há 35 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu tenho angina de peito. Vou dizer que é latente porque nunca tive essas crises violentas. Nunca me incomodou. Tenho uma vida regular, pacata. Uma vida de escritório. Ao que posso atribuir esse mal-estar, que tive, começou há uma semana. Moro num prédio de bastante andar e faltou eletricidade. Tive de subir uns 8 andares a pé. Se eu tivesse algo, seria uma coisa que possivelmente não iria fazer. Na semana, foi tudo normal. Na festa dos pais, a gente faz alguns excessos, talvez. Um pouco de bebida, mas não muito pois não sou de beber. Sobrecarrega alimentação. De qualquer modo, segunda-feira de manhã estava bem, fui trabalhar sem nenhum mal-estar. Às 9 horas, senti umas pontadas perto do coração. Engoli um medicamento, que nunca tomo. Medicamento para pôr embaixo da língua. Não resolveu nada. Pedi um copo de água fria para tentar reanimar, pois sentia tonto. Não cheguei a engolir, pois meus colegas já perceberam que eu estava mal. Felizmente me conduziram ao CTI daqui, onde recebi um tratamento minucioso. Acharam que era uma isquemia."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "com saúde". Adolescência "atrapalhada pela separação de meus pais". Pai "era trabalhador", mas "ele estava errado, era frio, divorciou-se quando eu tinha 9 anos e migrou para o Brasil". Mãe "teve problema pulmonar e eu fiquei num pensionato, mas ela e a família me deram total apoio". Filho único. Namorou "pouco". Considerava-se "mais introspectivo do que extrovertido". Lamenta ter "que romper pelas mudanças, tive muitos cortes de relacionamento". Separação no primeiro casamento, sentindo-se "desamparado". Veio para o Brasil com 32 anos, onde ca

sou-se pela segunda vez: "tenho que me apoiar em alguém nascido no Brasil". Sente que às vezes o tempo é curto para os afazeres, admitindo ser mais ou menos nervoso", embora refira que "desabafo rapidamente e não guardo rancor". Lazer: leitura, televisão e "gostaria de poder viajar".

Antecedentes: "eczema durante a Guerra, melhorou quando vim para o Brasil; era do tipo seco e incomodava". Diz que "também o clima daqui foi bom para meus problemas respiratórios". Amigdalectomia aos 47 anos. Vida sedentária. Admite que pai possa "ter morrido do coração, pois tinha modo de vida exigente". Para saber se podia morar com a mãe, "fiz exame médico e fiquei sabendo que tive insuficiência mitral".

Seu infarto ocorreu "na véspera do dia dos pais". Refere que "andava com o coração primido para o bolso, mas sem necessidade de usar". Conta que no dia estava "cansado por ter assistido jogos pela tevê até altas horas".

OPINIÕES: Pensa que infartos sejam ocasionados por "predisposições congênitas". Acometeria mais pessoas "pessimistas e agitadas". Sabe citar 4 exemplos para a prevenção do coração. Aponta como cuidados: "regime, vida extremamente controlada, readaptação das atividades profissionais e filosofia de viver menos tensa". Psicologicamente, diz que as pessoas com IAM "fazem uma volta sobre si mesmas". Crê que seu infarto deu-se por "esforço físico, por imprudência subi 8 andares a pé" e por ter "abusado na alimentação". Sobre sua evolução, considera que "aos 70 anos não desapa- parece uma angina de peito". Quanto ao tratamento, diz que "posso renunciar facilmente as coisas".

COMENTÁRIOS: Na entrevista aparenta tranquilidade. Mas apresenta traços obsessivos, é metódico, embora se considere "negligente", por exemplo, com a organização de objetos pessoais. Teve infarto de pequena extensão, chamando-o "isquemia". Paciente é esclarecido, comunica-se bem. Esposa conta que recebeu muitas visitas, tendo ficado agitado, foi necessário chamar o médico. Bom prognóstico psicológico na medida que puder verbalizar mais naturalmente seus sentimentos.

Encontra-se em 499 no grupo IAM, com índice 7 (na posição a -20 da média), no subgrupo de risco psicossocial mínimo.

CASO 18 - Paciente masculino, branco, 66 anos, casado, 3 filhos sendo 2 casados e 1 divorciado, pentecostalista, analfabeto, aposentado, renda familiar de 1 SM, natural de Ibirã SP e há 24 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu estava andando. Daí começou arder o estômago. Eu pensava o que poderia ser, pois nunca tive azia. Ardia, mas meio dolorido. Fui para casa, comecei a suar frio. Telefonaram para o filho e fui trazido ao hospital. E continuava um ardimento, uma falta de ar. Estava desconfiado que fosse aquela coisa de outra vez. Seria um começo de enfarte."

"Não fiz esforço. Correr eu não posso. Se corro 20 metros, preciso deitar. Não agüento. Sempre devagarinho. Não bebo. Na minha vida está tudo normal. Da outra vez começou assim também. Não posso dizer porque ocorreu isso".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "foi de trabalho, seria bom se viesse outra vez". Adolescência "era muito melhor, eu não pensava em nada". Pais "bons". Terceiro filho de família de 7 irmãos. Única namorada, com quem se casou. Refere-se à esposa como "autoritária". Cita o genro que "é cabeçudo, é alcoólatra". Queixa-se de preocupações de vida e que "tem dia que não tenho vontade de tomar banho". Faz caminhadas e joga "boccia", mas "gostaria de passar o dia na beira do rio, mesmo que não pegasse um lambari".

Refere hipertensão há 6 anos. Infarto antigo há 9 anos. Várias internações por problemas cardíacos nos últimos anos. Pai morto por "falta de ar por problema do coração" há 15 anos. Recorda-se que "um conhecido morreu do coração há 3 anos".

OPINIÕES: Pensa que infartos sejam provocados por problemas emocionais, acontendo pessoas que "passam desgostos e não podem desabafar". Acha que os cuidados incluem "não correr, não trabalhar, viver mais calmo e não comer muito sal, pimenta e comida gordurosa". Crê que "o mundo acaba, não se tem mais ambição; deve-se esquecer e se aparecer uma dorzinha, deve-se pensar que é passageira".

COMENTÁRIOS: Paciente ansioso na entrevista, quer prolongá-la, mostrando necessidade de falar mais. Às vezes, envergonhado achando que pode não estar dando "respostas certas" ao entrevistador. Revelando-se "desnorteado", sua história tem momentos em que se manifesta mais deprimido; outros, mais ansioso. Necessitando, ao menos, de terapias de esclarecimentos e alívio para não agravar seu prognóstico psicológico. Hereditariedade e hipertensão são fatores importantes que se somam ao fato de ter infarto antigo.

Encontra-se em 359 no grupo IAM, com índice 21 (na posição a -6 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 19 - paciente masculino, branco, 54 anos, amasiado, 5 filhos, católico praticante, ginásial incompleto, corretor, renda de 2 SM, natural de Sorocaba SP, há 3 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Duas ou três vezes, eu tive um problema de dor no rosto, na face esquerda. Ela corria nos ombros e sentia um peso, no começo, no pulmão. O pulmão se fazia presente. Quando a gente está na saúde perfeita e não sente nada, a gente não sabe que tem o dedão do pé. A não ser que a gente se leve por uma imaginação sobre onde ele está".

"Quando começava esta dor, eu não podia ficar de costa no colchão. Depois ia

dando um vazio bem em frente ao peito. Uma dorzinha não violenta, mas marcando presença. Ocorreu era 1 hora da manhã. Os medicamentos que o cardiologista tinha me dado, eu peguei e coloquei debaixo da língua. Transcorreu uns 30 minutos e não passou a dor. Fiz a repetição e não passou. Ia chagando 3 horas da manhã e é um perigo sair à noite. Fui me agüentando. Tomei comprimidos de Aspirina e não surtiu efeito. Quando deu 5 da manhã, fui então procurar socorro. Tiraram a pressão. Para facilitar ao médico, levei todas as chapas do pulmão e do coração. E também as receitas do cardiologista. Segundo os médicos, não foi a primeira vez que me deu este problema. Pelos eletros, dizem que tem problemas anteriores".

"A vida está difícil. Uns dizem que a gente não deve se preocupar com as coisas e levar tudo meio na esportiva. Mas não é possível. Se se tem um compromisso, e se quer cumprir, mas tem um problema desfavorável, tem que se passar nervo. Eu tenho que trabalhar e 5 bocas prá dar de comer. A gente precisa fazer aquele esforço e, às vezes, as coisas ficam sob medida."

ANAMNESE DIRIGIDA: Comenta que "não fui um filho amamentado porque minha mãe teve inflamação". Pai falecido aos seus 6 anos, mas "recordo do carinho dele". Refere sua educação como "errada no ponto que fala de sexo, de honradez, da hombridade e quando eu saía, sentia a diferença". Tem 6 irmãos. Diz que "evito o mais velho porque ele é meio segundo pai, um mestre". Desquitado porque "havia contraste na educação; a minha é patriarcal e ela desobedecia". Com companheira há 13 anos.

Afirma que "a humanidade é gozadora, as pessoas me olhavam de lado, diziam que eu era bobo, riam, queriam ser mais machos". Reporta que há 3 anos "cheguei a agredir com violência para impor "hombridade", fui para a delegacia, daí abafaram porque nunca fui disso". Sente-se culpado, dizendo que "meu primeiro filho poderia ter se formado, se eu não tivesse me separado".

Hipertenso sem tratamento adequado. Infarto subclínico há 4 anos. Refere hipotireoidismo sob tratamento há 1 ano. Alimentação rica em carboidratos. Um irmão de 70 anos com "arritmia no coração". Menciona 3 primos que sofreram infarto e um conhecido operado do coração. Refere ainda tio e cunhado falecidos por problema cardíaco.

Associa seu infarto a ter sido "assaltado num bairro perigoso" há 1 mês. Mostra-se agora preocupado em "ter que diminuir o ritmo de trabalho e passar alguma carência".

OPINIÕES: Coloca que o fator mais correlacionado com o infarto seja "comer muita gordura", incidindo mais em pessoas com "muita preocupação, nervosas com o que não dá certo", devendo, como cuidado, "desligar o pensamento dos compromissos". Diz que os doentes "ficam deprimidos, sofrem porque têm uma capacidade reduzida e pode-se achar que é vagabundagem". Acha que seu infarto foi provocado por "desgaste físico".

COMENTÁRIOS: Paciente muito prolixo. Volta repetidas vezes a falar sobre seu

hipotireoidismo. A cada questão colocada, perde-se em comparações, citando inúmeros casos de seu conhecimento. Sinais de debilidade mental limítrofe, tem dificuldades de lidar com seus problemas, é impulsivo e querelante. Idade, hereditariedade e hipertensão são fatores importantes, agravados por seu tipo de personalidade. Prognóstico psicológico deve ser melhorado com orientação sobre questões de saúde e da vida em geral.

Encontra-se em 14º no grupo IAM, com índice 31 (na posição a +4 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 20 - paciente masculino, branco, 57 anos, casado, 2 filhos casados, espiírita, 2º grau completo, aposentado, renda de 30 SM, natural de São Paulo SP e há 14 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Sou um homem muito metódico. Não fumo, não faço excessos. Não bebo. Estava numa fase despreocupante e não posso compreender a causa deste enfarte. Saí de manhã pra fazer umas comprinhas e eu gosto muito de andar. Quando saí de casa, eu fui imprudente, eu vou reconhecer. Quando andei uns 200 metros, comecei a sentir o corpo pesado. As pernas estavam com dificuldade para sustentar o corpo. Resolvi continuar e fui até o mercado. Na volta, senti uma dor no peito. O curioso foi isso, porque dizem que enfarte dá muita dor no peito. Senti um mal-estar muito forte. Comecei a transpirar muito e fiquei completamente molhado. Com falta de ar e respirando com muita dificuldade. Eu carregava sempre comigo, na minha bolsinha um vidrinho de comprimidos. Dizem que todo homem deve andar com esse negócio e tenho impressão que me ajudou muito. Parei a uns 200 metros da minha casa, sentei numa vitrine e pus um comprimido debaixo da língua. Deu uma aliviada. Quando estava entrando em meu apartamento, tomei um outro. Aí minha mulher soube e me trouxe para o hospital".

"Eu posso me considerar um hipertenso. Mas eu negligenciei um pouco, porque eu não tomava os remédios com muita frequência. Eu não levei muito a sério este negócio, porque eu me sentia forte, me sentia bem. Pode ser isso."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância: "embora sem recursos, meus pais estavam bem, tínhamos bons brinquedos". Adolescência foi "numa época ainda muito boa". Pai "era autoritário e exigia". Diz que "tínhamos horários para comer: tinha sopa e era uma tradição; não tínhamos muito acesso a ele". Mãe "dava mais liberdade que o pai, mas nem tanto" e "ainda é muito vaidosa". Ralecionamento entre eles: "quando éramos maiores não foi muito bom: ele tinha algumas aventuras e ela acabou aceitando por tolerância". Caçula de dois irmãos. Esposa "é inteligente e atualizada, tem temperamento forte, é muito ativa". Relata experiência antiga extraconjugal, "mas minha mulher é superior".

Refere que há 5 anos tem estado deprimido: "tive um grande impacto com a aposentadoria, acho que poderia aproveitar melhor o tempo". Sentimento de inferioridade "pela visão e pela inibição". Reporta que "os colegas iam ao cinema, sentavam lá atrás e eu não enxergava nada, depois que comecei a estudar o espiritismo, me conformei por

que vi tanta gente pior do que eu". Fala ainda ser "muito ordeiro; deixo meus documentos todos bem guardados e arquivados". Lazer: "música erudita e tevê".

Hipertenso sem tratamento adequado. Hiperlipidemia e obesidade tratados por dieta. Tuberculose pulmonar aos 17 anos. Miopia de 22 e 30 graus. Problemas de "preocupação" há 10 anos, tratada com "calmante", explicando que "meus filhos são bons, mas andaram dando trombadas com carros". Vida sedentária. Avô paterno e avô materna "sofreram do coração". Menciona cunhado que fez "ponte safena" há 2 anos e compadre que "morreu de enfarte" há 6 anos.

OPINIÕES: Crê que infartos sejam motivados por "preocupação, stress, problemas", e devam ser tratados procurando "não se aborrecer", mas completa que "outros fatores, como a parte social está fora do controle pessoal". Acha que a doença "mata, mas com a ponte safena, a situação modificou". Pensa que os doentes "ficam meio traumatizados", mas "eu aceitei, não estou muito preocupado". Lembra que antes de seu infarto "minha neta, nora e filho estavam passando uns dias em casa e eu estava alegre". Na recuperação, receia ter que deixar "viagens, caminhadas, atividades sexuais".

COMENTÁRIOS: Paciente tranqüilo na entrevista, apresenta traço depressivo. ao falar de seus antecedentes mórbidos, com sentimentos de baixa auto-estima. Esposa deixa o quarto para a entrevista, mas mãe permanece, intervindo por não querer que o paciente "converse muito". Fatores bio-heredológicos importantes. Dã sinais de capacidade de vir a compreender possíveis fatores emocionais não conscientes associados aos seus estados de morbidade, beneficiando-se assim de psicoterapia e evitando um prognóstico psicológico de dificuldades.

Encontra-se em 24º no grupo IAM, com índice 27 (na posição sobre a média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 21 - paciente masculino, branco, 72 anos, viúvo, 1 filho casado, católico praticante, ginásio incompleto, aposentado, renda de 1 SM, natural da Itália, morador de São Paulo e há 3 meses em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Estou com 72 anos e há 3 meses atrás recebi um golpe muito forte. Faleceu a esposa. Aquilo me pegou, aquela dor. Sei lá o que houve. Começou aquela dor e eu não liguei. Como o filho me convidou para vir morar com ele, eu vim para cá. Ele tem um pedacinho de terreno. E para distrair, comecei a lidar com a enxada, fazer uns canteirinhos, plantar umas verdurinhas. Veja que eu forcei. Andava muito magoado e à noite sô chorava. Como ainda estou hoje. E a dor espalhou, ficou aquela dor forte aqui. Tive uma espécie de enfarte e eu não liguei. O filho disse que eu não estava bom e quis me trazer ao médico. Respondi que nunca tinha tomado remédio, nunca fui ao médico, sempre tive uma saúde de ferro, nunca tomei injeção. Não quis nem saber, pois vi o que tinha acontecido com minha esposa. Dali a uma semana, começou outra vez, mais para cima do estômago. Meu filho se assustou e me levou a um

cardiologista, que disse eu ter tido um enfarte. Disse que eu tinha escapado de um enfarte, mas não esperaria de um segundo. Mas de doença mesmo, nunca tive nada, nada, nada. Com 72 anos, não sabia o que era uma pílula. Este é o meu problema".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "controlada porque meu pai não deixava nem ficar descalço e batia na gente". Mãe "era caseira e apanhava no lugar de nós". Mais velho de família de 5 irmãos. Migrou para o Brasil aos 15 anos. Queixa-se que "o irmão mais novo ficou melhor de vida e passou a não ligar mais pra gente". Refere-se "muito tímido" para o namoro. Esposa: "combinávamos até no pensamento" e "viajávamos muito ultimamente". Lembra que "os vizinhos nos chamavam de pombinhos e isso me dá uma dor no peito: eu ainda creio que minha patroa venha me buscar". Aposentado, trabalhava consertando relógios de pessoas conhecidas. Refere que ultimamente tem dormido menos, ficando irritado e tem dificuldades para se distrair.

Nega qualquer antecedente mórbido. Obeso. Alimentação rica em carboidratos. Tabagista de 1 maço/dia desde 15 anos. Aponta amigos mortos "por problema de coração", mas não detalha. Retoma o assunto de sua esposa, dizendo que "foi matada". Diz que há 11 anos "era forte mas apareceu um carocinho no seio", "fizeram uma biópsia e disseram que era só um sebinho, mas mesmo assim tiraram o seio e fizeram radioterapia". Afirma que "os resultados dos exames davam tudo normal, foi a quimioterapia que prejudicou a saúde, pois só vomitava e acabou morrendo".

OPINIÕES: Considera que infartos sejam ocasionados por "muita preocupação e vida agitada", acometendo pessoas "que buscam muitas aventuras e vivem de muitos excessos". O tratamento constaria de "não fazer muito esforço e preocupar-se menos", achando que "fica-se aborrecido porque não sabe se se vai normalizar a saúde": Refere que "voltando para casa, vou comer as coisas que eu quero: ou eu pifo ou recupero de vez".

COMENTÁRIOS: Paciente deprimido, chora diversas vezes na entrevista. Procura va negar a gravidade da enfermidade da esposa e tem dificuldades de elaborar sua perda. Valoriza muitos detalhes da evolução da doença e da sua morte. Coloca seus sintomas e a evolução do seu infarto num plano inferior. Com sentimentos de desesperança, baixa de auto-estima pelo comprometimento de sua saúde, estando de solidão e desejo de morte, identifica-se com pai que "quando ficou viúvo, vendeu tudo". Tabagismo e obesidade são fatores biológicos. Necessita, ao menos, de terapia de apoio para não comprometer seu prognóstico psicológico.

Encontra-se em 359 no grupo IAM, com índice 21 (na posição a -6 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 22 - paciente masculino, branco, 70 anos, casado, sem filhos, católico não-praticante, primário incompleto, pedreiro, renda de 1 SM, natural de Sumaré SP e há 50 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Ao sair de casa, andei um pedacinho e começou a me acalçar um pouquinho. Fui andando, andando e passou. Quando foi mais tarde, deu outra vez aquele aperto forte. Tão forte, que molhou de suor a calça e a camisa. A dor apertava cada vez mais e não passava. Acalcava, expremia, parecia que ia explodir tudo. Estava meio coisado com a cabeça porque aquela dor não melhorava. Aí fui à farmácia. Chegando lá, mediram a pressão. Disseram que a pressão não era porque estava boa, estava 14. Disseram para eu ir tomar um banho e dar um pulo lá no hospital. Tomei banho, troquei a roupa e vim para cá. Cheguei aqui devia ser umas quatro e pouco. E cada vez pior. Cheguei e disseram que era o coração".

"Não sei o que seria, pois não sentia nada. Sentí só aquilo na hora e foi apertando. Não tenho intenção nenhuma do que seria porque não fiz nada demais".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância: "comecei a trabalhar cedo, sou judiado desde pequeno, meu pai morreu quando eu tinha 9 anos". Na adolescência "única distração era a plantação". Pai "bom, nunca me bateu". Mãe "melhor do que o pai", "fiquei com ela e não quis casar". Mais velho da família de 4 irmãos. Casou-se aos 65 anos. Esposa "não faz nada sem ordem, nós nos regulamos". Criou 2 sobrinhos.

Considera-se exigente na realização dos serviços profissionais para os quais é contratado. Refere que há 1 ano "diminuí o ritmo do trabalho por conta própria". Recorda que há muitos anos "perdi dinheiro com parente, por empréstimo, mas não fui atrás para não ficar inimigo". No entanto, coloca ter "paciência demais", não ter "rancor" e que "não levo nada a sério, converso com todos". Comenta que almejaria "comprar uma chacinha para plantar e criar animais". Como lazer, aponta televisão e amizades.

Hipertensão "já chegou a 22", mas "tomava um comprimido a cada 15 dias". Relata "úlceras há 30 anos", agora sem sintomas. Alimentação rica em carboidratos. Tabagista de 5 cigarros/dia desde 14 anos. Aponta "primo que regula comigo pela idade", que "já teve duas vezes problema de coração, mas eles não falam e eu não pergunto". Lembra ainda de "antigo vizinho", que "sofria do coração e um dia caiu morto; era mais novo que eu".

Reporta que no sábado anterior ao infarto "fui convidado para um churrasco, mas não fui porque não estava animado". Recorda que há 1 ano "minha pressão já tinha subido muito e enrolou minha língua". Ultimamente pensou "como iria deixar minha casinha para meus sobrinhos".

OPINIÕES: Acha que infartos sejam "do corpo mesmo", acometendo "gente atropelada de natureza". Sobre tratamento "são os médicos que sabem", mas que "se não acode, mata". Pensa que as pessoas se sintam "iguais como antes pois passam as dores". Sobre os fatores de seu infarto "não sei, desde criança nunca sofri nada, Deus marcou para a gente". Crê que deverá "firmar porque não vou fazer esforços, não vou abusar e de vez em quando vou tomar remédio".

COMENTÁRIOS: Paciente tranqüilo na entrevista. Há identificação com vizinho falecido e primo, ambos cardiopatas e com idades próximas. Negligência no cuidado com a saúde pelas circunstâncias sócio-econômico-culturais e razões psicológicas, como negação. Hipertensão é fator preponderante. Bom prognóstico psicológico auxiliado pelo bom contexto de relações nas famílias de origem e atual.

Encontra-se em 39º no grupo IAM, com índice 18 (na posição a -9 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 23 - paciente masculino, preto, 61 anos, viúvo, 4 filhos, católico praticante, ginásio incompleto, vigilante, renda 1 SM, natural de Maracás BA e há 14 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu não posso nem saber como aconteceu. Eu estava são. Não sentia nada. Eu acho que isso aconteceu por muito nervo de eu ficar sem minha esposa. Eu não sentia nada disso. Nem pressão alta, nem baixa. Acho que começou depois da falta de minha esposa, que a gente fica nervoso. Fica sentido, pensativo. Daí para cá, subiu a pressão. Fez um mês que eu vim aqui. Eu vi o eletro que deu enfarte. Mas não pude internar porque não tinha vaga. Voltei pra casa e fui trabalhar assim mesmo. Num domingo há 20 dias, tornou a dar e cortou até a fala. Melhorou e fui trabalhar assim mesmo. Neste sábado, quando estava trabalhando à noite na guarita, estava sozinho e gritei para os vizinhos que me socorreram. Telefonaram para meu pai, mas quando ele chegou eu já tinha vindo pra cá."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "não foi muito boa, porque fiquei sem mãe com 9 anos e sofri". Conta que não pôde ficar com seu pai: "ele me deixou com uma mulher estúpida e saí pelo mundo com 10 anos". Mãe "morta de problema de parto", tida como "um ouro", sendo que "meu pai judiava dela e eu sentia muito". Terceiro filho de família de 9 irmãos. Esposa falecida de "derrame" há 9 meses, era "mais calma que eu". Chora ao assinalar que "foi casado 45 anos, 10 meses e 15 dias e sinto muita saudade". Ressalta sua responsabilidade de 6 anos, sendo vigilante noturno em um supermercado e seu trabalho com os cuidados de casa durante o dia. Menciona ter sentido "canseira por cortar lenha e até vendi os machados". Como lazer, conta que ouve discos, toca viola, canta música sertaneja e estuda livros bíblicos.

Hipertensão sem tratamento adequado "apareceu depois que minha mulher morreu". Obesidade. Há 9 anos "úlceras curadas com remédios". Alimentação rica em carboidratos. Refere que aos 25 anos "bebia muito e parei por causa do exemplo a meus filhos". Lembra que o pai "sofria de problema de coração, fazia regime e controlava o esforço no trabalho" e, ainda, que "na família de meu pai, quase todos morreram do coração". Aponta primo falecido "com enfarte" há 1 mês. Menciona que recentemente "expliquei para a vizinha que coisas deveriam ser dadas para cada um e que gostaria de ser enterrado em Sumaré.

OPINIÕES: Crê que infartos sejam motivados por "nervosismo, ser pensativo, fraqueza e esgotamento", sendo que o tratamento "são os médicos e a ciência sabem", mas cita o cuidado de "não ficar com aquilo na idéia". Acha que "não se fica como era antes e leva controlado". Pensa que seu infarto tenha sido ocasionado por "cansaço físico de muito trabalho".

COMENTÁRIOS: paciente deprimido, mas conserva boa fluidez em seu discurso. Necessitando verbalizar sobre a perda da esposa. Recorrendo a hipomania, negligencia cuidados com a saúde, com trabalho aumentado e chega a pensar em sua morte. Fator hereditário, idade, hipertensão e obesidade, aos quais se somam um luto com elaboração difícil e stress no trabalho, não lhe dão um prognóstico psicológico bom.

Encontra-se em 239 no grupo IAM, com índice 28 (na posição a +1 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 24 - paciente feminina, branca, 56 anos, casada, 9 filhos, batista praticante, primário incompleto, prendas domésticas, renda familiar de 4 SM, natural de Lins SP e há 30 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "O problema maior que me prejudicou muito, doutor, foi depois que minha filha começou a ter os desmaios. Aí eu me preocupava muito. E outra foi a bebedeira do meu marido. Ele, nesses últimos tempos, começou a beber por demais. Quando ele saía, eu ficava preocupada."

"Agora vieram essas pontadas assim. Passei o dia boa. No sábado ainda despedi dos meus filhos na sala para eu ir deitar. Eram umas 9 horas. Eu estava sentindo assim como uma tristeza, um abafamento, mas não tinha dor. Aí começaram aquelas dores fortes como umas pontadas. Eu deitei. Quando peleejei para virar, não conseguia. Aí queria respirar para chamar eles que estavam na sala e eu não podia. Aí com muito custo, eu dei um grito com voz rouca e meus filhos vieram correndo. Me viraram e eu não podia mais conversar. Cheguei ruim lá e não me internaram. Só me aplicaram uma injeção na veia, puseram remédio debaixo da língua. Falaram para eu ir embora, procurar outro médico e fazer o eletro. Na segunda-feira meu marido foi e marcaram para quinta-feira uma consulta. Fomos lá e disseram que o INPS não estava internando. Fui pra casa e quando cheguei de noite fiquei ruim outra vez. No dia seguinte, vim de ônibus para este hospital e na subida até aqui, ao chegar na emergência, já não conseguia segurar o fôlego".

ANAMNESE DIRIGIDA: Na infância "meu avô tinha sítio e a gente tinha liberdade". Relata que aos 13 anos "meu avô perdeu tudo, fui pra cidade trabalhar de empregada e não tive mocidade com prazer de ir em festa". Pais eram "calmos e bons". Oito irmãos. Vida conjugal, até aos 15 anos, "foi uma maravilha". Depois marido "começou a beber". Menciona que há 2 meses "passei nervoso porque ele bebeu demais". Conta que deixou então de beber porque "o filho falou que ela estava me matando de desgosto".

Ao responder a data de seu casamento, comete um lapso, citando o dia do infarto. Refere pouco interesse sexual, associando-o à "cirurgia do útero" há 20 anos.

Lamenta não ter estado no Paraná, onde perdeu 3 primos, e teme não ter condições de ir para lá passar o Natal com a irmã que não vê há anos. Cita ainda o aborrecimento de estar há meses atrasada com prestações do BNH. Refere que "são sinto aquele abafamento, mas sem motivo" e "não sou de reclamar, se sou ofendida, aquilo fica comigo". Conta distrair-se com visitas domiciliares à comunidade religiosa e cuidados com os netos.

Hipertensa com tratamento há 6 meses, porém inadequado. Refere ter sido obesa quando solteira, usa hipoglicemiante oral, embora "já estive desacordada por ter abusado do doce em fim-de-ano". Antecedente psiquiátrico: uso de calmantes "porque tenho dor de cabeça muito forte" e "maracugina que me faz bem". Cirurgias: "ovário e útero, vesícula, apêndice e varizes". Pai falecido de "derrame" há 28 anos e mãe "morreu do coração" há 18 anos. Marido teve "enfarte" há 6 anos. Duas filhas falecidas aos 3 meses de idade, uma por "problema do coração, era roxa". Responde que seu infarto ocorreu "de repente" e que no dia estava muito disposta e alegre.

OPINIÕES: Acha que "muita preocupação" pode levar ao infarto. Os cuidados consistiriam em "não se esforçar muito e não beber", então "melhora e esquece", embora mencione que "fica sempre um abafamento". Ao falar de seu problema cardíaco, comenta que "a doença do coração já traz aquela tristeza", que sua melhora deverá ser rápida, receando não poder voltar a suas visitas pastorais.

COMENTÁRIOS: Paciente com angústia importante e sinais de depressão crônica. Com padrões sociais e morais rígidos, melhora do "abafamento no peito", após o infarto, como que aliviada por ter-se punido por algo. Resistente para melhor discriminar fatores psico-familiares associados a sua cardiopatia, necessitando de orientação psicoterápica. São importantes a hipertensão e o diabetes.

Encontra-se em 149 no grupo IAM, com índice 31 (na posição a +4 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 25 - paciente masculino, branco, 60 anos, casado, 1 casal de filhos, católico não-praticante, primário completo, comerciante, renda de 4 SM, natural e morador de Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "É muita preocupação porque eu trabalhava no supermercado. Muita preocupação, lidar com o povo e tudo. Acho que é estafa, muita cansa ra porque era muito agitado. Então é preocupar pra cá, olhar pra lá. Aquela preocupação... O médico quer dizer que foi disso. Então de lá para cá, tenho supermercado ainda, mas agora não preocupa mais como era, porque o genro toma conta. Tem dia que irrita, sabe como é lidar com os outros..."

"Eu estava no serviço. Imaginei que fosse o mesmo da outra vez. Pensei o pior, pois foi repetido".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância e adolescência "boas". Pai "muito enérgico", mãe "mais maneirada" e tinham "arranca-rabos". Quarto filho de 8 irmãos. Conta que "casei cedo com 21 anos". Atualmente média de uma relação sexual mensal. Queixa-se que o filho não se relaciona com ele pois acha que o paciente "prefere o genro". Relata dificuldade de relacionar-se socialmente. Menciona ter tido idéias suicidas há anos, "depois do suicídio da irmã, por enforcamento".

Trabalha há 35 anos, contando que "deito e estou sempre pensando nos negócios". Refere um infarto há 6 anos, após o que diminuiu o trabalho. Porém há 1 mês "um empregado saiu e aumentou meu trabalho". Assinala falar diariamente "o dia não dá para fazer o que a gente quer", referindo cansaço. Nega lazer. Lamenta a morte de um cunhado há 6 meses com quem tinha "muita amizade". Queixa-se da "sem-vergonhice" do marido atual, que "precisa do papel" e "antigamente era com palavra e para negócios grandes".

Hiperlipidemia sob tratamento. Obesidade após interrupção do tabagismo que durou 48 anos, chegando a 4 maços/dia. Foi há 6 anos, após o primeiro infarto. Alimentação predominante de carboidratos. Antecedentes: pai e mãe falecidos por "problemas do coração". Esposa como "veia do coração dilatada e diabetes". Filho com "aumento do colesterol". Lembra amigo que há 1 mês "morreu de problema de coração", comentando que "deu nele uma dor no peito e agora me deu um medo". Conta que há mais de um ano não consultava o médico e resolveu retomar o tratamento há 3 meses.

OPINIÕES: Aponta a "preocupação" como o principal fator para o infarto, ocorrendo em "pessoas nervosas e agitadas", situação a ser evitada como tratamento. Acha que a saúde "fica a mesma coisa", sendo que as pessoas "procuram ficar mais calmas". Crê que seja grande a probabilidade de um novo episódio para si, pois "o médico já falou para eu não fazer força que é perigoso".

COMENTÁRIOS: Esposa permanece no quarto durante a entrevista, interpõe-se com frequência, às vezes discordando das respostas do marido. Paciente refere que "foi perguntado bastante" e que sua vida "dá para escrever um romance de tantos problemas". Ao final a esposa pede para complementar, afirmando que o maior problema do marido é a ruptura com o filho. Contudo apresenta-se relativamente calmo na entrevista. Fatores biológicos importantes. Dificuldades para elaborar conflitos, usa mecanismos hipomaníacos e nega o significado e negligencia cuidados adequados para a doença. Beneficiaria-se com acompanhamento psicoterápico, sem o qual poderá confirmar seu prognóstico reservado.

Encontra-se em 9º no grupo IAM, com índice 37 (posição a +10 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 26 - paciente masculino, 46 anos, casado, 4 filhos, católico praticante, primário completo, representante comercial, renda de 45 SM, natural de Motuca SP. e há 28 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Comecei a sentir uma dor que subia do lado e vinha até o peito, do lado esquerdo. Era uma dor muito violenta. Então dava a impressão que fosse um gás ou coisa parecida. Deitei novamente e começou a piorar. Estivemos no médico, que a partir de tomar a pressão minha e de ver o quanto estava transpirando, que era demais, ele me colocou uma drageazinha na língua. Pedi para vir para o hospital o mais rápido possível. Na vinda piorou de tal forma que comecei a não mais sentir o braço esquerdo, perna e passou para o outro também. Então disse para meu mano que nem ia dar tempo de chegar para o socorro. Quando puxei o retrovisor interno eu vi minha cor e estava mais que defunto. Ele falou para eu agüentar as pontas que mais 10 minutos nós estávamos lá. Quando chegamos, o médico perguntou se eu tinha condições de descer do carro. Quando ameacei, não deu. Chamaram uma cadeira de rodas e comunicaram com a UTI. Começaram a trabalhar direito em cima do negócio. Isso foi na quarta-feira à tarde. O mínimo que eu tinha de vida não dava 2%."

ANAMNESE DIRIGIDA: Na infância e adolescência "trabalhava direto e tenho saudade". Pais referidos como autoritários, mas "excelentes". Primeiro filho de 5 irmãos. Esposa "ótima". Filhos "excelentes". Refere muita competição em seu ramo profissional, sendo que há 6 meses "passei grandes nervos por causa de um colega que invadiu minha área". Sente o tempo "bastante curto" e "estafado de vez em quando". Lazer referido: sauna.

Aumento de triglicérides há 2 meses e hipertensão há 6 meses, ambos com medicação negligenciada. Obesidade há 5 anos, sem cuidados. Dois acidentes automobilísticos: há 16 anos, com "lesões nas vértebras"; há 10 anos, "ileso". Alimentação predominante de carboidratos. Tabagista desde 25 anos de idade, 2 maços/dia. Vida sedentária. Habitual bebedor de álcool "desde que casei", negando problemas decorrentes. Mãe e irmã são "nervosas". Esposa tem "anemia do Mediterrâneo" e "problema de coluna".

Responde, associando ao infarto, que "4 dias antes foi o aniversário de casamento, mas acredito que não tenha nada a ver com isso". Há 20 dias providenciou um seguro. Conta que na véspera sentia-se "esquisito". Sente-se "feliz, passei por momentos fatais e hoje estou bem".

OPINIÕES: Aponta o hábito de fumar como o principal fator para o infarto, acometendo mais "agitados e pessoas de negócios" e acredita que o tratamento "requer um repouso", devendo haver bom prognóstico. Pensa que sua melhora "deverá ser muito lenta, de 6 meses a 1 ano."

COMENTÁRIOS: Paciente ansioso na entrevista, realizada em duas partes. Mobilizou seus sentimentos e queixou-se de insônia, através da esposa, na noite seguinte

ã primeira parte da entrevista. Seu mēdico nos procurou mostrando apreensãõ pela rea_çãõ emocional, haja vista a gravidade clīnica do caso, mas negou que paciente tivesse apresentado sintomas cardiolōgicos. Referiu que a esposa, que havia permanecido no quarto durante a entrevista e intervindo constantemente, queixou-se desta. No segundo dia, entretanto, a entrevista foi completada, com o paciente menos ansioso e a esposa permanecendo a certa distāncia, vendo TV. Evidenciam-se problemas conjugais associa_{dos} ã enfermidade e ao alcoolismo, mas nãõ devidamente comentados na anamnese devido às circunstāncias e cuja emersãõ ao consciente traria angūstia muito grande para o mo_{mento}. Somatōria marcante de fatores biolōgicos: hipertensãõ, tabagismo, hiperlipide_{mia}, obesidade e sedentarismo. Com atitudes hipomanīacas, necessita lidar logo com seus conflitos, pois seu prognōstico psicolōgico e clīnico sãõ bastante desfavorã_{veis}.

Encontra-se em 89 no grupo IAM, com ĩndice 38 (na posiçãõ a +11 da mēdia), no subgrupo de risco psicossocial mǎximo.

CASO 27 - paciente masculino, branco, 53 anos, casado, 6 filhos, sendo 3 casa_{dos} e 3 solteiros, catōlico nãõ-praticante, gināsio incompleto, comerciante aposenta_{do}, renda de 2 SM, natural e morador de Campinas.

ENTREVISTA NÃõ-DIRIGIDA: "Eu me senti mal, foi da seguinte maneira: foi um formigamento e em seguida uma dor no peito e embaixo do braço. Depois comecei a suar frio e isso demorou mais ou menos meia hora. Depois levaram-me para casa e me senta_{ram} no sofã. Daĩ foi melhorando, e eu pensei que nãõ era nada. Pensei que era uma coi_{sa} que dava mesmo, porque eu tenho diabetes, gota, ácido ũrico. Jã fui operado tambē_m de um problema de veia na perna. Daĩ nãõ melhorou e eu procurei o mēdico. Fui atendi_{do}. Daĩ foi piorando cada vez mais."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infāncia e adolescēncia "trabalhando puxado na quitanda com meu pai", "gostava muito dele, era enērgico" e a mǎe "era mais boa". Primeiro fi_{lho} de 4 irmāos. Esposa "nãõ diz nada, ĩ calma". Relaçōes sexuais esporādicadas, hã um ano "cada vez pior". Conta que costuma ficar "nervoso e logo nãõ estou mais, nãõ guar_{do} raiva de ninguē_m, desabafo o problema na hora". Comenta que "tenho necessidades de tomar uns calmantinhos". Pescaria como lazer.

Hipertensãõ como dieta hipossōdica e tratamento. Obesidade hã 8 anos, quando interrompeu o tabagismo, tendo fumado desde os 12 anos de idade e chagando a 2 maços/_{dia}. Diabetes hã 3 anos, que o fez aposentar, "afeta quase tudo, entope as veias", mas assinala que "acostumei". Gota tratando com colchicina hã 10 anos. Cirurgia vascular em membros inferiores hã 2 anos. Antecedentes: pai falecido "fez ponte de safena" e mǎe falecida tinha "diabetes". Um irmāo com "angina" hã 2 anos e um outro teve "enfar_{te}" hã 1 ano. Esposa com "problema no fígado, fica deitada com dor de cabeça". Filho com "reumatismo e problema de vǎlvula do coraçãõ", "tenho dō", chorando ao comentar.

Avôs paterno e materno "todos morreram disso aí", referindo ao infarto. Lembro de vizinho que "morreu de repente do coração" há 1 mês.

Refere que sempre pensou em um possível problema cardíaco por "já ter tido muitos desses na família". Há um ano chegou a falar com o advogado pensando "deixar distribuídos o terreno e a casa entre os filhos". Agora "me sinto normal, é a vida..."

OPINIÕES: Diz que infartos vêm "do pensamento, da vida difícil", incidindo naqueles que "são mais irritados, como eu". Pensa que o cuidado deva ser "uma vida mais sossegada" e os afetados "ficam mais pensativos, podem morrer de uma hora para outra". Seu infarto teria ocorrido devido às suas doenças, achando que deverá "piorar porque não poderei fazer muito do que fazia, como fazer alguma força, voltar ao trabalho".

COMENTÁRIOS: Paciente calmo e atencioso durante a entrevista, mostrando-se à vontade no ambiente hospitalar. Fatores hereditários, idade e problemas orgânicos preponderantes. Sinais de depressão crônica, poderia ser beneficiado com uma terapia de apoio, podendo lhe dar bom prognóstico psicológico.

Encontra-se em 44º no grupo IAM, com índice 13 (na posição a -14 da média), no subgrupo de risco psicossocial mínimo.

CASO 28 - paciente masculino, branco, 73 anos, viúvo, 3 filhos, católico não-praticante, primário completo, barbeiro aposentado, renda de 4 SM, natural e procedente de Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Posso contar desde o começo do meu sintoma que eu passei no meu corpo há uns anos atrasados? Os médicos me tiraram a vesícula, que andava cheia de pedra, mas cravada mesmo! E eu vinha sofrendo, sofrendo. E tratamento com os médicos da Caixa! E aí fui tirar uma chapa. Minha profissão era barbeiro e eu pagava caixa do IAPC. O senhor lembra quanto tinha as caixas separadas? Eu sou desse tempo. Então, eles falaram para mim: 'vamos tirar uma chapa'. E eu fui obrigado a tirar, pois não tinha saúde mesmo. E aí deu a vesícula toda forrada de pedra. Ele falou que era preciso tirar fora, que era o único remédio. Não tinha mais conserto. Ele falou que minha vesícula tinha uma pedreira, brincando comigo. Aí, foram uns anos mais ou menos bem, devagarzinho. Mas sabe o que aconteceu, doutor? Na falta da vesícula, o intestino não segurava mais nada. E eu, de manhã cedo até meia-noite, ia 16 vezes ao banheiro. Eu virei um cadáver. Era aquela soltura. Eu ia na cidade atrás de algum negócio e eu chegava a ter que ir em mictório de bar, de jardim, no mercadão..."

"Dessa vez foi assim: eu estava bem melhor, não sentia nada. Na idade que eu tenho, estou aposentado há uma porção de anos. E eu ficava na minha casa. Dormia meu sono depois do almoço. Levantava às horas que eu bem entendia de manhã. E começou a queimação aqui em cima do coração. Uma queimação ardida. E deu uma meia tontura. En

tão falei prá minha filha que eu não estava bom. Parecia que a cabeça balançava. Eles falaram para irmos para o médico já. Se fosse a queimação do outro lado, eu diria que era o fígado. Eu falei que o negócio era em cima do coração. E aí me apertaram para irmos embora. Eu não queria vir. Chegamos aqui. O médico examinou e falou que tive sorte que não deu o derrame, senão ficava paralisado".

"Em casa eu não mexia com nada, ficava sentado e deitado. Não saía mais de casa porque tem uma rampa para sair e não dava mais para subir. Era curta, mas chegava em cima, já começava a doer as duas pernas. E aquele dia que começou a doer, foi até os ombros. Eu não ficava parado, tendo que deitar".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância e adolescência "boas", pai "autoritário" e mãe "bondosa". Conta que "desde que morreu minha patroa sinto muito enfraquecido e quando ela estava doente, eu me preocupava muito". Falecida há 1,5 ano por "enfarte bravo". Mora com a filha mais velha "porque tem mais compreensão".

Refere aborrecimento recente quando seu inquilino foi preso, deixando os móveis na casa, tendo que "ficar tomando conta de coisas de gente que não presta". Insônia "porque fica emparafusando estas coisas". Menciona ainda que "acabei meus planos quando os médicos me aposentaram". Lazer: toca acordeon. Tabagista desde os 10 anos de idade, 1/2 maço/dia.

OPINIÕES: Aponta "muito trabalho" como principal fator para o infarto e para o tratamento refere "regime, deixando de lado carne, macarronada e nada de bebida alcoólica". Diz que as pessoas acometidas "ficam tortas e com a língua grossa" e ainda "ficam com a pulga atrás da orelha".

COMENTÁRIOS: paciente ansioso, muito prolixo, alonga-se em suas colocações, sendo difícil completar a coleta de dados anamnéticos. Manifestações hipocondríacas, mostra-se confuso quanto a seu diagnóstico, parecendo não discriminar infarto e acidente vascular-cerebral ("derrame"). Filha permanece no quarto e ao final da entrevista mostra certa irritabilidade, associando-a à evocação de eventos de sua vida. Necessitando ao menos de psicoterapia de alívio e orientação. Equipe da saúde poderia aumentar vínculo com a família, para que fosse orientada quanto aos cuidados com a paciente, haja vista a percepção confusa deste, e assim não complicar seu prognóstico psicológico.

Encontra-se em 339 no grupo IAM, com índice 22 (na posição a -5 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 29 - paciente feminina, branca, 48 anos, casada, 3 filhos: um casado, um desquitado e um solteiro, católica não-praticante, prendas domésticas, renda familiar de 3 SM, natural de São João da Boa Vista SP e há 4 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu tinha que vir na consulta marcada. Já levantei

nervosa porque tinha medo de não pegar ônibus que desse tempo. Foi onde eu tinha feito exame e deixado o resultado com a moça. Perguntei onde devia procurar. Ela falou que eu tinha que ficar na ponta da fila. Fiquei meio assim. Daí demorou para me atender. Entrei e me examinaram. Fui ao banheiro e quando saí, senti arder meu peito. Arder e queimar e sufocar. Sabe de uma coisa assim que não se pode abrir de jeito nenhum? É suava frio, dava um pouco calor e um pouco frio. Aí voltei lá e falei para a doutora que estava me passando isso assim, assim. Ela falou que ia me dar um papel para ir ao médico do coração lá em cima. Subi e o médico me atendeu na hora, me trouxe até o hospital. E falou que eu estava com esses problemas mesmo, que eu achava que eram".

"É muita mágoa, muita tristeza. A gente tem muito sonho e nada realizado. É isso aí. Eu queria ter terminado ao menos uma parte da casa no Natal e não consegui. Meu filho também está desempregado. É isso aí meus problemas, mas o resto tudo bem."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância foi "só trabalhando" e na adolescência também "gostava de ir em baixinho". Pai era "um amor", "bebeu um tempo mas parou". Mãe "era brava, batia". Sétima filha de 11 irmãos. Aponta uma irmã "com quem não me dou bem, não gosto dela porque quando nasceu, minha mãe dava atenção a ela". Aponta seus problemas atuais: o desemprego do filho e sua casa em construção demorada. Refere sentir-se muito cansada ultimamente.

Dados de hipertensão há 18 anos sob tratamento, hiperlipidemia tratando com dieta. Obesa, "faço força pra não comer muito: toda a vida os médicos me disseram que eu tinha que emagrecer". Enxaqueca há 20 anos. Toma "comprimidos para os nervos". Tabagismo: "estou tentando parar, mas hoje já fumei porque estava dando tontura". Parou de trabalhar como empregada doméstica há 6 meses "porque não agüentava limpar os vidros". Pai "já teve enfarte e está vivo ainda". Mãe "sofre do coração", não especificando o problema. Idem irmãos e pessoas do seu círculo social. Quanto a seu problema cardíaco, relata que certa vez esteve "uma noite no pronto-socorro porque estava à beira do enfarte".

OPINIÕES: Fala que "desespero de terminar logo o serviço" é o principal fator para a doença, acometendo pessoas "nervosas e que conversam com quem agride". Única paciente desse estudo a crer que a incidência seja maior em mulheres. Tratamento: "repouso, alimentação como o médico manda, sem macarronada à noite ou milho, e voltar ao consultório". Na evolução os doentes "ficam mais compreensivos e acham jeito para as coisas". Pensa que seu infarto tenha sido motivado por "muito trabalho", temendo não mais poder retomar às atividades normais.

COMENTÁRIOS: Paciente calma, na entrevista, colocações suscintas. Fatores biológicos são diversos e preponderantes e a reação depressiva é adjuvante. Seu prognóstico psicológico é razoável, na medida que conseguir manter os mecanismos adaptativos.

Encontra-se em 26º no grupo IAM, com Índice 25 (na posição a -2 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 30 - paciente masculino, branco, 55 anos, casado, 3 filhos, sendo 2 casados, membro da Congregação Cristã no Brasil, primário completo, renda de 1 SM, natural de São João de Ararinha SP. e há 10 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Uns 15 dias antes, sentia aquela dorzinha que su focava. Eu não ligava, deixava. Vinha prá casa, tomava banho, tomava um golinho de caça, almoçava bem, jantava, não dava nada. De manhã, tornava a mesma coisa, aquele sufoco. Trabalhava, parava. Foi indo por vários dias. Quando chegou um dia, atacou às 11 horas da noite. Levantei, tomei um gole d'água. Aquela dor começou e atacou feio que eu não sabia o que fazer. Aí fiquei meio louco esperando meus filhos chegarem, is to é, meu caçula. E o meu filho nunca chegava. Peguei um ônibus, encontrei ele na ci dade e me trouxe até aqui. A mulher fez um 'check-up' na gente, me deu aquele compr midinho prá pôr debaixo da língua e injeção. Já fui prá UTI, onde fiquei 48 horas. Amarraram meus braços, minhas pernas. Agora, graças a Deus, estou melhor."

"Eu imaginei que fosse nervoso. Creio que sim. Sabe como é, problema de família é fogo. Não parte de mulher, mas parte de filho. Não dão certo os negócios dele. Não dão dos outros. E aquilo perturba na cabeça. Fica nervoso e atrapalha a gente. A gente fala pro filho mais novo ficar em casa. Não fica, vai, sai tal hora do dia, volta que hora. Não sabe o que está fazendo. Falando com ele, xinga e aí quando dá o ne gócio."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "em sítio é outra coisa, fazia tudo". Na adolescência "ia em bailinhos, não tinha a malandragem de hoje". Pai "mandava fazer as coi sas e olhava feio, mas nunca chegou a bater". Mãe "ficava mais cuidando da casa". Terceiro filho de 9 irmãos. Esposa "é do tipo que fala logo".

Refere dúvida financeira, lamentando ter sido obrigado a vender um carro para pagar suas contas. Relata que ultimamente "às 4 horas estava em pê porque perdia sono por causa da dívida". Além do que sua angústia aumentou com o surgimento das do res no peito. Com raiva incontrolada, menciona que "fico 2 dias até sem comer e dá ba te-boca".

Alimentação rica em gordura animal. Tabagista desde 13 anos de idade, 2 ma ços/dia, "parar de uma vez não dá, alguns cigarros por dia não faz mal". Bebedor habi tual de álcool, sem referência a complicações atuais, mas "uma vez quando era casado de novo, bebi demais".

OPINIÕES: Considera o "nervoso" como o principal fator de risco para o infa rto. Os doentes não devem "esforçar e correr muito". Pensa que a evolução seja boa, mas que os doentes ficam "preocupados de medo de dar outro". Assinala que "as pessoas

mesmo que tenham, não falam do enfarte". Lembra que, no dia da eclosão de seu problema, estivera "bravo, nervoso, com medo de morrer". Agora receia ter que abandonar seu trabalho e relata que "vou deixar prá meu moleque cuidar do negócio".

COMENTÁRIOS: Paciente ansioso na entrevista, suscito em suas colocações. In tolerante a mudanças e enfrentando situações conflitantes na família, apresenta dificuldades de lidar com sua agressividade. Embora tivesse afirmado que "quando as pessoas cismam de doença, costumam ir direto ao médico", procurava negar o possível significado patológico de seus sintomas. Fatores biológicos e psicossociais somam-se para a gravidade de seu caso. Sem orientação precisa, permanece com prognóstico insatisfatório.

Encontra-se em 199 no grupo IAM, com Índice 29 (na posição a +2 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 31 - paciente masculino, branco, 58 anos, viúvo, 6 filhos vivos, católico praticante, primário completo, guarda noturno, renda de 2 SM, natural de Boa Esperança MG e há 25 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "deu aquele ardume no braço e a dorzinha no peito. falei com a filha que disse para eu ir internar. Eu já não achei bom porque não gosto de internação. Mas o que se há de fazer? Havia ido ao açougue buscar carne e voltei. Comecei a fazer o almoço, que eu moro sozinho. Começando o ardume, fui à casa dela que fica perto. Ela me trouxe para cá. Eu conhecia o que era. O enfarte começa com isso mesmo: dor no peito, uma dor ardida."

ANAMNESE DIRIGIDA: Na infância "me diverti bem" e a adolescência foi de "trabalhar e namorar". Pai era "pulador de cerca" e deixou a família quando o paciente estava com 10 anos. Mãe "cuidou bem dos filhos", ficou "entrevada" um ano e faleceu aos 15 anos do paciente. Filho mais velho dos 3 irmãos, sendo o único vivo. Irmão falecido de "tétano" e irmã falecida não sabe de quê. Esposa falecida há 6 anos por "problema do coração", com a idade que o paciente tem atualmente, não mencionando no entanto esta associação. Um filho falecido na adolescência por "problema de coração na passagem de menino para homem". Outro filho de 36 anos, motorista de táxi, morto em homicídio há 7 meses.

Paciente relata que "nunca foi a médicos". Teve um primeiro infarto há 4 meses, afastado do serviço e sob tratamento: "é a filha quem mexe com os remédios". Fumava desde 15 anos, chegando a 1 maço/dia; toma 2 doses de pinga por dia, negando problemas decorrentes.

Conta que seu serviço era de grande responsabilidade porque "de noite estava tudo na minha mão". Vida sexual ativa, sem formação de vínculos pessoais. Lazer: rádio. Sobre o assassinato do filho afirma que "até hoje ainda mexe muito comigo, mas

eu disfarço o pensamento", embora mais adiante diga que se tivesse acontecido nesta cidade, "procurava o assaltante e daria um tiro na cabeça dele".

OPINIÕES: Não sabe apontar o que propriamente levaria uma pessoa ao infarto, mas lembra que "a parte do coração é a mola do corpo, uma mola que não se entende", comentando "pessoas extravagantes". O tratamento "tem que ser com o médico" e deve-se "evitar excessos de andar". Teme não retornar ao trabalho "porque renovando a licença, o ordenado cai". E diz que "se não operar, Deus é que sabe".

COMENTÁRIOS: Paciente ansioso, lacônico nas respostas. Embora afirme sentir-se bem, resiste a tocar em aspectos emocionais, negando a importância de eventos de sua vida, como as diversas perdas na família, sobretudo a recente morte do filho, o que lhe agravou a difícil contenção da impulsividade agressiva. Quadro orgânico é grave, necessitando orientação médica firme para tratamento clínico e, ao menos, psicoterapia de alívio, para não complicar seu prognóstico psicológico.

Encontra-se em 27º no grupo IAM, com índice 24 (na posição a -3 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 32 - paciente masculino, branco, 59 anos, casado, 2 filhos casados, católico praticante, ginásio completo, funcionário aposentado, renda familiar de 7 SM, natural e morador de Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Às 3 horas da manhã perdi o sono, já com sintoma de suor e uma dor acentuada no peito. De início tive a impressão que era uma má digestão, porque depois da janta eu tinha comido mamão e muito gelado. Mas aquele negócio foi aumentando. Aumentando a dor, não se espalhava, a não ser na boca do estômago. Não vomitando, me fazia crer que fosse outra coisa. Talvez por ter passado pela operação de marca-passo, aquilo foi tulmutuando minha cabeça, sempre com medo do infarte. Mas minha senhora levantou e fez um chá. Eu me aproximei exercitei pela casa pra ver se aquilo se acomodava. Mas o negócio ia se agravando e resolvemos que me levassem para o hospital. Só não fizeram eletrocardiograma de início e achavam que não podia ser de imediato o enfarte. Disseram que eu fosse para casa e voltasse para uma avaliação. Voltamos e a dor sempre mantendo. Consultamos um dos meninos, moços que são naturalmente residantes. O doutor depois chegou e tomou as providências. Quando procuraram uma veia, eu apaguei não sei por quantos segundos ou minutos. Daí a dor foi amenizando."

"Não chego a ter um motivo específico, fixando uma mentalidade naquilo. Não foi medo, porque teria antes de operar. Não tive medo nenhum, fui com o máximo de vontade, sem preocupação. Em casa tudo corre bem, embora uma certa dificuldade financeira se arranja".

ANAMNESE DIRIGIDA: Incidência "foi trabalhosa, não tinha facilidade de brinca

deira e liberdade como hoje". Adolescência "não foi extravagante, foi aceitável". Pai "foi muito calmo, ordeiro, brincalhão com os filhos". Mãe "um pouco mais nervosa e dava empurrão para encaminhar os filhos". Filho do meio de 3 irmãos. Com esposa há "desencontrinho de opinião às vezes, como todo casal". Relações sexuais normais, "até os 45 anos eram diárias".

Aposentado desde os 43 anos, fez "bicos" até há 3 anos e queixa-se ser "humilhante um velho ser contratado para ganhar menos". Lazer: pescaria na chácara. Relata detalhes de tentativa de assalto à sua residência há 2 meses. Conta que "perderia a estribeira no dia com o assaltante, me refiz duas noites após, mas depois disso não aceito mais nada". Comenta que no dia do depoimento, "a família dele fez um drama muito grande e falou do sofrimento, mas falei que nós também sofremos com o impacto".

Antecedentes: cirurgia de catarata há 2 meses e colocação de marca-passo 10 dias antes do infarto por ter sentido "tontura". Alimentação rica em carboidrato. Fumante de 1 maço por dia, parou há 40 anos. Refere problema de "stress de trabalho" ocorrido há 30 anos, tratado com psiquiatra por 2 anos. Usa comprimido diário de hidantoína por "distúrbios da cabeça, dado no eletroencefalograma, tendo havido desmaios até há 8 meses".

OPINIÕES: Principal fator para o infarto seria o "impacto nervoso", podendo ocorrer em pessoas "calmas" ou "bravas". Deveria ser tratado com "repouso e exercícios programados". Evolução: "costuma melhorar devagar", sendo que se fica "sempre meio assustado com um choque ou má notícia". Não sabe especificar os motivos de seu infarto, pensando que "a idade para enfarte já havia passado".

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista, apresenta-se receptivo e cordial. Discorre tranqüilo e consciente acerca de seus problemas de saúde e eventos da vida, embora comente a questão do assalto com sentimentos hostis. Prognóstico psicológico favorável, necessitando, no entanto, elaborar sua aposentadoria e sua recente experiência traumática do assalto.

Encontra-se em 379 no grupo IAM, com índice 19 (na posição a -8 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 33 - paciente masculino, negro, 50 anos, casado, 8 filhos sendo 1 casado, católico não-praticante, analfabeto, ajudante de tratorista, renda familiar de 2 SM, natural de São Simão SP e há 7 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu senti uma dor e sô. Não aconteceu mais nada. Tomei o remédio aí e melhorou a dor. Estava em casa, levantei cedo para ir ao serviço. Tomei um pouquinho de café na hora que eu ia sair, já não agüentei andar mais. Mandeí meus meninos chamarem a ambulância. Demorou demais e precisei andar um trechão a pé. Achava que ia até morrer. Imaginei que fosse coração ou rim ou fígado. Às vezes pode

ser o baço. Não sei se foi o café, se foi de trabalhar. Às vezes pode ser de pisar no chão".

ANAMNESE DIRIGIDA: Na infância "a gente tinha idéia mais gozada e o mundo era mais bonito". Na adolescência "era namorar e ir ao baile, sã bobearas". Pai era "bom" e mãe era "sempre melhor". Caçula de 10 irmãos, dos quais tem notícia de apenas um. Em relação à esposa "nos damos como dois irmãos". Refere preocupação com a saúde dela, que foi hospitalizada "por causa do coração grande, deu derrame e a boca ficou torta". Relata morte de 3 sobrinhos: "acidente de caminhão, tiro no ouvido e outro achado morto".

Relata "pressão alta" tratada há muitos anos, usa fumo de corda 3 vezes ao dia para não ficar "nervoso". Alimentação predominante de carboidratos. Menciona "internação boba em hospital de louco" por 2 meses, ocorrida há 6 anos. Diz que "me davam remédio e eu jogava metade fora, mandava carta todos os dias até me buscarem". Conta que "disseram que estava com idéia fraca, mas doido corre atrás dos outros e eu não tinha doidura". Pai falecido de "coração enfraquecido".

OPINIÕES: O que acarretaria um infarto "é alguma veinha que arrebenta, pois, quando se nasce, a veia do coração é grossa e vai afinando com a idade". O tratamento consistiria em "evitar calor, ficar em lugar sombrio e com água fresca e com bastante repouso". Após o episódio as pessoas "ficam diferentes, mais bobeadas". Não sabe apontar precisamente o problema de saúde do qual foi acometido, mas considera que o "café quente" foi um importante fator correlacionado.

COMENTÁRIOS: Paciente lacônico nas respostas, de condições sócio-econômico-culturais bastante humildes, apresenta-se de humor normal na entrevista. Não coloca em evidência possíveis questões psicológicas associáveis a seu infarto. Não sabe esclarecer sobre antecedente de provável quadro psicótico. Hipertensão e idade são fatores preponderantes. Necessita de orientação médica detalhada. Prognóstico psicológico razoável.

Encontra-se em 27º no grupo IAM, com Índice 24 (na posição a -3 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 34 - paciente masculino, branco, 62 anos, casado, 4 filhos, sendo 3 casados, católico-não praticante, primário completo, aposentado, renda de 2 SM, natural de Americana SP e há 33 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Não durmo à noite, sempre nervoso. Se amanhã tiver que fazer alguma coisinha, por exemplo, receber no INPS, a noite inteira não durmo pensando nisso aí. Uma coisa estranha, uma coisa absurda. Depois chega de dia, eu não durmo. Também nesses dias começou a dar umas dorzinhas. Meu irmão estava em casa, me deu um Isordil, mas o negócio foi piorando. Nessa semana briguei com ele. Te

nho minha mãe que tem 83 anos e não está em condições nenhuma de morar sozinha. Ela tem duas moças que moravam com ela e são estudantes. Eu não quero que aquelas moças fiquem lá porque ela não tem condições. Então um dia eu quis vender o telefone de minha mãe pra que ela fosse em casa morar. Eu vendia o telefone, punha na poupança pra ajudar ela a viver. Mas meu irmão quis o telefone para ele porque é dele. Aquilo foi me enervando e me prejudicou dando esta dor".

"A dor foi de leve aumentando. Saí correndo, vim até de pijama. Não era uma dorzinha insuportável. Imaginei que fosse enfarte. Só que fiquei com medo, porque o tal de enfarte, quando dá o segundo... Que vou fazer? Sou muito medroso. Tenho coragem, mas tenho medo também."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância marcada por "reumatismo bárbaro dos 6 aos 12 anos, curado com operação na garganta". Adolescência "ótima". Pai era "um espetáculo, era nervoso, muito bom, antigamente os pais eram mais secos". Mãe era "muito boa, maior carinho possível". Tem um irmão mais novo. Na escola repetiu 3 anos, pois "era uma negação para resolver problema, gostava de futebol, larguei tudo e não deu certo". Esposa: "a gente não se procura, tem aquela discussão, pensamos em separar, mas depois apazigua". Refere relações extra-conjugais freqüentes: "são melhores, mas são rápidas a mesma coisa, segurar o prazer judia da gente". Diz que a esposa "só se queixa de desânimo e cansaço, com se estivesse faltando alguma coisa". Expressa então que "eu devia manejar, ela é uma santa, mas meu pensamento é ignorante". Recorda que 1 ano após o casamento "correu um boato que minha mulher tinha sido pega com outro homem, no entanto, foi uma infâmia porque ninguém provou, mas até hoje ficou uma mágoa". Por outro lado, conta que a maior expectativa de sua vida é "a filha de Sergipe que eu quero que venha para cá, choro quando converso no telefone". Comenta que "qualquer coisa que eu ponho na cabeça, fico tenso e não durmo". Assinala ainda que "não sei perdoar". Parou de trabalhar há 8 anos e "agora fico em casa aposentado como bobo."

Hipertenso há 12 anos com tratamento medicamentoso, mas "na comida eu largo pau". Entretanto "tudo que tem açúcar eu vomito na hora: quando era nenezinho minha mãe tinha até que pôr sal". Relata "pedra no rim", cirurgia por "hérnia" e por "úlceras de duodeno" há 2 anos. Tabagista de 3 maços/dia, parou há 12 anos. Antecedentes familiares: irmão com cirurgia de "aneurisma do coração" há 3 anos. Avô paterna morta por "problema cardíaco".

Paciente usando digitálicos há 10 anos, conta que "eu sentia o pulso parar quando eu mesmo examinava". Há 2 semanas "deu uma dorzinha e pensei: será que é?" Sobre o dia do infarto, relata que estava "muito nervoso".

OPINIÕES: "Nervoso, filhos que respondem e falta de dinheiro" costumam levar as pessoas ao infarto, devendo ter os cuidados de "controle e não esquentar muito". Acha que "a tendência é piorar" e os doentes "ficam com aquela tensão se vai

dar outra vez". Foi o único paciente do grupo IAM que deu a mesma opinião de piora para a evolução dos casos em geral e de seu caso em particular. O que mais receia agora é "deixar a comidinha da esposa", sendo que "o peixe morre pela boca: um tempo tem que manear a comida".

COMENTÁRIOS: Paciente ansioso na entrevista, mostra-se, entretanto, solícito e sociável, informando com detalhes, mas de forma objetiva e breve, referindo ao final ter "desabafado" e estar "satisfeito". Estado de angústia crônica associado a problema conjugal. Baixa da auto-estima pelas doenças que acompanham desde a infância, insucesso profissional e distúrbios sexuais (ejaculação precoce). Necessitando de abordagem psicoterápica concomitante ao tratamento clínico, para elaborar as relações conflitivas e a aposentadoria, lidar com a hostilidade e a culpa e, ainda, poder perceber sua conduta de características autodestrutivas, como a de não adequar sua dieta, o que agrava os importantes fatores da hipertensão e idade. Caso contrário, seu prognóstico permanecerá insatisfatório.

Encontra-se em 119 no grupo IAM, com índice 34 (na posição a +7 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 35 - paciente feminina, branca, 64 anos, casada, 7 filhos casados, membro da Congregação Cristã no Brasil, analfabeta, prendas domésticas, renda familiar de 2 SM, natural de Socorro SP e há 4 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "O primeiro motivo foi uma agitação e eu passei a noite toda sofrendo. Meu marido ligou o ventilador e eu não deixava meu filho porque já estou cansada de ir ao hospital. Sabe o que é cansada de estar internada? Então queria ver se dessa vez eu não ia. Quando foi de manhã cedo fiquei ruim demais e atacaram as dores. Dor nos peitos demais. Daí a gente vai perdendo tudo: equilíbrio dos braços, formigam os braços. Me levaram daquela jeito já largada. No pronto-socorro, fiquei toda a vida e o médico não acertou. Falou outra coisa diferente: que era nervoso e eu ia ficar boa. Aplicaram injeção, deram comprimido. Meu filho viu que eu estava quase à morte, mas trouxe-me para casa. Era noite, estava com dores demais. A dor veio parar ontem de manhã, quando estava branda. E essa noite passei sem dor.

"Hoje estou boa, mas fraca demais. Tenho ainda muito queimor na pele como um fogo. Parece que o corpo inteiro está como uma brasa de fogo. Mas disseram que agora já posso ir para casa. Vou fazer a vontade deles. Depois vamos ver o que é que dá".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância e adolescência referidas como de qualidade regular. Pai "era italiano severo e a gente tinha pouco movimento". Mãe "era normal mas não podia dar liberdade por causa do pai". Família de 7 irmãos. Marido: tudo certo, mas não liga muito prás coisas, eu sou muito nervosa". Relações sexuais "agora de vez em quando, por causa do meu sofrimento, das dores". E ainda: nesse ponto nunca

senti nada". Idéias suicidas: "quando estou muito ansiosa, dá vontade de tomar um vidro cheio de calmantes para dormir e não voltar mais, mas a gente é crente e não pode nem pensar".

Conta ter sido "benzedeira" dos 10 aos 37 anos, quando "saí da bronquite, conheci a Verdade e larguei tudo para obedecer a Deus". Queixa-se de "contrariações na família", citando "filho descontrolado que fala as coisas e não cumpre, acaba não ajudando e a doença vai entrando mais". Lembra da filha desquitada há 10 anos "que me dá muito sofrimento"; da morte do neto, "por problema do coração que me deixou muito baqueada" há 1 ano. E que sente "abandonada depois que os filhos se casaram". Comenta "plano de mudar de cidade porque aqui tenho as crises por não ter pessoas de confiança" e ter "muita angústia no coração porque quero ver os parentes que dão saudade". Assinala que "é difícil desabafar, eu não gosto de falar, só durmo na força do calmante". E ainda: "distração só na igreja" e "cuido da cozinha".

Refere "pressão alta desde a menopausa", usando clorotiazídicos e faz "regime demais". Cita "12 operações plásticas na barriga", "hemorragia pelo intestino" há 4 anos. Menciona que "depois da última criança que foi cesárea, tive muita coisa de sofrimento de saúde". Aponta internação em sanatório há 17 anos, por 1 mês, quando mãe faleceu: "minha irmã me internou errado". Reporta também que "cheguei ruim ao pronto-socorro há algum tempo e me encaminharam para consulta no psiquiatra, mas eu não vou porque meu caso não é este". Hábito alimentar rico em carboidrato. Antecedentes familiares: mãe "morreu de derrame e tinha problema do coração parecido com o meu". Um irmão tem "só tristeza e fica direto no sanatório". Irmãos mortos "com derrame cerebral e não iam ao médico". Marido com "osteomielite controlada". Refere 3 filhos e 2 netos com "problema de coração desde criança". Lembra de pessoa conhecida: "o que dá nela, dá em mim também, ela até já caiu na rua".

Associa seu infarto com notícia recente do retorno de seu irmão ao sanatório e chegada de um convite de casamento do sobrinho, mas "já disse que não ia porque ia ter idolatria de padre e igreja". Tem "angina declarada" há 10 anos e internação por problema há 2 meses, mas "eu sentia que era do coração muito antes de ir ao médico". Conta que há anos "falo pra meus filhos tomarem conta de tudo e dessa vez deixei até minha aliança na bolsa de minha nora". Na véspera do episódio, sentiu "uma coisa esquisita, sem ânimo e caí na cama". Completa referindo que "nada mais é bonito quero que Deus me tire logo deste mundo".

OPINIÕES: O "nervoso e o agitação" levam as pessoas ao infarto, devendo tratar-se "evitando esforço e não passando raiva", mas sentem "como terminar tudo".

COMENTÁRIOS: Paciente receptiva à entrevista, tem suas doenças como principal temática. Quadro severo de neurose crônica com componentes histéricos e depressivos, resistindo a abordar mais profundamente seus conflitos, sobretudo nas questões da sexualidade e relações interpessoais preferindo deslocar para a questão da falta

de saúde orgânica e exacerbar seu lado místico como mecanismos de defesa. Através de uma filha, um mês depois marcou consulta conosco, mas não compareceu no dia marcado. Prognóstico psicológico ruim.

Encontra-se em 99 no grupo IAM, com índice 37 (na posição a +10 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 36 - paciente feminina, branca, 60 anos, viúva, não tem filhos vivos, membro da Igreja Quadrangular, analfabeta, prendas domésticas, pensionista com renda inferior a 1 SM, natural de Artur Nogueira SP e há 15 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu pensei que fosse fígado. Comecei a vomitar e deu aquela dor assim no peito, muito forte. Minha sobrinha falou que não era fígado não, e que eu precisava ir ao médico. Falei que não ia e achava que estava melhorando. Ainda passei a noite toda em casa. No outro dia fui ao médico, mas ele não tinha todos os aparelhos. Daí vim para cá, vomitando, com aquela dor, aquela coisa esquisita aqui no peito. Aquilo estava ruim mesmo. Quando vi que não era fígado, falei que este negócio é como o do meu velho, que também deu este negócio nele, que ele queria vomitar e não saía nada. Falei que devia ser enfarte também. Foi quando pediram a transferência para cá."

"Olha, eu não estava mais acostumada a trabalhar fora. Veio uma senhora lá em casa, que tinha ficado internada 4 dias e pediu para eu tomar conta das 3 crianças dela. Eu falei que não ia agüentar porque não andava boa. Aí falaram que eram só 4 dias e eu fui. E daí logo que cheguei em casa, começou isso aí. Eu acho que foi o esforço que eu fiz."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "foi uma época que Deus me livre, meu pai faleceu quando eu tinha 7 anos, foi um sofrimento". Pai "era muito ruim, bravo e mandava buscar pinga para ele". Mãe "era boa, batia só quando precisava e fazia tudo por nós". Família de 9 irmãos, sendo que "um era meio bravo comigo, queria bater mas a mãe não deixava". Casou-se aos 15 anos: "queria namorar um primo e a mãe não quis e daí com outro deu certo". Mas comenta que marido "era nervoso, mas nunca nos pegamos de tapa; quando falava pedra..." E diz: "nunca devemos casar logo, é preciso conhecer bem primeiro". Dois filhos menores falecidos: um ao nascer, outro de "tétano no umbigo". Aos 25 anos "fui operada por causa de uma ferida no útero e não tive mais filho". Recorda que "logo que eu me casei, pensei beber veneno, mas foi só coisa de momento".

Queixa-se de sua baixa condição sócio-econômica que a impede de fazer os óculos, comprar remédios para tratar o diabetes e tendo chegado a fazer empréstimos para comer. Refere que "tinha noites que eu não conseguia dormir" e "às vezes penso porque algumas pessoas não gostam de mim". Completa: "sou só eu e Deus", dizendo que "distração minha é ir à igreja", embora gostasse de "pescar como antigamente fazia

com seu marido".

Hipertensão, obesidade e diabetes sem tratamentos adequados, internação por mal perfurante plantar há 1 mês. Alimentação predominante de carboidratos. Exercícios físicos ao carpir e plantar em casa. Alcoolista, recuperou-se há 5 anos ao mudar de religião: "meu marido bebia e queria que eu fizesse companhia; eu era católica e me divertia". Pai morreu "de beber" e mãe "de tātano". Marido morreu "de enfarte de repente". Aponta vizinha que "sofre do coração desde que a gente se conhece há 5 anos e ainda está na mesma".

Associa seu infarto com a proximidade de seu aniversário, dizendo que "a gente morre perto do aniversário" (que foi duas semanas antes) e recordando que seu marido morreu uma semana após o dele. Negava gravidade de problema cardíaco, mesmo tomando "remédio de pôr embaixo da língua", há 3 meses. No dia do episódio estava "nervosa por causa de uma prima que se machucou e tive que ajudar ela a lavar roupa". Encerra comentando que deveria "ter feito mais para os outros, embora não tenha sido uma pessoa ruim".

OPINIÕES: O principal fator associado seria o "abuso do esforço físico", devendo se tratar "não abusando de comida gorda, não fazendo serviços pesados em casa e não passando nervoso". A evolução "depende do organismo" e as pessoas acometidas "ficam tristes". Diz não ter receios quanto a seu tratamento pois "a gente já está velha mesmo".

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista, faz colocações breves. Perdas sucessivas desde a infância, deprimida cronicamente, sente-se culpada e utiliza recursos místicos para aliviar angústia de problemas orgânicos, psicológicos e sociais. Prognóstico psicológico insatisfatório, sobretudo se não receber ajuda global.

Encontra-se em 249 no grupo IAM, com índice 27 (na posição sobre a média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 37 - paciente masculino, 47 anos, casado, 2 filhos menores, católico não praticante, primário completo, funcionário público (motorista), renda familiar de 9 SM, natural de Araras SP e há 40 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu sentia um peso na cabeça, pensando que fosse alguma coisa passageira porque nunca aconteceu nada comigo. Na sexta-feira, ao pegar o carro, me deu esta dor súbita. Deu nas costas e começou a passar para o peito do lado esquerdo e continuou. Comecei a transpirar e molhei até a camiseta. Fui para o ambulatório da firma, tomei uma injeção e não resolveu nada. Para ver se passava essa dor, eu comprimi as costelas do lado esquerdo. Daí me levaram ao hospital, o médico pediu para o enfermeiro aplicar uma injeção e me deu um comprimido cor-de-rosa

para eu morder e colocar debaixo da língua. Quando acordei, 3 horas mais tarde, a dor sumiu. Ele falou que foi uma indigestão. Fui embora e fiquei mais 2 dias e esse peso na cabeça continuou. Tinha hora que dava disposição, outra dava moleza novamente. E eu calculo que era da pressão. Voltei no ambulatório, fizeram um eletro e pediram que eu fosse a um cardiologista. Fui a vários hospitais e sō me enrolavam. Fui atendido aqui e o doutor falou que não devia estar andando para lã e para cã porque eu tinha tido um enfarte e que de uma hora para outra podia piorar e cair por aí".

"Como eu tenho um tio em quem jã deu um enfarte e agora tem 3 pontes-safena, minha mulher tinha chamado mais minha atenção para eu procurar saber o que acontecia. Disse que foi por causa de ter ficado nervoso porque houve uma pequena discussão lã com ela. Eu acho que não deve ser disso. Às vezes eu discutia e nunca me deu nada. Acho que tinha que acontecer mesmo".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância e adolescência "normais". Pai "era mais enérgico" e mãe "era mais liberal". Reposta que "nunca me ensinaram nada porque não sabiam ler, nem escrever, nunca falaram nada de sexo". Tem irmã mais nova: "tínhamos gênio forte e sō conversávamos o necessário". Na escola "eu fui bem, ela não conseguiu tirar o diploma". Depois "esperei ela casar primeiro e deixar a família estabilizada". A esposa é "expansiva".

Refere que no emprego "um quer pegar o lugar do outro, mas nunca me tocaram". Comenta ter alguma dificuldade para o relacionamento social: "sou mais fechado". Aponta grande expectativa em "reformatar minha casa ou construir uma nova". Admite desejo de vingança ao recordar "aquele médico que talvez tenha se enganado, qualquer dia alguém pode falhar com ele".

Alimentação predominante de carboidratos. Uso social de bebida alcoólica. Tabagista de 1/2 maço/dia desde 14 anos de idade. Pais, esposa e filhos bem de saúde. Além do tio por afinidade, assinala um amigo que "fez cateterismo, está bem, toma aperitivos e fuma".

OPINIÕES: Principal fator: "excessos de trabalho que dão estafa", acometendo pessoas "nervosas". Tratamento: "não pode fumar, beber, forçar com peso e deve fazer caminhadas normalmente". Acha que seu infarto "foi uma coisa que aconteceu, jã fui motorista de ambulância e tinha uma idéia de problemas de saúde".

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista. Comportamentos indicativos de traços psicopáticos: trabalha com jóias contrabandeadas, usa o tratamento você para o entrevistador, criando intimidade, e toma liberdade de folhear o prontuário para ver as anotações do dia. Tabagismo e idade são fatores biológicos preponderantes. Não revela dados que pudessem complicar seu prognóstico psicológico.

Encontra-se em 439 no grupo IAM, com índice 15 (na posição a -12 da média), no subgrupo de risco psicossocial mínimo.

CASO 38 - paciente feminina, branca, 52 anos, casa, 2 filhos casados e 1 adotivo menor, católico não-praticante, primário completo, prendas domésticas, renda familiar de 4 SM, natural de Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Na hora que o médico falou que meu filho precisava ser internado, parei e fiquei olhando para ele. Mas depois saí ali no quintal do hospital e senti um monte de pedra parecendo vir me amassando. Pedra me amassando e aquela dor sufocante. Daí não vi mais nada. São aquele sufoco e aquela dor horrível. Falei para o meu marido que eu estava morrendo e ele me deitou na grama. São isso que eu lembro. Daí não vi mais nada porque são acordei na UTI desse hospital aqui. Foi um choque porque uma criança minha nunca ficou internada. Eu tenho 2 filhos, esse é adotivo. Como eu gosto muito dele, foi um choque como se me dessem um soco que parasse em mim".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "igual das outras crianças, mas lembro que eu apanhava muito". Adolescência "foi ruim". Pai "era bom, quieto, não tínhamos muito contato com ele". Mãe "era muito ruim: uma vez, com 7 anos, eu quis dar carinho a meu pai como minhas irmãs faziam, mas ela me bateu muito". Pais "aparentavam se dar bem". Segunda filha de família de 4 irmãs. Relata ter visto sua mãe "tendo relações sexuais com um homem e tive vontade de fazer a mesma coisa, embora eu sentisse que era uma coisa errada e fiquei até hoje com aquela cena na cabeça". Lembra que "ela fazia as filhas entregarem bilhetes para homens, eles vinham em casa e meu pai nunca ficou sabendo". Diz que "cresci reprimida e acho que por isso não consegui me relacionar bem com meu marido". Casada há 32 anos. Marido "é quieto, nem conversa". No começo do casamento "tinha prazer, mas depois ele queria demais e enjoiei". Permaneceu 12 anos sem manter relações e no momento está há 6 meses em abstinência. Reporta ainda que "depois de casada, o namorado de uma prima começou a me abraçar e beijar, mas nunca tivemos contato íntimo". Relatou ao marido o qual "proibiu o rapaz de frequentar nossa casa". Atualmente o marido tem outra companheira. Culpa-se por "não ter dado mais de mim para ele: depois de minha operação eu me acomodei". Menciona que no Natal "fiquei magoada porque ele foi passar pra lá, na casa da mulher: nunca tínhamos ficado sem ele nesta data". Sente "raiva de querer pegar esta mulher". Há 1 ano pensa em "passar a casa no nome dos meus filhos e comprar um terreno no cemitério".

Comenta que "sempre tive loucura para querer adotar uma criança, fiquei com este menino (hoje com 7 anos) por causa da solidão depois que os meus cresceram". Diz desejar "ter uma creche porque onde há crianças, pra mim não precisa mais nada". Diz que ultimamente "já amanheço às vezes explosiva, às vezes meiga, não tem motivo: não faço nada e fico morta de cansaço, durmo só 3 horas mesmo com remédios". Queria que "quando moça eu tivesse sido mais liberal" e tem "vergonha porque não sei conversar".

Cirurgia de "fibroma" há 8 anos e hipertensão desde então: "quando passo nervoso, a pressão fica alta mesmo com remédios". Primeiro infarto há 5 anos. Obesa anteriormente, refere emagrecimento de 14kg há 3 anos "por causa do nervoso e não consigo

comer bem desde que meu marido começou a dizer que ia embora". Mãe tinha "pressão alta e problema de coração". Irmão tem os mesmos problemas. Tia e primo maternos "morreram do coração". Cunhado: "pôs duas pontes no coração e passeia bastante agora, faz coisas de moço".

OPINIÕES: "Nervoso" seria o principal motivo de infartos, acometendo pessoas "explosivas". Deve-se tratar "não se enervando, se controlando, não fazendo esforço" e diz que "demora mais de um ano para recuperar outra vez". Conta que "de tudo se tem medo por um tempo: sair ou ficar sozinho". Sobre si, comenta: "eu desabafo e mesmo assim tive enfarte", crendo que "vai melhorar, mas logo posso morrer".

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista. Comenta inicialmente sobre a necessidade de contar eventos pessoais a uma pessoa desconhecida. Estado de angústia e depressivo crônicos agravam fatores biológicos de risco, como hereditariedade e hipertensão. Necessitando de abordagem psicoterápica mais profunda para melhorar seu prognóstico psicológico.

Encontra-se em 17º no grupo IAM, com Índice 30 (na posição a +3 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 39 - paciente masculino, pardo, 63 anos, casado, 4 filhos casados, espírita, 2º grau completo, militar da reserva, renda de 15 SM, natural de Bom Jesus RS e há 2 meses em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Senti uma dor e pensei que não era nada. Precisava vir à cidade e o ônibus até demorava. Sentia que a coisa não estava muito bem. Voltei, senão ia sentir mal na cidade. Em casa tomei um remedinho caseiro. Esmaguei bem um comprimido contra a dor. Me deitei até com o sapato. Eu pensei numa coisa, até sendo bem fraco, porque vi um amigo passar por uma angina. Pensei que fosse isso, mas não era. Senti uma melhora, levantei. E daí a dor apertou, comprimia tudo. Tive vontade de morrer com aquela dor de gemer. Andava um pouco, suave muito. E passava um pouco. Meu filho me disse que o caso do pai era enfarte. Minha filha foi chamada e me levou já para o médico. Lembrei de um médico que é amigo do peito mesmo. Ali me atacou forte mesmo".

"Há pouco venho do Sul e eu trabalhei muito com a mudança. Eu gosto de fazer as coisas e meu filho dizia que eu não estava mais na idade. Pensei que a velhice estava me fazendo mal. Houve também um atrapalho sobre meus vencimentos, que diziam que estava no Sul, mas estava aqui. Tudo isso me enervou".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "não foi ruim, mas meu pai perdeu tudo por causa de muita jogatina. Adolescência "muito boa porque tinha amizades". Pai "foi de posse, mas morreu como barbeiro, era muito bom, nunca bateu em nós". Mãe "era enérgica conosco e tornou-se nervosa porque trabalhava muito para nos sustentar". De família

de 14 irmãos. Lembra do irmão mais velho que "me deu machadada no pē, era alcoōlatra e mulherengo e tinha tudo quanto era doença venērea, com ele aprendi uma grande lição e procurei me cuidar." Diz que "ele estā doente como um morto-vivo por causa do derrame e atē hoje ē mau". Na escola, paciente "era considerado muito inteligente". Refere dificuldades no namoro "porque na minha terra ou ē preto ou ē branco e eu sou filho de alemão com crioulo". Lembra que a esposa "ē de origem alemā". Quanto ā atividade sexual, "me sinto muito forte".

Lembra que "como militar sempre tive facilidade de dirigir pessoas e os soldados me davam presentes". Conta que sua expectativa ē "ganhar na loto para poder dar um apartamento para minha mulher e ajudar pessoas necessitadas". Luto: menciona "um grande amigo que foi morto intoxicado por veneno agrīcola" hā 1 ano. Relata que "aquī nesta cidade tenho dormido menos". Pensando, considera que "tive arrependimento por comentārios que fiz sem ter visto antes o problema no meu olho" e que "quem me humilhou depois veio pedir favores para mim".

Hiperlipidemia "tratada com folha de amora branca e picāo". Cirurgia hā 5 anos por "entupimento da artēria da coxa". Tabagista por 45 anos atē hā 3 meses. Menciona um grande amigo "que estā com safena e estā bem", um vizinho "tambēn militar, teve um problema deste hā 10 dias e agora estā andando" e um amigo com problema cardīaco "faleceu no caminho para o sītio".

Paciente usava propranolol e "estava como a Maria-das-sete-dores" e ainda "deprimido por causa da ausēncia dos filhos e agora com isto, ficam ao redor de mim".

OPINIÕES: Para o aparecimento do infarto "a comida ē importante: nōs somos o que comemos", acometendo mais as pessoas "nervosas, violentas, agitadas". O tratamento seria "andar bastante, nāo fumar, nāo beber". Nos doentes "fica um receio pensando naquilo que vai dar". Quanto a si, crē que o "cansaço" tenha sido importante fator e receia deixar o hābito de fumar pois "o cigarro ajuda muito a distrair".

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista, alonga-se em suas colocações, referindo muitas passagens e perguntando ao entrevistador se seu relato estā sendo ūtil. Fatores biolōgicos foram preponderantes, como idade, hiperlipidemia e tabagismo, mas as reações emocionais ā migração provavelmente somaram-se a estes. Bom prognōstico psicolōgico.

Encontra-se em 339 no grupo IAM, com ĩndice 22 (na posiāo -5 da mēdia), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 40 . paciente masculino, branco, 70 anos, casado, 2 filhos casados, catōlico nāo praticante, ginasio completo, aposentado, renda de 6 SM, natural de Bauru SP e hā 34 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Fui fazer um serviço no quintal. Peguei um serrote, comecei a cortar uns galhos de árvores. Daí a pouco me veio dor profunda. Uma dor no peito, coisa que eu não estava resistindo mais. Fui para dentro de casa. Queriam me levar ao médico imediatamente. Isto foi durante o dia, umas 10 horas. Eu achava que nem dentro do carro eu iria agüentar. Era demais, uma fortíssima dor, uma coisa terrível. Tinha vontade de rolar no chão. Resolvemos chamar uma ambulância. Eu estava num estado de desespero, que não sabia deduzir nada do que estava acontecendo. No hospital fizeram um eletro e melhorava um pouquinho. No CTI fiquei um dia e uma noite. Então pedi ao médico que me tirasse de lá porque minha família pensava que eu estava num estado gravíssimo".

"Eu deduzo que foi do esforço físico, porque não tenho o hábito. Eu me excedi. Acho que é isso, embora não seja médico. Há muito tempo acho que estava com os órgãos atrofiados".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "foi um tanto atribulada, pois tinha pais pobres". Na adolescência "era frustrado, não me sentia feliz, não sei porquê". Lembra que "como menor fui voluntário da Revolução de 32, foi uma bobeira; é que tinha atração por farda e militarismo". Pai "era nervoso ao extremo e batia muito em nós, a família dele era gente valente". Mãe "descendente de italianos, era calma". Recorda ainda da infância que a mãe "perdeu a razão por 2 anos: meu pai a mantinha presa num quarto e aos poucos melhorou com passes espíritas, mas também com remédios". Filho do meio, de família de 3 irmãos: "o mais velho, que hoje é rico, era o preferido e o caçula, por ser doentinho, era mimado". Na escola "fui mal, era ignorante". Esposa "é muito complacente e se preocupa demais comigo, ela gosta de liderar em casa e eu não me importo com isso". Adotou neto, hoje com 21 anos, comentando que "meu filho não se deu bem no primeiro casamento e criamos o rapaz".

Acha que "por ser nervoso, eu era bastante autoritário, é um mal inato", que "infelizmente eu guardo sentimentos" e considera-se "de poucas amizades". Relata ter vindo para Campinas "com as propostas de meu irmão, para futuramente passar a sócio na serraria dele e fui preterido por outros elementos que também trabalhavam lá". Aposentou-se há 8 anos. Diz-se "entediado por situação financeira precária: trabalhei a vida inteira e fiquei numa situação não boa". Assinala que "depois dos 60 anos, a vida se acelera demais", Reporta falecimento da mãe há 2 anos: "meu irmão tem recursos e não deu apoio no tratamento dela, que ficou comigo" e sente-se culpado pois "queria ter feito mais, como colocar num hospital bom". Diz que sua morte "abalou-me profundamente". Por outro lado "queria começar a fazer pinturas e desenhos, mas sempre me frustrei" e relewa estar agora "bem pior, com menos disposição". Lazer: televisão e leitura.

Morbidade: Úlcera nervosa no estômago curada com remédios" há 15 anos. Descreve internação "por um caso de nervos, feita com neurologista, após corte de minha atividade profissional". Alimentação predominante de carboidratos, sedentário e pequeno

tabagista. Pai morto "do coração" há 30 anos, Um irmão tem "marca-passo". Aponta vizinhas com "problemas do coração: uma melhorou e o estado da outra está mais ou menos".

Sobre si, refere consulta médica há anos, "mas estava tudo normal". Mas há meses "falava para a esposa que não vinha se sentindo bem", pensando em "dividir os os bens".

OPINIÕES: Provocariam infartos: "tensão nervosa e vida atribulada", devendo se tratar com "repouso, não se emocionar e procurar fazer exercícios leves" e os doentes "ficam mais moderados, mais calmos, com preocupação". Crê que "não fico bom, como era antes" por causa desta "pequena lesão no coração", temendo não poder retornar à rotina.

COMENTÁRIOS: Paciente com depressão crônica, relata alongadamente sua história. Com situações traumáticas sucessivas desde a infância, não consegue tolerar adequadamente as frustrações: como filho pretendido, voluntário de revolução, estudante, profissional, chefe da casa e provedor da mãe doente. Precisaria melhor lidar, entre outros, com sentimentos de raiva, que no momento se concentram no irmão, pois seu prognóstico psicológico ora é insatisfatório.

Encontra-se em 129 no grupo IAM, com Índice 32 (na posição a +5 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 41 - Paciente masculino, branco, 32 anos, solteiro, sem religião, colegial completo, funcionário chefe de administração, renda de 4 SM, natural e morador de Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Tinha acabado de tomar banho para ir trabalhar e senti fortes dores no peito. E comecei a transpirar demais. A princípio pensei que fosse algum mal-estar passageiro e deitei novamente. Daí vi que a dor foi apertando cada vez mais e a cama foi ficando mais molhada. Tive que chamar minha mãe e falar que não estava passando bem. Ela telefonou para meu tio e me trouxe para o hospital mais próximo. Fiz uma consulta com o clínico geral, após esperar na fila e me passaram para o cardiologista. Feito o eletro, chamaram o carrinho e me levaram para o CTI. Na realidade eu não sabia o que estava acontecendo porque era tudo tão rápido que não deu tempo de ele me explicar. Mas dava para perceber que era alguma coisa grave. Daí colocaram soro, oxigênio e aparelhos. A única coisa que tive medo foi de morrer. Depois da medicação, a dor começou a passar um pouquinho e explicaram que já estava praticamente fora do perigo. Esta experiência foi terrível: ter que passar 5 dias sem levantar de uma cama. Mas como experiência, valeu".

"Tenho impressão que devido à minha maneira de ser, eu acho que tudo quanto é tensão nervosa e preocupação ficam assim muito embutido dentro de mim. Tenho dificul

dade em soltar, em desabafar para alguém. Acho que isso aí ajudou bastante. Também algumas coisas que me aborreceram no ambiente de trabalho. Foi a gota d'água aqui-lo".

ANAMNESE DIRIGIDA: Na infância "não tive liberdade como as outras crianças, fui criado para ser perfeito, mais dentro de casa. Adolecência: "foi aí que comecei a ter a sensação de liberdade, sair de casa e escolher as amizades". Pai falecido, não sabe de quê, aos 3 anos de idade do paciente. Mãe "é bastante comunicativa e alegre, embora nervosa e tendo estado até internado". Foi criado por "tia solteirona", que considera como mãe e sendo referida como "de muita responsabilidade, autoritária". Tem irmã mais nova, por parte de mãe. Na escola tinha "inibição exagerada", mas atualmente "consegui me abrir mais com as pessoas". Relações sexuais esporádicas.

Quanto a seu serviço, menciona que "meus superiores têm exigido um trabalho além de minhas funções e há poucos dias eu resenti porque sei que não há reconhecimento em termos de promoção". Acha que "deveria ter feito mais coisas na adolescência" e quando chega aos 30 anos tem-se vontade de fazer muita coisa e sente-se que o tempo não dá". Menciona que há alguns anos "senti-me inferior em capacidade perante os outros e criava uma barreira". Refere que de há 6 meses vem dormindo menos. Queixa-se de "atritos com minha mãe (adotiva) que se mete em pontos de minha vida que não tem nada a ver".

Refere "bronquite curada" com 3 anos de idade. Teve "dor de cabeça de sistema nervoso tratada com calmante". Alimentação rica em carboidrato, tabagista "à noite" de 3 cigarros/dia desde os 16 anos. Vida sedentária. Nega casos de cardiopatia na família e no círculo social. Seu infarto ocorreu "perto da data do meu aniversário (5 dias antes), mas não estava pensando nisso". E coloca que "eu senti uma semana antes e esqueci porque pensei que fosse problema do estômago" e, ainda, "aquele semana eu estava de crista baixa". Admite que há muitos anos "desconfiava, mas não aceitava". E agora encontra-se "normalmente".

OPINIÕES: Infartos ocorreriam por "agitação de vida de hoje", acometendo pessoas que "ao invés de explodir, tentam segurar" e que deveriam cuidar-se "vivendo sob menos tensão". Crê que os doentes "voltam ao normal a longo prazo" e "ficam um pouco destruídos principalmente quem nunca esperava". Seu infarto teria acontecido pelo "ritmo de vida" e teme ter que deixar a "natação".

COMENTÁRIOS: Paciente tranqüilo na entrevista, faz colocações com clareza. Percebe ter sentimentos sob grande repressão, querendo modificar a relação de dominação estabelecida com sua mãe adotiva. Uma abordagem psicodinâmica poderia levá-lo a trabalhar seus impulsos agressivos, diminuindo possíveis somatizações e melhorando seu prognóstico psicológico que ora não está favorável.

Encontra-se em 199 no grupo IAM, com Índice 29 (na posição a +2 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 42 - paciente masculino, 48 anos, casado, 3 filhos solteiros, católico não praticante, primário completo, mecânico de autos, renda 4 SM, natural de São José do Rio Pardo SP e há 6 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu acordei mais ou menos à meia-noite, senti uma dor no meio do peito, que não era uma coisa de costume. Fui ao banheiro, voltei, fiquei por ali. Aquela dor foi aumentando, aumentando. Daí chamei minha mulher e falei que não estava passando bem. Falou que isso não era nada. Não era nada? Esperei mais um pouquinho, vi que não melhorava, chamei uma táxi e fui ao hospital onde deram um socorro de emergência. Voltei para casa. Aquela dor diminuiu, mas não parou. Daí dormi um pouquinho e no outro dia cedo levantei e fomos procurar logo um médico. O rapaz me deu uma examinada e me encaminhou para cá, sendo internado de imediato. Daí pra cá foi só tratamento."

"Não tinha nem noção do que poderia ser. Nunca ouvi falar como procedia esta doença, que é o enfarte. Não tenho a menor idéia do que foi, do que aconteceu. Trabalhei o dia todo sem sentir nada. Nunca tomei pancada, nunca tomei nada. Sempre tranquilo".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "de moleque pobre de roça" e adolescência "sempre trabalhando, sempre lutando". Pai era "calmo, mas positivo" e mãe "muito calma". Caçula de família de 4 irmãos. Na escola "repetia quase todo ano, não levava a sério". Esposa "é brava e alterada, mas compreensiva" e um filho "é bem revoltado desde pequenininho".

Refere profissão exigente "porque eu não posso errar" e queixa-se que "lá não tem segurança pela fumaça, tintura de carro e barulho", o que o deixa irritado. Luto há 8 meses por falecimento do pai. Relata expectativa pois está "vendo a possibilidade de ter casa própria". Diz que sua distração são "atividades domésticas".

Menciona "pressão alta tratada com remédios há 2 meses", "sangramento no estômago" tratado com dieta e internação há 10 anos e "reumatismo" na infância. Alimentação predominante de carboidrato. Alcoolismo social. Mãe falecida por "problema do coração", filha com "sopro no coração". Lembra de colega de serviço que "teve enfarte e ficou afastado bastante tempo" e que "o patrão exige muito". Paciente finaliza dizendo estar "preocupado com a doença".

OPINIÕES: Não sabe referir motivos de um infarto, mas pensa que acometeria "pessoas muito nervosas e que são caladas". O tratamento seria "regime alimentar, cuidado com álcool e parar de fumar" e os doentes "ficam meio regular". Sobre seu infarto, diz que de "trabalho não foi porque não levei problema para casa". Menciona receio

de agora "ter que recusar serviço".

COMENTÁRIOS: Paciente ansioso na entrevista, um pouco agitado no leito, bastante breve em suas colocações. Ambíguo ao referir-se tranqüilo e saber discernir problemas pessoais e profissionais, mas caminhando a reconhecer sua ansiedade e insatisfação no trabalho. Necessitando ao menos uma terapia de alívio para reorganizar idéias, principalmente ligadas à sua saúde, o que o manterá num prognóstico psicológico razoável. Hipertensão, hereditariedade e idade são fatores preponderantes.

Encontra-se em 309 no grupo IAM, com Índice 23 (na posição a -4 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 43 - paciente feminina, branca, 48 anos, casada, 4 filhos sendo 2 casados, católica não-praticante, primário incompleto, lavadeira, renda familiar de 4 SM, natural de Jundiaí SP e há 41 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Doutor, eu sempre sentia uma angústia, sempre tinha aquela dorzinha lá no fundo. Doía essa veia aqui no pescoço também. E várias vezes deu uma dor mais forte, de a gente chegar até a suar, mas eu não achava que fosse do coração. No sábado à noite é que deu uma dor mais forte. Mas eu procurei ir controlando, foi indo e passou. Mas quando foi domingo de manhã, deu a dor mais forte ainda e a pressão já foi baixando. A dor foi sufocando, foi faltando ar."

"Eu não passei nervoso nenhum, mas como a gente tem sempre aquele coração amarrado, angustiado, eu falei que era isso daí, sei lá. Eu não esperava que fosse, o que o médico falou, o enfarte. Me levaram para o pronto-socorro, internaram, passaram os medicamentos. Na quinta-feira, aqui no hospital, repetiu outra vez, mais forte e a pressão caiu de uma vez e foi parar em 3. Fui para o CTI desmaiada."

"Com tanto sofrimento e a gente fica guardando aquilo e vai atacando cada vez mais. Tem uma hora que o coração da gente não agüenta."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "era só trabalhar e apanhar" e na adolescência "não deixavam sair e eu chorava". Pai "era menos ruim que minha mãe e batia na gente porque ela mandava". Mãe teve "pai bravo e ela seguiu o jeito, tem gênio ruim até hoje, dando a desculpa de ser doente e quem cuida dela sou eu". De família de 6 irmãos. Primeiro casamento "não deu certo de jeito nenhum: meus pais achavam que eu devia casar com aquele moço". Este "era de vida errada, pegava doenças com mulheres, perdi 2 filhos por causa disso, desgostei e decidi separar". Segundo casamento "foi outro sofrimento, eu não sabia que ele bebia, brigava, mas de um ano para cá controlou mais". Refere que marido é "machão" e que "queria ter liberdade de ir à cidade". Mantém 1 ou 2 relações sexuais semanais e nega ter prazer. Já teve vontade de matar tanto o primeiro como o segundo marido. Filhos: "nunca bati, só explicava a situação, fui judiada e achava que não era daquele jeito que se cria". Assinala ter "ami

zades em qualquer lugar: eu procuro". Relata idéias e tentativas suicidas: "uma vez peguei um revólver mas a turma não deixou; outra vez tomei exagerado comprimidos de nervos".

Refere "laqueadura quando do último filho". Há um ano "úlceras nervosas: melho rei com remédios". A alimentação rica em carboidratos. Internações em hospitais psiquiátricos, apontando ter tomado "choque" e "todas qualidades de calmante". Cita que "problema dos nervos começou no primeiro casamento e atacou mais com o segundo". Conta que "sempre tive sono leve e pouco, dormindo 10 minutos já posso ficar a noite inteira sem dormir", que está deprimida "de 3 anos para cá, não sei porquê" e usa anti distônico: "quando estou nervosa, tomo 3 comprimidos". Já teve "desmaios, ficava com os nervos duros, gelada e com vontade de me jogar". Lazer: televisão e "lavar roupa me alivia e distrai". Antecedentes familiares: mãe "teve enfarte há 18 anos e agora angina", há 4 meses "tio paterno teve enfarte", um irmão "epiléptico" e outro "alcoólatra". Outros: há 3 anos "sogro da filha fez 3 pontes safena" e no ano passado "o cunhado, um ano mais novo do que eu, fez 4 pontes".

Revela que dias antes de seu infarto, "minha mãe queria ir para o asilo por que os filhos não querem ela". Relata sonho com morte e pessoas doentes: "foi um aviso, pois fui parar no hospital". E ainda: "uma angústia há uns pares de dia". Finaliza comentando que "eu concordo com tudo que acontece e acho que é merecido".

OPINIÕES: Infartos aconteceriam por "muito sofrimento", acometendo pessoas "fechadas, gênio forte de brava". Cuidados: "não passar nervoso, nem conversar muito ou comer muito". Crê que "não vou melhorar e tenho medo de não poder trabalhar" e pensa "que vou ter mais um enfarte e forte".

COMENTÁRIOS: Paciente ansiosa na entrevista e muito queixosa. Neurótica crônica com crises histéricas graves. De relações ruins com figuras parentais e posteriormente conjugais, busca afeto nos filhos, nas amizades, nos médicos. Hereditariedade e mecanismos de identificação associam-se ao infarto. Necessitando de acompanhamento psiquiátrico, pois seu prognóstico é grave.

Encontra-se em 70 no grupo IAM, com índice 39 (na posição a +12 da média), no subgrupo de risco psicossocial máximo.

CASO 44 - paciente masculino, branco, 5 anos, casado, 4 filhos sendo 2 casados, católico praticante, primário completo, almoxarife, renda de 6 SM, natural de Aguaí SP e há 29 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu estava assistindo televisão, eram mais ou menos 8 e 15 da noite, não estava sentindo nada. Nesse momento comecei me sentir mal. O mal era a dor que enchia o peito, como se estivesse enchendo uma câmara de ar, e vinha até a garganta. Mas, coisa de 5 minutos, já estava com tanta dor, que comecei

até a vomitar. Aí então eu chamei um filho. Ainda deu tempo de desligar a televição, porque eu estava no sofá sentado. Falei que estava sentindo mal: "não sei o que está acontecendo". E dor, e dor, e dor. Falou para irmos ao pronto-socorro. Me pegou, pôs no carro e trouxe. Cheguei aqui eram 8 e 30, um doutor me atendeu e na hora viu que era enfarte. Viu a situação que eu estava, já me deu um comprimido."

"Realmente não sei por que aconteceu, não tem motivo, não passei nervoso, estava de férias! "

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "no sítio, eu estudava e fazia tudo que queria". Adolescência "sem dificuldades". Pai era "bom, como meu sistema: justo e não gostava de mentiras". Mãe era "melhor que o pai; morreu de parto". De família de 9 irmãos. Sobre vida escolar, "diziam que eu era muito artilheiro". Esposa é "muito boa, calma, concorda com tudo".

Conta que trabalha "numa secção agitada" e que "recusei um cargo de comandar pessoas". Relata que "queria aposentar, mas fracassou porque ia comprar uma casa em minha cidade para temporadas e agora posso ter um fim por causa da saúde". Comenta que "na casa, no quintal, se eu ver coisa errada..." e que se "não cumprem, eu chego nas pessoas: eu gosto de honestidade". Lamenta morte do pai, há 2 anos, "que dava apoio em todos os sentidos". Lazer: rádio e televisão.

Diabetes, com o qual "já estou acostumado", controlado com hipoglicemiante oral e dieta há 6 anos. Comenta que era obeso e "perdi 30kg com o regime". Refere "úlceras operadas da qual nunca mais tive problemas", há 15 anos. Tabagista de 15 cigarros/dia desde 20 anos de idade. Há casos de hipertensão entre os irmãos e sem casos relatados de cardiopatia na família ou no círculo social. Quanto a seu infarto, comenta que ocorreu quando planejava ficar "uns dias num apartamento de praia". Finaliza afirmando: "me sinto feliz pois consegui tudo lutando".

OPINIÕES: Não sabe precisar o que leva ao infarto, mas diz que "quem gosta de honestidade tem mais possibilidade de ter este problema". Os acometidos não poderiam "fazer esforço, tomar bebidas ou fumar" e o estado psicológico "da maioria piora porque fica com medo, mas eu não".

COMENTÁRIOS: Paciente com ansiedade leve na entrevista, alongando-se em suas colocações. Fatores biológicos de diabetes, tabagismo e idade são preponderantes. Exigente nas relações pessoais e consegue, no entanto, adaptar-se afetivamente, com prognóstico bom.

Encontra-se em 48º no grupo IAM, com Índice 10 (na posição a -17 da média), no subgrupo de risco psicossocial mínimo.

CASO 45 - paciente feminina, branca, 74 anos, viúva, sem filhos, católica pra

ticante, primário incompleto, prendas domésticas, pensão de 2 SM, natural e moradora de Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Começou com a dor no braço, me doía e eu não podia mexer. Aquele dorzinha enjoada, mas enfim... Eu já tive há muito tempinho uma dorzinha assim. Mas pensei que devesse ser uma friagem. Mas doía no peito. Eu tenho uma bolsa elétrica. Esquentei bem e coloquei no braço. Foi indo, indo, dormi e passou. Pode ser que foi o começo. Faz bem uns 4 meses. Dessa vez a boca, esquisita, parece que repuxava. Chamei uma amiga do mesmo andar prá ficar comigo dizendo que eu não estava muito boa."

"Meu marido teve enfarte. Ele esfregava, tinha aquela dor no peito, mas não se queixava do braço. Pensei então o que seria isso. A vizinha me fez um café bemquentinho, passou. Aí resolveram me trazer para o hospital. O médico logo fez o eletro e me mandou levar ao CTI. Pensei que seria coisa grave".

"Parece que não tem motivo. Nem prá mim, nem prá ele, teve motivo. Ele ficou bom e voltou para casa. Um dia teve espasmo cerebral, pegou braço. Deu outro, pegou perna. Por 3 anos eu pus comida na boca dele".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância foi "natural, brincava", mas "não tive juventude, precisava fazer serviço para meus pais". Pai era "bom" e mãe "morreu quando eu tinha 9 anos e fui para o sítio de meus avós, que acabaram de me criar, era formidável". Tem um irmão caçula. Marido "era muito nervoso, colocava o paletó e ia sentar no jardim, ficava 15 dias sem conversar". Sem filhos por "útero infantil".

Queixa-se de preocupação com a saúde, referindo cansaço por tratamentos e sucessivas internações. Distrai-se com "leitura de revistas de romance e televisão". Mora só, apesar do convite do irmão para residir com ele.

Hipertensa há 5 anos, tomando diurético e anti-hipertensivo, mas "não sou de obedecer ordem médica" e afirma que "eu não me abro com o médico". Diabética há 12 anos, tomando hipoglicemiante oral e com dieta inadequada. Refere ainda "bico de pagão por ter carregado o marido, bronquite mal curada desde criança, operações de fibroma, de apêndice, de rim deslocado e de cárie no osso do ouvido". Vida sedentária. Desconhece casos de cardiopatia na família ou no círculo social, exceto o marido.

OPINIÕES: Não sabe precisar o que provocaria infarto, mas crendo acometer mais pessoas "muito nervosas". Os doentes devem "evitar os excessos e comer exagerado". Acha que "a saúde fica abalada" e as pessoas "ficam sempre com aquilo na cabeça, medrosas". Pensa que deverá recuperar-se rápido de seu infarto, negando receios no tratamento.

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal no momento da entrevista, embora apre

sentasse dispnéia por doença pulmonar obstrutiva crônica, fazendo-a ser breve em suas colocações. História de depressão prolongada. Fatores biológicos importantes: hipertensão, diabetes e sedentarismo. Procura-nos diversas vezes para consulta, referindo ter criado forte vínculo afetivo com o entrevistador, com sinais de reação psicológica do tipo maníaca. Encaminhada para psicoterapia, com prognóstico psicológico favorável.

Encontra-se em 419 no gupo IAM, com Índice 17 (na posição a -10 da média), no subgrupo de risco psicossocial menor.

CASO 46 - paciente masculino, branco, 34 anos, separado da esposa, 4 filhos menores, católico não-praticante, primário completo, desempregado, natural de São Paulo SP e há 2 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "As dores que estavam dando, eu já sabia mais ou menos o que era, porque já deram 3 vezes. Eu estava assistindo televisão e começou aos pouquinhos. Eu ficava um pouco quieto e ia passando. E aí começou a aumentar, aumentar. Aumentou demais e não tive condições. Tive que correr para o hospital. As dores foram iguais às outras. Eu já sabia o sintoma que era. Não teve outro jeito".

"Desconfio que pode ser o cigarro, porque eu fumo demais e prejudica muito. Pode ser o nervoso que ataca também, a gente fica muito agitado. Deve ser isso. A situação está meio atrapalhada, a gente fica pensando nos filhos, em tudo".

ANAMNESE DIRIGIDA: Relata que "nasci quase morto, fizeram promessas e a saú de firmou". Infância e adolescência "não foram boas, mas quebravam o galho; brincando não penso, queria esquecer". Pai "era ruim demais, nervoso e deixava minha mãe nervosa". Mãe "não era boa, judiava demais". Segundo filho de família de 4 irmãos. Mau relacionamento com "a irmã mais nova: um não podia ver a cara do outro". Na escola "era muito bagunceiro, não esquentava". Comenta que "por incrível que pareça, casei com minha primeira namorada". Esposa "no começo foi ótima, mas depois o gênio não combinava, era relaxada, ela fugiu com outro e se eu passo perto dela, eu mato". Esta "tinha ataque de nervoso, ia ao hospital e chamava a mãe que era morta". Separa dos há 3 anos. Filhos: "ficaram no colégio interno porque ninguém queria ficar com eles e agora estão com ela e o cara em São Paulo". Atividade sexual: "de vez em quando dou uma escapada".

Era cobrador de ônibus, está desempregado há 2 meses. Assinala ter feito "uma burrada, pedi a conta, estava com a cabeça meio louca, recebi pouco e me arrependi". Conta que "queria ir a São Paulo para pegar a casinha da COHAB, mas não deu certo". Há dois anos, devido aos problemas familiares, "fiquei revoltado e vim para cá onde tenho um irmão". Lamenta falecimento, há 4 meses, de tio materno "com enfarte" e que "quando eu era criança ele ia em casa nas festas". Reporta que "eu podia ter uma infância e um estudo melhores, um emprego direito, casei cedo e não deu certo". Sen

timento de culpa: "poderia ter feito melhor para minha mãe, ter dado mais cuidado". Queixa-se que "o tempo passa depressa demais", está cansado "demais" e nega lazer.

Tendência à obesidade, sem cuidados adequados. Aponta três internações anteriores por problemas cardíacos. Alimentação predominante de carboidrato. Tabagista desde 14 anos, chegando a 2 maços/dia. Diz que "sou muito agitado, cheguei a comprar calmante homeopático e não resolveu nada". Mãe "morreu de enfarte, sofreu demais, não dormia com falta de ar, foi triste". Irmã "bem gorda afastada do serviço há 1 ano por problema do coração". Quanto a seu infarto, recorda que estava "agitado o dia todo" e que "dois dias antes tomou 4 comprimidos de aspirina e melhorou a dor no peito".

OPINIÕES: "Vida agitada e preocupação" levariam ao infarto, o tratamento seria "saber a origem do enfartamento e talvez fazer uma operação" e aos doentes "ficam normais". Acha que seu infarto foi provocado "pela angústia por ter pedido a conta no emprego bestamente e porque quero ver meus filhos que não vejo há 3 meses", sendo que sua melhora deverá ser rápida. Pensa que não conseguirá deixar o cigarro: "ele é uma espécie de calmante".

COMENTÁRIOS: Paciente muito angustiado na entrevista e com sinais de depressão. Marcado por situações traumáticas desde parto complicado, figuras parentais más, inadequação escolar, relação conjugal neurótica com separação não elaborada, separação dos filhos, culpa agravada com a morte da mãe, morte do tio por infarto com quem anteriormente já se identificava, até o recente afastamento do emprego. Impulsivo nas decisões: casamento e separação, mudança para Campinas, desligamento do serviço. Hostilidade pouco controlada, sobretudo com a esposa. Prognóstico psicológico ruim, necessitando urgente abordagem psicoterápica, visando, entre outros, perceber mais claramente a gravidade de sua atual enfermidade. Quadro grave ainda pelo componente hereditário e pelo tabagismo.

Encontra-se em 2º no grupo IAM, com índice 48 (na posição a +21 da média), no subgrupo de risco psicossocial máximo.

CASO 47 - paciente masculino, branco, 45 anos, casado, sem filhos, católico não-praticante, primário completo, desempregado, renda familiar de 5 SM, natural de Muzambinho MG e há 17 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu estava trabalhando, quando foi meio-dia e quinze, já senti aquela dor forte no peito e nos braços. Não aguentei e até rolei pelo chão. Mandeí chamar pessoas, mas na hora não obedeceram. Então tive que socorrer com um carro de uma pessoa de São Paulo, que inclusive nem sabia chegar aqui no hospital. Ele se perdeu, mas me deixou aqui na avenida. E eu vim a pé de lá até aqui na porta. Aplicaram já duas injeções na veia e duas no músculo. Me deixaram numa sala e me passaram no raio-X".

"No momento eu pensei que talvez fosse pulmão. Nem imaginei que fosse cora
ção, porque começou a dor aqui no centro, no peito. Mas daí espalhou, foi para as
costas e, repito, nos braços também. Cheguei aqui gelado".

"Foi de momento. Eu nunca senti nada. Quando a gente corria um pouco, às ve
zes, eu sentia que doía um pouquinho aqui no peito. Depois ia para casa e a dor pas
sava. Mas era dor suave e não violenta como essa de quarta-feira. Essa foi uma coisa
que eu não quero, digamos assim, nem para um cachorro ou nem para um gato talvez. É
isso que eu posso dizer."

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "foi trabalhando na roça, não tinha amigos, nem
diversões, mas não foi ruim". Na adolescência "ia ao cinema, passeava com os primos".
Pai "era um pouco nervoso, mas sô falávamos bobagens um para o outro: era pai e ami
go". Mãe "era mais enérgica, rí gida". Quarto filho de família de nove irmãos. Conta
ter tido "muitas namoradas ao mesmo tempo: eu escalava bem". Casou-se aos 33 anos.
Esposa "é formidável, é o carro da paciência, mas é nervosa quando saio e demoro: co
meça a chorar pensando em acidentes". Relações sexuais "sô com minha sucata" (espo
sa). Menciona conflitos conjugais: "ela não gosta de falar a idade porque é mais ve
lha que eu, mas de fisionomia é mais nova; ela é formada e educada, diferente de mim
que sou do mato". Conta que "eu falo, xingo, quem não me conhece não vê que é brin
cadeira; minha mulher demorou para entender meu modo de agir". Sobre sociabilidade,
diz que "aqui na cidade se eu não tiver amigos, estou mentindo, sou um palhaço, den
tro do respeito".

Refere ter-se afastado do trabalho há 7 meses "por ter muitos gastos de
impostos como motorista autônomo de escolares", contando que "o médico disse que eu
não posso trabalhar". Assinala que sua expectativa é "regressar à firma onde traba
lhei". Reporta aborrecimento com uma irmã "que virou a cara por negócio de herança
do meu pai". Entretanto coloca que "em casa o mais problema sou eu". Lamenta a mor
te de um primo há anos: "nos formamos juntos desde a infância". Sobre lazer, respon
de gostar de "cuidar da casa e fazer limpeza".

Hipertenso há 1 ano sem tratamento adequado. Obeso, comenta ser "meio safado:
digo que em vez de mulher ficar com barriga, eu é que fiquei". Relata que
"ia muito à sauna, passei a sentir queimação atrás, fiz até exame de esperma e tomei
antibióticos". Internação há 2 meses por "problema de coluna por carregar peso des
de criança e preciso fazer massagens". Alimentação rica em carboidratos. Tabagista
há 25 anos, de 1/2 maço/dia. Alcoolismo social, negando problemas secundários. Pai
falecido "de enfarte" e disse ser "sem-vergonhice de gente velho". Irmã "com proble
ma do coração, tem tonteira, mas melhorou". Irmão suicida: "foi uma fraqueza de cabe
ça, foi por causa de mulher, é ignorância". Esposa "sofre de nervoso e pressão alta"
e "perdeu feto de 3 meses e ficou com trauma". Assinala que "conhecido morreu de der
rame, que eu acho ser ligado a coração, era motorista também" e, ainda, "sogro mor
reu de enfarte e dessa época fiquei sabendo o nome da doença, foi motorista muito tem

po". Sobre sua doença, afirma que vai "tocar o barco, fazer de conta que não acontece nada".

OPINIÕES: O que mais comumente levaria as pessoas ao infarto "é o fumo", necessitando então "não fumar, beber ou comer muito". Acha que doentes "ficam nervosos e apavorados".

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista, embora mostrando grande expectativa pela alta hospitalar. Alonga-se nos seus relatos, evidenciando traços de personalidade imatura. Apresenta sinais de conduta manipulativa, conhecendo a rotina médica e de enfermagem e suas peculiaridades, levando à vontade a papeleta de seus controles vitais, exercendo liderança entre os demais internados na enfermaria e fazendo perguntas com intimidade ao entrevistador. Sua linha biográfica sugere atuações psicopáticas. Fatores biológicos importantes: hereditariedade, hipertensão, obesidade e tabagismo. Necessitando orientação médica com colocação rígida de limites.

Encontra-se em 449 no grupo IAM, com índice 13 (na posição a -14 da média), no subgrupo de risco psicossocial mínimo.

CASO 48 - paciente masculino, branco, 71 anos, casado, 2 filhos sendo 1 casado e 1 viúvo, católico não-praticante, primário completo, aposentado, renda de 1 SM, natural de Simplício Mendes PI. e há 1 ano em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu saí para comprar uma carne. Saí bom, mas senti uma fraqueza nas pernas e falta de ar. Então fui ao açougue e voltei. Aquela dor que deu na cabeça, em pontadas, mudou para o peito. Então eu fui para o apartamento e o elevador não estava ali. Tem escada e eu moro no 19 andar. Eu pensei em subir e quando coloquei o pê no batente, não achei a perna. Voltei, pedi o elevador e eu subi. Dentro do elevador, não suportei mais o calor e arranquei a camisa fora. Abri a porta, entrei, joguei a carne em cima da pia, já tirei o sapato e a roupa. Aí a coisa alterou tudo, complicou e se não me acodem, eu tinha morrido".

"Não posso explicar. Saí bonzinho. A causa mais antiga é a pressão alta. O médico sempre me dizia que da pressão alta provém o enfarte. Me deu um remédio pra tomar toda vida, mas nesse dia eu não usei. Foi uma coisa que me pegou de surpresa".

ANAMNESE DIRIGIDA: Na infância "tínhamos respeito aos pais e trabalhavam todos unidos na fazenda. Conta que "me emancipei com 25 anos, nunca matei, nunca surrei". Pai "bom e muito calmo", mãe "é sempre mais que o pai", falecida jovem. Mais velho de irmandade de seis: "criei os irmãos e fiz as mulheres casarem". Casou com a prima materna "pois tinha que amparar", sendo esposa "nervosa e tudo ela mesma quer fazer". Recorda que há cerca de 4 anos "irmão me botou de empregado, depois larguei e ficou com raiva: ele põe os outros para trabalhar e bate asas". Refere que há muito tempo sentia raiva por "uma pessoa que queria entrar em meus negócios". Relata que

"fiquei admirado de ver tantos velhos sentados em jardim e então pensei em vir para cá" e que "sigo o regime do lugar onde vou". Lazer: "tratar de passarinhos".

Hipertenão há 1 ano com medicamento. Um filho "teve problema de coração de nascença, mas está bom". Refere que "em Mato Grosso tem muitos com problemas de coração e fica-se admirado". E ainda: "um compadre morreu em cima de mulher, ele forçou, não chegou a entrar no pronto-socorro, ele era baixo e gordo, tipo de quem tem enfarte". Lambra que "tinha medo dessa doença, porque uma vez o doutor me falou que podia ter". Assinala agora sentir "um pouco triste por não poder fazer aquilo que fazia; é uma doença que, se teima, morre em seguida".

OPINIÕES: Infartos seriam gerados por "preocupação e engordar muito", acometendo pessoas "nervosas", devendo-se tratar com "grande cautela com comida e bebida". Pensa que os doentes possam ficar "completamente inúteis como criança" e ainda "nervosos por ficarem parados". Crê que a "pressão alta" seja o motivo de seu infarto.

COMENTÁRIOS: Paciente calmo na entrevista, faz colocações objetivas. Tem tido uma vida disciplinada, não evidenciando conflitos de gravidade, satisfeito na vida de relações interpessoais e profissional. Boa capacidade de adaptação ao meio. Hipertensão é o fator preponderante. Bom prognóstico psicológico, sabendo bem lidar com sua enfermidade.

Encontra-se em 50º no grupo IAM, com índice 6 (na posição a -2) da média), no subgrupo de risco psicossocial mínimo.

CASO 49 - paciente feminina, branca, 47 anos, separada, 3 filhos solteiros, católica praticante, 2º grau incompleto, prendas domésticas, renda familiar de 36 SM, natural e moradora de Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: Paciente não relata o episódio da eclosão de sua doença e nem procura historiar seus problemas de saúde. Apenas assinala que "eu nego que tenha acontecido enfarte".

ANAMNESE DIRIGIDA: Infância "deixou muito a desejar, mas mesmo assim teve coisa bem melhor que agora". Na adolescência "era muito presa, mas valeu a pena". Pai "era bravo" e mãe "também e segurava muito as filhas". Penúltima de família de 5 irmãos, com quem "não era de muita conversa". Pais não tinham bom relacionamento "por problema de mulher". Tentativa de suicídio aos 13 anos "por um motivo insignificante: queria ver um namoradinho em Santos, mas minha mãe não quis viajar". Problemas escolares por repetências e "dificuldade de entrosamento por educação restrita". Separação conjugal há 2 anos: "ele é elétrico, sempre reclamando". Filho de 18 anos, mais velho, "não quer diálogo, manda a gente calar a boca, o gênio não cruza e se acha o galo da casa".

Sobre seu casamento, comenta que "no começo a gente se entrosava bem". Diz que o marido "tinha cisma que eu não gostava dele, mas agora ele quis pisar; eu assumi o casamento, mas ele teve falta de vergonha e de formação". Conta que "uma fulana deu em cima, ele tinha loucura pelos filhos e agora nem telefona, foi uma coisa que estourou". Revela que "ninguém suporta ser passado para trás, eu caí em uma mas não caio em duas", mas "enquanto não tem o desquite, sempre se pensa que pode voltar". Comenta, por outro lado, que "gostaria de ter continuado meus estudos" e que mudar de casa do meu gosto porque aquela está ruim". Aponta que "dirigir carros é uma higiene mental, não fico nervosa e não tenho medo".

Hipertensão há cerca de 4 anos sem tratamento adequado: "um enfermeiro costumava medir para mim e dizia para procurar médico urgente". Hiperlipidemia e obesidade também sem tratamento adequado. Tabagista desde os 14 anos. Chegando a 1,5 maço/dia. Tratamento psiquiátrico recente. Pai "teve um enfarte e durou 5 anos" e mãe faleceu de "diabetes". Recorda que um amigo teve problema cardíaco: "fiquei surpresa, ele já não andava bem, abusava muito"; e que "vi uma pessoa que morreu de enfarte aqui no hospital".

Refere internação, com terapia intensiva, há menos de um ano por "problema cardíaco" e há cerca de 5 meses "me deu uma dor muito forte quando ia para a formatura de um sobrinho". Menciona que duas semanas antes do infarto "o advogado estava me atazanando porque ele estava querendo fazer o enfarte (lapso), o desquite. No dia do episódio "dirigi na estrada e estava com o astral bem alto".

OPINIÕES: Pensa que infartos sejam decorrentes de "correria e dia-a-dia de todo mundo", acometendo pessoas "que querem as coisas muito direitas e não conseguem" e devendo se cuidar com "repouso e ficando mais tranquilas". Crê que os doentes tenham evolução clínica regular e evolução psicológica boa. Aponta como razões de seu infarto: "mãgoa com marido e filho que me desmonta querendo dinheiro", lembrando estar fazendo "o papel do homem da casa". Crê ser grande a probabilidade de novo episódio "pela barra que estou levando", mas que "não estou nem aí com o enfarte, mas estou aí com outras coisas".

COMENTÁRIOS: Paciente com muita ansiedade, alonga-se bastante em suas colocações, cuja temática central é a separação conjugal, deixando a enfermidade como questão periférica. Com situações conflitantes desde a família de origem, na escola e agora para coordenar sua casa. Dificuldade extrema de lidar com perda, entra em reação do tipo maníaca. Fatores biológicos importantes: hereditariedade, hipertensão, hiperlipidemia, obesidade e tabagismo dão mau prognóstico clínico. Necessitando retomar tratamento psiquiátrico, com psicoterapia de orientação, alívio e para reorganizar sua vida pessoal e familiar.

Encontra-se em 149 no grupo IAM, com Índice 31 (na posição a +4 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

CASO 50 - paciente masculino, 57 anos, casado, 3 filhos sendo 1 casado, católico praticante, ginásio completo, comerciante, renda de 21 SM, natural de São Paulo SP e há 25 anos em Campinas.

ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA: "Eu fui ao pronto-socorro porque minha filha não estava passando muito bem com bronquite. Lá tive o enfarte. Doeu muito no peito e fiquei desacordado. Tive sorte, se eu estivesse numa estrada..."

ANAMNESE DIRIGIDA: Relata que "fui muito doente, da faixa dos 5 aos 14 anos, tomava bismuto, tinha anemia e era fraquinho, mas tinha o que eu queria". Pai era "calmo, bom e homem muito justo". Mãe "morreu moça, era calma". Penúltimo de família de 4 irmãos. Na escola "sempre fui gozador". Diz que "tive pouca juventude porque casei com 22 anos, fui sempre caseiro" e esposa "é nervosa". Filhos são "explosivos, mas bons".

Questão de trabalho: "eu não me preocupo com a rivalidade, mas meus concorrentes sim" e aponta exigência "dos compromissos que a gente assume". Refere estar trabalhando mais há 3 anos "devido à situação do País" e mais recentemente teve aborrecimento com "contratempo nos negócios e eu assumi o prejuízo". Conta que "o tempo voava, agora aqui as horas não passam". Relata impaciência "com essas crises financeiras: tenho que pensar e ficar calmo" e, ainda, cansaço e preocupação com a saúde.

Hipertensão há 2 anos, sem tratamento adequado: "varia de acordo com aspectos emotivos". Problemas com triglicérides: "tomei 1 ou 2 caixas de remédios, depois abandonei e não fiz mais exames. Obesidade: "comia bem, gosto só de massas". Tabagismo dos 10 anos até há um mês, chagando a 4 maços/dia, "eu estava percebendo pelo cansaço, agora esqueci e me sinto bem". Alcoolismo social sem problemas decorrentes. Pai falecido de "câncer no estômago". Mãe "morreu do coração", com 57 anos (idade do paciente). Tio paterno falecido "sofria do coração". Recorda de amigo: "tinha tido 4 enfartes, jogando baralho teve o quinto e foi fulminante: tinha uma porção de problemas". Quanto a seu infarto, refere que uma semana antes comentou a possibilidade com a esposa "e até fazia massagem". Diz que "eu ainda não sei que tipo de enfarte me deu", que receia ter de "ficar em repouso", mas "vou enfrentar, vou fazer exercícios".

OPINIÕES: Acha que levariam a infartos: "situação do País, a crise, o sistema nervoso", sendo que o cuidado teria "que ser completamente diferente: alimentação, mais exercícios". Diz que passa a "ser tudo diferente nas atividades", achando que as pessoas "se acovardam um pouco". Crê que seu infarto tenha sido motivado pela "emoção, pois tremia de nervo quando fui ao hospital ver minha filha".

COMENTÁRIOS: Paciente com humor normal na entrevista, mostra-se cordial mas reservado em suas colocações. Absorvido por sua ocupação profissional e cuidados negligenciados com a saúde dão caráter de conduta auto-destrutiva. Fatores biológicos

importantes: hereditariedade, idade, hipertensão, hiperlipidemia, obesidade e tabagismo. Necessita, ao menos, psicoterapia de orientação para baixar sua ansiedade, que demonstra quanto à questão da gravidade de seu infarto e como deveria reorganizar seu estilo de vida, sem o que poderá complicar também seu prognóstico psicológico. Solicita indicação para leitura sobre clínica e cuidados sobre coronariopatias. Espo_sa adentra o recinto, terminada a entrevista, e manifesta receio de que o paciente retome futuramente seu ritmo de vida.

Encontra-se em 199 no grupo IAM, com índice 29 (na posição a +2 da média), no subgrupo de risco psicossocial maior.

- SUMÁRIO DOS ANEXOS -

I - MODELO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- História de Vida - Identificação dos instrumentos

1. Entrevista não-dirigida

- Perfil das questões (instrumentos de nº 2 a 6)

2. Questionário sobre opiniões do sujeito acerca da enfermidade (56 questões)

3. Questionário sobre características bio-psicossociais do sujeito (81 questões)

4. Questionário sobre circunstâncias e precedentes do episódio e expectativas do sujeito (17 questões)

5. Adendo à entrevista (6 questões)

6. Dados clínicos sucintos e outras informações (8 questões)

II - CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS E ENTENDIMENTO DE PALAVRAS E EXPRESSÕES EMPREGADAS NA ENTREVISTA

ANEXO I - MODELO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

HISTÓRIA DE VIDA

Identificação dos instrumentos:

Grupo: () 1. Com infarto do miocárdio. () 2. Controle. Número _____.

Nome do paciente: _____.

Endereço completo: _____.

Fonte (hospital): _____.

Local da entrevista: _____.

Data(s) da entrevista: ____/____/____. Horário(s): das ____ às ____.

Entrevistador: _____.

1. ENTREVISTA NÃO-DIRIGIDA (Instrumento nº 1)

(Estabelecido o "rapport", com a apresentação recíproca, a colocação dos objetivos da entrevista e o contrato, o paciente era então convidado a discorrer sobre como vivenciou o episódio do infarto com descrição dos sintomas, o que imaginou estar-lhe sucedendo naquele momento e as opiniões pessoais sobre possíveis motivos da eclosão da doença. O discurso gravado em fita cassete era posteriormente transcrito para este espaço).

PERFIL DAS QUESTÕES (INSTRUMENTOS DE Nº 2 A 6)

SOBRE OPINIÕES DO SUJEITO ACERCA DA ENFERMIDADE:	QUESTÕES
A - Aspectos Gerais do Infarto	101 a 107
B - Fatores Correlacionados:	
- biológicos	108 a 116
- hábitos	117 a 121
- psíquicos	122 a 129
- sócio-culturais	130 a 138
C - Medidas Terapêuticas e Preventivas	139 a 152
D - Outras Questões	153 a 156
SOBRE CARACTERÍSTICAS BIO-PSICOSSOCIAIS DO SUJEITO:	
A - Dados de Identificação	201 a 216
B - Antecedentes Relevantes:	
- desenvolvimento	217 a 226
- saúde orgânica	227 a 232
- hábitos pessoais	233 a 237
- saúde mental	238 a 243
- psico-familiares	244 a 256
C - Risco Psicossocial para o Infarto:	
- trabalho	257 a 260
- personalidade	261 a 264
- problemas e stress	265 a 272
- sentimentos negativos	273 a 281
SOBRE CIRCUNSTÂNCIAS E PRECEDENTES DO EPISÓDIO E EXPECTATIVAS DO SUJEITO (menos para o grupo controle):	
A - Circunstâncias	301 a 306
B - Precedentes	307 a 312
C - Expectativas	313 a 317
ADENDO À ENTREVISTA:	401 a 406
DADOS CLÍNICOS SUSCINTOS E OUTRAS INFORMAÇÕES (menos para o grupo controle)	501 a 508

B - FATORES CORRELACIONADOS

108) O infarto costuma ter relação com o fato de ser homem ou mulher(sexo)?
0) prejudicado 2) pouca 4) muita
1) não 3) média 9) não sabe

109) Costuma ser mais comum em homens ou mulheres?
0) prejudicado 2) mulheres 9) não sabe
1) homens 3) não tem relação

110) Costuma ter relação com a idade?
0) prejudicado 2) pouca 4) muita
1) não 3) média 9) não sabe

111) Em que faixa de idade costuma ser *mais comum*? Citar:
0) prejudicado 4) 50 a 59 8) não tem relação
1) menos de 29 5) 60 a 69 9) não sabe
2) 30 a 39 6) 70 a 79
3) 40 a 49 7) mais de 80

112) Pode ser uma doença de família? Tem relação com hereditariedade?
0) prejudicado 2) pouca 4) muita
1) não 3) média 9) não sabe

113) Costuma ter relação com problemas de pressão alta(hipertensão arterial)?
0) prejudicado 2) pouca 4) muita
1) não 3) média 9) não sabe

114) E com aumento de colesterol ou outras gorduras no sangue(hiperlipidemia)?
0) prejudicado 2) pouca 4) muita
1) não 3) média 9) não sabe

115) E com problema de serem pessoas gordas (obesidade)?
0) prejudicado 2) pouca 4) muita
1) não 3) média 9) não sabe

116) E com aumento de açúcar no sangue (diabetes)?
0) prejudicado 2) pouca 4) muita
1) não 3) média 9) não sabe

117) E com o tipo de alimento que as pessoas consomem (hábito alimentar)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

118) Que tipo de alimento deve ser principalmente evitado para se prevenir o infarto?

Citar:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 0) prejudicado | 4) ricos em proteínas |
| 1) ricos em carboidrato | 5) condimentos e outros |
| 2) ricos em gordura vegetal | 6) não tem relação |
| 3) ricos em gordura animal | 9) não sabe |
-

119) E com o uso de cigarro (tabagismo)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

120) E com a falta de exercício físico (sedentarismo)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

121) E com o abuso de bebida de álcool (alcoolismo)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

122) E com a prática de sexo, com o número de relações(atividade sexual)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

123) E com o modo de ser, o temperamento, o caráter(tipo de personalidade)?

Citar: (como costuma ser o jeito dessas pessoas)

.
.
.
.
.
.
.
.

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

124) Na sua opinião, o infarto costuma ter relação com pessoas ansiosas, nervosas, inquietas, preocupadas?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

125) E com pessoas deprimidas, desanimadas, tristes, vazias?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

126) E com pessoas obsessivas, com idéias fixas na cabeça e mania de deixar tudo em ordem, organizado?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

127) E com pessoas reprimidas, recalcadas, que escondem seus sentimentos e não desabafam?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

128) E com pessoas autoritárias, dominadoras, que gostam de mandar?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

129) E com pessoas ambiciosas, que vão atrás de prestígio, dinheiro, sucesso?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

130) E com o tipo de trabalho, de serviço (ocupação)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

131) Acha que o infarto costuma ser mais comum, em geral, nas pessoas que trabalham mais com os braços e as mãos (ocupações manuais) ou em quem trabalha mais com a cabeça (ocupações intelectuais)?

- | | |
|---------------------------|------------------------------------|
| 0) prejudicado | 3) ambas, indiferentemente do tipo |
| 1) ocupações manuais | 4) não tem relação |
| 2) ocupações intelectuais | 9) não sabe |

132) A seu ver, o infarto costuma ter relação com o fato de serem moradoras das cidades (vida urbana)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |

133) E com a camada sócio-econômica a que pertencem (classe social)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |

134) Costuma ser mais comum em pessoas pobres ou em pessoas ricas?

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 0) prejudicado | 3) não tem relação |
| 1) pobres | 9) não sabe |
| 2) ricas (ou não-pobres) | |

135) Acredita que um infarto pode ser mandado por Deus (vontade divina)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |

136) No seu entender, pode acontecer por um desejo ou algum tipo de influência de outras pessoas ou coisas (influências alheias)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |

137) Acha que pode acontecer como um castigo, pagar por alguma coisa errada (punição)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |

138) Pensa que pode acontecer por uma simples questão de sorte ou azar (acaso)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

C - MEDIDAS TERAPÊUTICAS E PREVENTIVAS

139) Que exame(s) conhece para se saber como está a saúde do coração?

Citar os exames subsidiários de propedêutica armada:

.....
.....

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 0) prejudicado | 3) três ou mais |
| 1) citado um exame | 9) não sabe |
| 2) dois | |

Descrever: Quais devem ser o tratamento e os cuidados para as pessoas que tiveram um infarto?

.....
.....
.....
.....
.....

140) Na sua opinião, costuma haver necessidade de as pessoas que tiveram infarto tomarem regularmente remédios para o coração (medicação cardiológica)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |

141) E de virem a fazer uma operação no coração (cirurgia cardíaca)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |

142) E de cuidarem também de outros problemas simultâneos de saúde (tratamento de doenças)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |

143) E de controlarem o tipo e quantidade de comida (dieta alimentar)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |

144) E de pararem de fumar (abstenção do fumo)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

145) E de programarem caminhadas e outras atividades para o corpo (exercícios físicos)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

146) E de voltarem ao trabalho normal e outras ocupações de costume (retorno às atividades)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

147) E de evitarem as bebidas alcoólicas (abstenção do álcool)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

148) E de maneirarem as relações sexuais (controle sexual)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

149) E de mudarem seu jeito de ser (controle do temperamento)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

150) E de evitarem situações emocionais ou evitarem de ficar nervosas (evitação da emoção)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

151) E de tomarem calmantes (medicação tranquilizante)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

152) E de procurarem ajuda com médico especialista em problemas emocionais (consulta psiquiátrica)?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouca | 4) muita |
| 1) não | 3) média | 9) não sabe |
-

D - OUTRAS QUESTÕES

153) (Evolução clínica) Na sua opinião, como costuma andar a saúde das pessoas, em geral, depois de um infarto? O que deve ser *mais comum* acontecer?

Citar:
.
.

- | | |
|---------------------|---------------------------------------|
| 0) prejudicado | 3) médio, sem recuperação e sem piora |
| 1) melhorar rápido | 4) piorar ou morrer |
| 2) melhorar devagar | 9) não sabe |

154) (Evolução psicológica) A seu ver, como costumam se sentir emocionalmente, em geral, pessoas que tiveram um infarto? O que deve ser *mais comum*?

Citar:
.
.

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 0) prejudicado | 3) tristes, desanimadas, vazias |
| 1) normais, otimistas | 4) outros e associação |
| 2) ansiosas, com medo, preocupadas | 9) não sabe |

155) (Fonte de opiniões) Onde ouviu falar ou aprendeu todas essas coisas sobre o infarto? Onde são baseadas *principalmente* suas opiniões?

Citar:
.

- | | |
|----------------------------------|--|
| 0) prejudicado | 4) jornais, revistas, rádio, TV, cinema, afins |
| 1) experiência pessoal | 5) associação e outros |
| 2) conversa, troca-de-idéias | 9) não sabe |
| 3) caso na família ou conhecidos | |

156) (Relação Médica) No seu entender, o que os pacientes costumam achar dos médicos? Como estes são? Como costuma ser o relacionamento deles com os médicos?

Citar:
.

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| 0) prejudicado | 4) equilibrados/relação regular-mã |
| 1) equilibrados/relação boa | 5) fracos/relação regular-mã |
| 2) fracos/relação boa | 6) autoritários/relação regular-mã |
| 3) autoritários/relação boa | 9) não sabe |

3. QUESTIONÁRIO SOBRE CARACTERÍSTICAS BIO-PSICOSSOCIAIS DO SUJEITO

(Instrumento nº 3)

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

201) Sexo e cor do entrevistado:

- | | | |
|---------------------|--------------------|--------------------|
| 0) prejudicado | 3) masc.amarelo | 6) fem.amarela |
| 1) masc.branco | 4) fem.branca | 9) não qualificado |
| 2) masc. não-branco | 5) fem. não-branca | |

202) Qual sua idade? Em que dia nasceu?

Idade:anos completos. Data de nascimento: . . ./ . . ./ . . .

- | | | |
|----------------|------------|---------------|
| 0) prejudicado | 3) 40 a 49 | 6) 70 a 79 |
| 1) menos de 29 | 4) 50 a 59 | 7) mais de 80 |
| 2) 30 a 39 | 5) 60 a 69 | 9) não sabe |

203) Qual seu estado civil? Vive sozinho ou com companheiro(união não legalizada)? (Se 6 ou 7: sublinhar)

- | | |
|--------------------|-----------------------------------|
| 0) prejudicado | 5) viúvo com comp. |
| 1) solt. sozinho | 6) separ./desq./divorc. sozinho |
| 2) solt. com comp. | 7) separ./desq./divorc. com comp. |
| 3) casado | 9) não sabe |
| 4) viúvo sozinho | |

204) Há quanto tempo? Em que dia foi? (Se 5 ou 7 na questão anterior: refere-se a viuvez-separação-desquite-divórcio)

Tempo:Data: . . ./ . . ./ . . .

- | | | |
|-------------------|----------------|--------------------|
| 0) prejudicado | 2) 1 a 5 anos | 4) mais de 10 anos |
| 1) menos de 1 ano | 3) 6 a 10 anos | 5) sempre viveu sô |
| | | 9) não sabe |

205) (Constelação familiar) Com quem mora?

- | Citar: | Sexo | Idade | Grau de parentesco | Trabalha | Renda |
|----------------------|------|-------|--------------------|----------|--------------------|
| 1º | . | . | . | . | . |
| 2º | . | . | . | . | . |
| 3º | . | . | . | . | . |
| 4º | . | . | . | . | . |
| 5º | . | . | . | . | . |
| 6º | . | . | . | . | . |
| 0) prejudicado | | | 3) família própria | | 4) outros parentes |
| 1) mora sozinho | | | (cônjuge/filhos) | | 5) estranhos |
| 2) família de origem | | | 4) 2 + 3 | | 9) não sabe |
| | | | (pais/irmãos) | | |

206) (Irmandade) Tem e/ou teve irmãos? Quantos? Qual a ordem?

Citar:	Sexo	Morto/vivo	Idade	Estado civil
1ª	.....	.....	.....	.....
2ª	.....	.....	.....	.....
3ª	.....	.....	.....	.....
4ª	.....	.....	.....	.....
5ª	.....	.....	.....	.....
6ª	.....	.....	.....	.....
0)	prejudicado	3) dois	6) cinco ou mais	
1)	filho único	4) três	9) não sabe	
2)	um	5) quatro		

207) Tem e/ou teve filhos? Quantos? (assinalar nascidos vivos)

Citar:	Sexo	Morto/vivo	Idade	Estado civil
1ª	.....	.....	.....	.....
2ª	.....	.....	.....	.....
3ª	.....	.....	.....	.....
4ª	.....	.....	.....	.....
5ª	.....	.....	.....	.....
6ª	.....	.....	.....	.....
0)	prejudicado	3) dois	6) cinco ou mais	
1)	não	4) três	9) não sabe	
2)	um	5) quatro		

208) Tem religião? É praticante? Citar:

0)	prejudicado	3) protestante prat.	6) não tem
1)	católico prat.	4) protestante não-prat.	9) não sabe
2)	católico não-prat.	5) outras	

209) (Escolaridade) Estudou - ou estuda - até que grau?

0)	prejudicado	3) 1ª completo	6) superior incompleto
1)	analfabeto	4) 2ª incompleto	7) superior completo
2)	1ª incompleto	5) 2ª completo	9) não sabe

210) (Ocupação) Trabalha? Há quanto tempo (trabalha ou não trabalha)?

Tempo:		
0)	prejudicado	4) desempregado
1)	sim	5) não trabalha ou do lar
2)	aposentado com ocupação	
3)	aposentado sem ocupação	9) não sabe

211) (Se teve ou tem ocupação) Em que trabalha (ou)?

(cargo, função, empregado/empregador, tipo de atividade)

Citar a principal:

- | | |
|--|---|
| 0) prejudicado | 6) liberal, gerência, direção, médio proprietário |
| 1) manual não-especializada | |
| 2) manual especializada | 7) alto cargo político, administrativo, grande proprietário |
| 3) supervisão de manual | |
| 4) não-manual de rotina | 8) sem ocupação profissional |
| 5) supervisão baixa, inspeção de não-manual, peq. proprietário | 9) não sabe |

212) (Renda individual mensal) Quanto ganha por mês?

Citar: Cr\$ (Salário mínimo atual: Cr\$)

- | | | |
|------------------|-----------------|------------------|
| 0) prejudicado | 4) de 2 ← 3 SM | 8) 10 SM ou mais |
| 1) sem renda | 5) de 3 ← 4 SM | 9) não sabe |
| 2) menos de 1 SM | 6) de 4 ← 5 SM | |
| 3) de 1 ← 2 SM | 7) de 5 ← 10 SM | |

213) (Renda familiar) E quanto é a renda de toda a família?

Citar: Cr\$

- | | | |
|------------------|-----------------|------------------|
| 0) prejudicado | 4) de 2 ← 3 SM | 8) 10 SM ou mais |
| 1) sem renda | 5) de 3 ← 4 SM | 9) não sabe |
| 2) menos de 1 SM | 6) de 4 ← 5 SM | |
| 3) de 1 ← 2 SM | 7) de 5 ← 10 SM | |

214) (Naturalidade-nacionalidade) Onde nasceu? Citar:

- | | |
|------------------------|-------------------|
| 0) prejudicado | 3) outros estados |
| 1) Campinas | 4) exterior |
| 2) outras cidade de SP | 9) não sabe |

215) (Migrações) Já mudou de cidade? Quantas vezes? A última foi há quanto tempo? Citar: Tempo:

- | | |
|----------------|--------------|
| 0) prejudicado | 3) 2 ou 3 |
| 1) não | 4) 4 ou mais |
| 2) 1 | 9) não sabe |

216) (Procedência) Há quanto tempo mora em Campinas? Citar:

- | | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| 0) prejudicado | 3) de 6 a 10 anos | 5) menos de 1 ano |
| 1) sempre morou | 4) de 1 a 5 anos | 9) não sabe |
| 2) 10 anos ou mais | | |
-

B - ANTECEDENTES RELEVANTES

217) (Condições de parto) Sabe como foi seu parto? Teve complicações?

Onde foi?

Citar:

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 0) prejudicado | 3) sim / hospitalar |
| 1) não / hospitalar | 4) sim / domiciliar |
| 2) não / domiciliar | 9) não sabe |

218) (Vivência da infância) Como foi sua infância? Gostou? O que achou?

Citar:

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) média | 9) não sabe |
| 1) boa | 3) ruim | |

219) (Vivência da adolescência) E sua juventude?

Citar:

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) média | 9) não sabe |
| 1) boa | 3) ruim | |

220) Quando você era criança, o que achava de seu pai (ou figura substituta)? Como era o temperamento dele? Como costumava ser seu relacionamento com ele, como se davam? (assinalar como era sentido).

Citar:

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 0) prejudicado | 4) equilibrado/relação regular-mã |
| 1) equilibrado/relação boa | 5) fraco/relação regular-mã |
| 2) fraco/relação boa | 6) autoritário/relação regular-mã |
| 3) autoritário/relação boa | 9) não sabe |

221) E de sua mãe (ou figura substituta)? Como era o temperamento dela? Como costumava ser seu relacionamento com ela, como se davam? (assinalar como era sentida).

Citar:

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 0) prejudicado | 4) equilibrada/relação regular-mã |
| 1) equilibrada/relação boa | 5) fraca/relação regular-mã |
| 2) fraca/relação boa | 6) autoritária/relação regular-mã |
| 3) autoritária/relação boa | 9) não sabe |
-

222) Seus pais viviam juntos ou separados? Se juntos, como era o relacionamento entre eles? Se separados (não por morte), que idade tinha?

Citar:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 0) prejudicado | 3) separados/mais de 12 anos |
| 1) juntos/relação boa | 4) separados/menos de 12 anos |
| 2) juntos/relação regular-mã | 9) não sabe |

223) (Se teve ou tiver irmão) Como é(era) seu relacionamento com o(s) irmão(s)? Há(via) algum com quem não se dá(va) bem? Qual e por quê?

Citar:

- | | |
|--------------------------|---|
| 0) prejudicado | 2) relação regular-mã (com pelo menos um) |
| 1) relação boa (c/todos) | 9) não sabe |

224) (Vida escolar) Repetiu de ano? Quantas vezes? Teve outros problemas: de relacionamento, de disciplina, etc.?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) nenhum problema ou não frequentou escola
- 2) repetiu/sem outro problema
- 3) nunca repetiu/teve outro(s) problema(s)
- 4) repetiu/teve outro(s) problema(s)
- 9) não sabe

225) Namorava (namora)? Costumava (costuma) ter dificuldades?

Citar:

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 0) prejudicado | 3) nunca namorou |
| 1) namoro(s) sem dific. | 9) não sabe |
| 2) namoro(s) com dific. | |

226) (Sexualidade) Teve ou tem algum problema sexual? Qual?

Citar:

- | | | |
|----------------|---------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) teve | 9) não sabe |
| 1) nunca | 3) tem | |

227) (Hipertensão) Teve ou tem problema de pressão alta? Fez ou faz tratamento?

Citar:

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 0) prejudicado | 3) tem/trat. adequado |
| 1) nunca | 4) tem/trat. inadequado |
| 2) teve/agora sem trat. | 9) não sabe |

228) (Hiperlipidemia) Teve ou tem problema de colesterol e/ou outras gorduras no sangue? Fez ou faz tratamento?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) nunca
- 2) teve/agora sem trat.
- 3) tem/trat. adequado
- 4) tem/trat. inadequado
- 9) não sabe

229) (Obesidade) Teve ou tem problema de engordar? Fez ou faz tratamento?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) nunca
- 2) teve/agora sem trat.
- 3) tem/trat. adequado
- 4) tem/trat. inadequado
- 9) não sabe

230) (Diabetes) Teve ou tem problema de açúcar no sangue? Fez ou faz tratamento?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) nunca
- 2) teve/agora sem trat.
- 3) tem/trat. adequado
- 4) tem/trat. inadequado
- 9) não sabe

231) (Outros antecedentes mórvidos) Teve ou tem outros problemas importantes de saúde? Há quanto tempo? Fez ou faz tratamento? Teve internação? (perguntar: asma, bronquites, reumatismos, úlceras, gastrites, colite, enxaqueca, nefrites, tumores, acidentes e outros - não considerar o infarto; p/grupo controle não considerar a atual internação) (se mais de um, assinalar o último, mas citar todos).

Prob.:Tempo.

Trat./intern.:

Prob.:Tempo.

Trat./intern.:

- 0) prejudicado
- 1) não
- 2) há mais de 1 ano / sem tratam.
- 3) menos de 1 ano / sem tratam.
- 4) há mais de 1 ano / com tratam./sem intern.
- 5) menos de 1 ano / com tratam./sem intern.
- 6) há mais de 1 ano / com intern.
- 7) menos de 1 ano / com intern.
- 9) não sabe

232) (Cirurgia) Já foi operado alguma vez? De quê? Há quanto tempo?

Citar:Tempo.
.Tempo.
.Tempo.

- 0) prejudicado
- 1) não
- 2) 1 / mais de 1 ano
- 3) 2 ou mais / mais de 1 ano
- 4) 1 /menos de 1 ano
- 5) 2 ou mais /última menos de 1 ano
- 9) não sabe

233) (Hábitos alimentares) O que costuma comer em suas refeições e lanches?
(assinalar quando ao alimento *predominantemente* ingerido)

Citar:
.

- 0) prejudicado
- 1) ricos em carboidratos
- 2) ricos em gordura vegetal
- 3) ricos em gordura animal
- 4) ricos em proteínas
- 5) alimentação equilibrada
- 9) não

234) (Tabagismo) Teve ou tem o hábito de fumar? Há quanto tempo (parou de fumar - fuma)? Se fuma, quanto?

Citar: quantoTempo.

- 0) prejudicado
- 1) nunca fumou
- 2) parou há mais de 1 ano
- 3) fuma ou parou até há 1 ano
- 9) não sabe

235) (Sedentarismo) Costuma passar a maior parte do dia parado(sentado, deitado) ou em movimento (andando)? Tem feito exercícios físicos regulares (caminhadas, ginástica, esportes)? Quais e quanto?

Citar:
.

- 0) prejudicado
- 1) em movimento/faz exercícios
- 2) parado/faz exercícios
- 3) em movimento/não faz exercícios
- 4) parado/não faz exercícios
- 9) não sabe

236) (Alcoolismo) Costuma tomar regularmente bebidas de álcool? Quanto? Há quanto tempo? Já teve ou tem problema por isso (de comportamento e/ou orgânico)?

Quanto/quando:

Probl.:

- 0) prejudicado
- 1) não ou parou há mais de 1 ano
- 2) bebedor social/sem prob.
- 3) bebedor social/com prob.
- 4) bebedor habitual/sem prob.
- 5) bebedor habitual/com prob.
- 9) não sabe

237) Costuma ter relações sexuais? A cada quanto tempo?

- 0) prejudicado
- 1) não tem tido
- 2) esporadicamente
- 3) 1 a 3 por semana
- 4) 4 ou mais por semana
- 9) não sabe

238) (Menos para solteiro que sempre viveu sō)

O que acha (va) de seu (sua) marido (mulher) (ou companheiro(a))?
 Como ē (era) o temperamento dele(a)? Como ē (era) seu relacionamento com
 ele(a)? Tem (ou teve) experiēncia extra-conjugal?
 (assinalar como ē (era) sentido(a))

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) equilibrado/relaçāo boa
- 2) fraco/relaçāo boa
- 3) autoritārio/relaçāo boa
- 4) equilibrado/relaçāo regular-mā
- 5) fraco/relaçāo regular-mā
- 6) autoritārio/relaçāo regular-mā
- 9) não sabe

239) (Se teve ou tiver filhos)

Como ē (era) seu relacionamento com o(s) filho(s)? Hā (via) algum com
 quem não se dā (va) bem? Qual e por quē?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) bom (com todos)
- 2) regular-mau com pelo menos um
- 9) não sabe

240) (Sociabilidade) Acha fácil fazer amigos, relacionar-se com os outros, participar de grupos?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) sim
- 2) médio
- 3) não
- 9) não sabe

241) (Idéias e tentativas suicidas) Jā pensou em tirar a própria vida, matar-se?

Tentou? Se sim, que método usou, como e quando foi?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) não
- 2) não tentou/pensava, agora não
- 3) tentou/pensava, agora não
- 4) não tentou/mas pensa
- 5) tentou/e pensa
- 9) não sabe

242) O que acredita acontecer com as pessoas depois da morte? O que acha da morte?

- Citar:
- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| 0) prejudicado | 2) (outra) vida, (re) encontros |
| 1) fim da vida, acaba tudo | 9) não sabe |
-

243) (Problemas psiquiátricos) Teve ou tem algum problema de nervoso, da cabeça, emocional? Quando? Fez ou faz tratamento?

- Já teve alguma internação por causa desses problemas?
- Citar: Tempo:
- Trat.: Intern.:
- | | |
|---------------------|----------------------|
| 0) prejudicado | 3) há menos de 1 ano |
| 1) não | 9) não sabe |
| 2) há mais de 1 ano | |
-

244) Seu pai é vivo? Sofre do coração? Se não, sofre de outro problema? Se morto, sofreu do coração? De que morreu? Há quanto tempo?

- Citar: Tempo:
- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 0) prejudicado | 4) morto/com probl. do cor. |
| 1) vivo/sadio | 5) morto/com outro probl. |
| 2) vivo/sofre do cor. | 9) não sabe |
| 3) vivo/sofre de outro probl. | |
-

245) (Se pai falecido) Com que idade morreu seu pai? Quando foi?

- Idade: Data:/./.
- | | | |
|----------------|------------|---------------|
| 0) prejudicado | 3) 40 a 49 | 6) 70 a 79 |
| 1) menos de 29 | 4) 50 a 59 | 7) mais de 80 |
| 2) 30 a 39 | 5) 60 a 69 | 9) não sabe |
-

246) Sua mãe é viva? Sofre do coração? Se não, sofre de outro problema? Se morta, sofreu do coração? De que morreu? Há quanto tempo?

- Citar: Tempo:
- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 0) prejudicado | 4) morta/com probl. do cor. |
| 1) vive/sadia | 5) morta/com outro probl. |
| 2) viva/sofre do cor. | 9) não sabe |
| 3) viva/sofre de outro probl. | |
-

247) (Se mãe falecida) Com que idade sua mãe morreu? Quando foi?

Idade: Data:/. . . ./.

- | | | |
|----------------|------------|---------------|
| 0) prejudicado | 3) 40 a 49 | 6) 70 a 79 |
| 1) menos de 29 | 4) 50 a 59 | 7) mais de 80 |
| 2) 30 a 39 | 5) 60 a 69 | 9) não sabe |

248) (Se tiver irmão(a) vivo(a) Tem irmão(ã) que sofre de alguma problema de saúde? Há algum(a) com problema do coração? Há quanto tempo?

Citar: Tempo:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| 0) prejudicado | 3) de outro probl. apenas |
| 1) não, sadio(s) | 9) não sabe |
| 2) pelo menos 1 de probl. do cor. | |

249) Tem irmão(ã) morto(a)? Se morto(a), de que morreu?

Citar:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------|
| 0) prejudicado | 3) de outro probl. apenas |
| 1) não, vivo(s) | 9) não sabe |
| 2) pelo menos 1 de prob. do cor. | |

250) (Se irmão(ã) falecido(a)) Com que idade seu(sua) irmão(a) morreu? Quando foi? (assinalar o último morto por problema do coração, se não tiver, assinalar o último morto, porém citar todos?)

Idade: Data:/. . . ./.

- | | | |
|----------------|------------|---------------|
| 0) prejudicado | 3) 40 a 49 | 6) 70 a 79 |
| 1) menos de 29 | 4) 50 a 59 | 7) mais de 80 |
| 2) 30 a 39 | 5) 60 a 69 | 9) não sabe |

251) (Menos para solteiro que sempre viveu sô)

Seu (sua) marido (mulher) sofre (ia) do coração? Sofre (ia) de outro problema? Há quanto tempo sofre - ou morreu? Se morto, de que foi?

Citar:

. Tempo:

Se morto(a): Idade: Data:/. . . ./.

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 0) prejudicado | 4) morto(a)/com probl. do cor. |
| 1) vivo(a)/sadio(a) | 5) morto(a)/com outro probl. |
| 2) vivo(a)/sofre do cor. | 9) não sabe |
| 3) vivo(a)/sofre de outro probl. | |

252) (Se tiver filho(a) vivo(a)) Tem filho(a) que sofre de algum problema de saúde? Há algum(a) com problema do coração? Há quanto tempo?

Citar:Tempo:
.Tempo:

- 0) prejudicado
- 1) não, sadio(s)
- 2) com probl. do cor.
- 3) apenas com outro probl.
- 9) não sabe

253) Tem filho(a) morto(a)? Se morto, de que morreu? Com que idade?

Citar:Tempo:

- 0) prejudicado
- 1) não, vivo(s)
- 2) por probl. do cor.
- 3) apenas por outro probl.
- 9) não sabe

254) Tem algum outro parente de sangue (avós, tios, primos, sobrinhos) que sofre ou morreu por problemas do coração? Há quanto tempo?

Quem sofre:Tempo:
.Tempo:

Quem morreu:Idade: . . .Data: . . ./ . ./ . .
.Idade: . . .Data: . . ./ . ./ . .

- 0) prejudicado
- 1) não
- 2) apenas que sofre(m)
- 3) apenas que morreu(ram)
- 4) sofre(m) + morreu(ram)
- 9) não sabe

255) Quem foi o último parente falecido? Com que idade? Quando foi?

Citar:Idade: . . .Data: . . ./ . ./ . .

- 0) prejudicado
- 1) menos de 29
- 2) 30 a 39
- 3) 40 a 49
- 4) 50 a 59
- 5) 60 a 69
- 6) 70 a 79
- 7) mais de 80
- 9) não sabe

256) Tem algum parente por afinidade, conhecido ou amigo que sofre ou morreu por problemas do coração? Há quanto tempo?

Quem sofre:Tempo:
.Tempo:

Quem morreu:Idade: . . .Data: . . ./ . ./ . .
.Idade: . . .Data: . . ./ . ./ . .

- 0) prejudicado
- 1) não
- 2) apenas que sofre(m)
- 3) apenas que morreu(ram)
- 4) sofre(m) + morreu(ram)
- 9) não sabe

C - RISCO PSICOSSOCIAL PARA O INFARTO

257) (Trabalho competitivo) No seu trabalho existe ambiente de competição, rivalidade entre os colegas?

Citar:

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

258) (Trabalho exigente) O seu trabalho ou a função que exerce o preocupa com um peso de responsabilidade maior? Citar:

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

259) (Trabalho aumentado) Tem trabalhado mais ultimamente? Há quanto tempo:...

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

260) (Aborrecimento no trabalho) Teve mudança de emprego, desemprego ou outro problema no trabalho? Há quanto tempo?

Citar: Tempo:

- | | | |
|----------------|--------------------|---------------------|
| 0) prejudicado | 2) mais de 1 ano | 4) menos de 6 meses |
| 1) não | 3) 6 meses a 1 ano | 9) não sabe |

261) (Exercício de autoridade) Gosta de dirigir trabalhos, comandar pessoas? Tem facilidade, sente gratificação?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

262) (Obsessividade) Gosta de deixar as coisas bem arrumadas, tudo em ordem, organizado?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

263) (Ansiedade, expectativa) Costuma desejar ou aguardar ansiosamente as coisas, como receber uma notícia, fazer uma compra, ou a realização de algo que precise de certo empenho? Citar:

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

264) (Urgência de tempo) Costuma sentir que o tempo é curto para fazer as coisas que precisa ou gostaria, que as horas e dias correm?

Citar:

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

265) (Cansaço físico-mental) Ultimamente se sentiu cansado, esgotado, sem ânimo?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

266) (Sono diminuído) Dormiu menos ultimamente, por necessidade ou por insônia?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

267) (Falta de lazer) Ultimamente tem procurado momentos de diversão, de distração? O que gosta de fazer? Citar:

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) médio | 4) não |
| 1) sim | 3) pouco | 9) não sabe |

268) (Depressão) Ultimamente se sentiu triste, deprimido, vazio?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

269) (Preocupação com saúde) Ultimamente se sentiu preocupado com sua saúde?

- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

270) (Aborrecimento financeiro) Teve algum problema com dinheiro, financeiro, de negócios que tenham trazido preocupação? Há quanto tempo?

- Citar: Tempo:
- | | | |
|----------------|--------------------|---------------------|
| 0) prejudicado | 2) mais de 1 ano | 4) menos de 6 meses |
| 1) não | 3) 6 meses a 1 ano | 9) não sabe |

271) (Aborrecimento familiar) Sentiu-se aborrecido por algum problema, como doença ou contrariedades, que tenha acontecido ultimamente na sua família?

- Citar:
- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |

272) (Luto significativo) Lamentou a morte de alguém a quem admirava ou gostava muito? Quando foi? (assinalar quanto ao último importante).

- Citar: Tempo:
- | | | |
|----------------|--------------------|---------------------|
| 0) prejudicado | 2) mais de 1 ano | 4) menos de 6 meses |
| 1) não | 3) 6 meses a 1 ano | 9) não sabe |

273) (Sentimento de inferioridade) Sente-se uma pessoa inferior ou complexada por alguma coisa?

- Citar:
- | | | |
|----------------|------------------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) mais ou menos | 9) não sabe |

- 274) (Insatisfação existencial) Sente-se uma pessoa não feliz com a vida, com alguma insatisfação?
Citar:
- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |
-
- 275) (Repressão) Ultimamente tem acontecido de ficar guardando o que sente, não desabafando?
Citar:
- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |
-
- 276) (Impaciência, irritação) Costuma ser impaciente, ficar nervoso, irritado?
Citar:
- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |
-
- 277) (Raiva incontrolada) Ultimamente chegou a explodir, perdendo o controle?
Citar:
- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |
-
- 278) (Sentimento de vingança) Ultimamente sentiu vontade de desferrar, de se vingar?
Citar:
- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |
-
- 279) (Sentimento de culpa) Sente-se arrependido por alguma coisa? Por o quê?
Citar:
- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |
-
- 280) (Desejo de autopunição) Sente que mereceria ser castigado, punido por alguma coisa? Por o quê? Citar:
- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |
-
- 281) (Resistência a mudanças sociais) Sente dificuldade em acompanhar as mudanças do mundo e das pessoas? Citar:
- | | | |
|----------------|----------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) pouco | 4) muito |
| 1) não | 3) médio | 9) não sabe |
-

4. QUESTIONÁRIO SOBRE CIRCUNSTÂNCIAS E PRECEDENTES DO EPISÓDIO E EXPECTATIVAS DO SUJEITO (Instrumento nº 4).

301) Em que dia da semana foi o infarto (este problema que o acometeu)?

Data: . . ./. . ./. . . .

- | | | |
|----------------|--------------|--------------|
| 0) prejudicado | 3) 3a. feira | 6) 6a. feira |
| 1) domingo | 4) 4a. feira | 7) sábado |
| 2) 2a. feira | 5) 5a. feira | 9) não sabe |

302) A que hora sentiu o início das dores fortes? Horário:

- | | | |
|----------------|---------------|---------------|
| 0) prejudicado | 4) 9 às 12 h | 8) 21 às 24 h |
| 1) 0 às 3 h | 5) 12 às 15 h | 9) não sabe |
| 2) 3 às 6 h | 6) 15 às 18 h | |
| 3) 6 às 9 h | 7) 18 às 21 h | |

303) Em que local se encontrava no momento? O que estava fazendo?

Citar:

.

- | | |
|----------------|------------------|
| 0) prejudicado | 3) local público |
| 1) domicílio | 4) outros |
| 2) de trabalho | 9) não sabe |

304) Havia alguém no local ou próximo? Estava acompanhado(a)?

Citar:

.

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 0) prejudicado | 3) amigos, conhecidos |
| 1) não | 4) só desconhecidos |
| 2) familiar(es) | 9) não sabe |

305) Durante o infarto, chegou a sentir que poderia acontecer o pior(morrer)?

Citar:

- | | |
|----------------|-------------|
| 0) prejudicado | 2) sim |
| 1) não | 9) não sabe |

306) Qual foi a reação de sua família, de seus amigos e conhecidos?

(assinalar como foi sentida)

Citar:

.

- | | | |
|----------------------|----------|----------------|
| 0) prejudicado | 2) média | 4) indiferença |
| 1) muita preocupação | 3) pouca | 9) não sabe |

307) (Associação com evento) Ocorreu no dia - ou próximo - de algum acontecimento, compromisso, data conhecida, comemoração, aborrecimento ou contrariedade? O que? Citar:

- 0) prejudicado
- 1) sim
- 2) não
- 9) não sabe

308) (Consciência-negação) Desconfiava ou sabia que tinha um problema no coração? Há quanto tempo? Fazia tratamento adequadamente? Há quanto tempo?

Citar:Tempo:
Trat.:Tempo:

- 0) prejudicado
- 1) não
- 2) desconfiava
- 3) sabia, mas sô pelo que sentia
- 4) sabia, por consulta médica, mas sem trat. adequado
- 5) sabia, trat. adequado
- 9) não sabe

309) (Percepção prévia) Chegou a pensar ou comentar com alguém que a qualquer momento poderia ter algum problema grave e/ou súbito do coração? Há quanto tempo? Com quem?

Citar:Tempo:

- 0) prejudicado
- 1) não
- 2) pensou apenas
- 3) comentou
- 9) não sabe

310) Tempos antes do infarto, pensou ou chegou a deixar preparada, arranjada alguma coisa como quem poderia vir a faltar, morrer? (presentes, cartas, seguros, negócios, doações, testamentos, etc.)

Citar:Tempo:

- 0) prejudicado
- 1) não
- 2) pensou apenas
- 3) preparou
- 9) não sabe

311) Como estava seu estado de espírito, seu humor no dia - ou na véspera - do infarto (este problema que o acometeu)?

Citar:
.

- 0) prejudicado
 - 1) normal
 - 2) eufórico, muito disposto
 - 3) triste, desanimado, vazio
 - 4) ansioso, com medo, preocupado
 - 5) outros e associação
 - 9) não sabe
-

312) (Fatores correlacionados) O que principalmente, a seu ver, o(a) teria levado a este problema de saúde?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) problemas e stress emocionais
- 2) trabalho e stress físicos
- 3) vida sedentária
- 4) hábito de fumar
- 5) alimentação inadequada
- 6) outros problemas orgânicos
- 7) hereditariedade
- 8) outros
- 9) não sabe

313) (Expectativa de evolução clínica) Como imagina que deverá andar a sua saúde de agora em diante?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) melhorar rápido
- 2) melhorar devagar
- 3) médio, sem recuperação e sem piora
- 4) piorar ou morrer
- 9) não sabe

314) Por causa do infarto, tem receio de deixar de fazer normalmente algo que goste ou ter que fazer algo que não goste? Qual o principal?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) deixar refeições saborosas
- 2) deixar de fumar
- 3) deixar o trabalho e atividades habituais
- 4) deixar esportes, lazer
- 5) fazer exercícios físicos
- 6) ir ao médico, fazer exames, tratamentos
- 7) outros
- 8) não tem receios
- 9) não sabe

315) (Infarto antigo) Já teve este problema antes? Como foi? Quando?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) não
- 2) 1 vez
- 3) 2 ou mais
- 9) não sabe

316) Crê na possibilidade de vir a ter outro problema como este? Qual a chance?

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) não
- 2) pouca
- 3) média
- 4) muita
- 9) não sabe

317) Como se sente agora diante de tudo o que aconteceu: doença e outros acontecimentos de sua vida? Citar:

- 0) prejudicado
- 1) normal, otimista
- 2) ansioso, com medo, preocupado
- 3) triste, desanimado, vazio
- 4) outros e associação
- 9) não sabe

5. ADENDO À ENTREVISTA (Instrumento nº 6)

401) Impressão diagnóstica psicológico-psiquiátrica, na área da afetividade, por ocasião da entrevista? Citar:

- 0) prejudicado
- 1) normal
- 2) ansiedade
- 3) depressão
- 4) outras e associação
- 9) não qualificada

402) Conduta dada pelo entrevistador.

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) procurar nosso atendimento quando quiser
- 2) encaminhamento para consulta psicológica ou psiquiátrica para breve
- 3) encaminhamento urgente
- 4) outras e associação
- 9) não qualificada

403) Avaliação da entrevista: receptividade e confiabilidade dos dados.

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) regular-boa/confiáveis
- 2) regular-boa/pouco confiáveis
- 3) ruim/confiáveis
- 4) ruim/pouco confiáveis
- 9) não qualificada

404) Duração da entrevista (em minutos): min.

- 0) prejudicado
- 1) 90 ou menos
- 2) 91 a 100
- 3) 101 a 110
- 4) 111 a 120
- 5) 121 a 130
- 6) 131 a 140
- 7) 141 ou mais
- 9) não qualificada

405) Dia do pós-infarto em que foi realizada a entrevista (só grupo IAM):

- 0) prejudicado
- 1) 30 ou antes
- 2) 40
- 3) 50
- 4) 60
- 5) 70
- 6) 80
- 7) 90 ou após
- 9) não qualificado

406) Reação do tipo contratransferencial:

Citar:

- 0) prejudicado
- 1) boa
- 2) regular
- 3) ruim
- 9) não qualificada

6. DADOS CLÍNICOS E OUTRAS INFORMAÇÕES
(Instrumento nº 6)

501) Queixas clínicas - sinais e sintomas principais e associados:

502) Dados positivos de exame físico:

503) Dados positivos de exame subsidiário:

504) Complicações:

505) Conduta hospitalar:

506) Plano médico (medidas de reabilitação, outras indicações):

507) Prognóstico médico:

508) Informações adicionais (depoimentos de médicos, paramédicos, familiares):

ANEXO II - CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS E ENTENDIMENTO DE PALAVRAS E EXPRESSÕES EMPREGADAS NA ENTREVISTA

Abaixo são relacionados critérios e entendimento relativos à formulação de perguntas e às respostas. Os esclarecimentos se ativeram àquelas que assim pensamos necessitar.

1) Quanto às questões que pediam opinião do sujeito, com *quantificação* da resposta (não/pouco/médio/muito), esta se expressava pela subjetividade do entrevistado, como considerado na definição de opinião (cf. III-1.3.a).

2) A quantificação da presença de *fatores de risco psicossociais* (q. 257 a 281) também se expressou a partir da subjetividade do entrevistado.

3) Nestas questões sobre o risco, a palavra *ultimamente* foi entendida como os seis últimos meses.

4) Quanto ao *principal fator correlacionado* (q. 105), foram codificados assim alguns exemplos de expressão:

- a) problemas e stress emocionais: sistema nervoso, vida agitada, moderna, desregrada, atribulada, corre-corre, tensão, preocupação, pensar muito, sofrimento, desgosto, angústia, contrariedade, aborrecimento, problemas na família, crises, desespero, etc.
- b) problemas e stress físicos: excessos de trabalho, esforço físico, etc.
- c) vida sedentária: não fazer exercícios, trabalhar sentado, etc.
- d) hábito de fumar: fumo, vício do cigarro, etc.
- e) alimentação inadequada: abuso no tempero, na bebida, comer muita gordura, comida forte, etc.
- f) outros problemas orgânicos: problema do corpo, vasos entupidos, sangue grosso, engordar, gordura no sangue, pressão alta, falta de ar, idade, etc.
- g) hereditariedade: predisposições congênicas, vem da família, etc.
- h) outros: Deus quem manda (vontade divina).

5) Referente ao *tipo de alimento* consumido, foi considerado aquele tipo pelo entrevistado como o mais nocivo para a saúde do coração (q. 118) e o

predominante nas refeições (q. 233). Exemplos de ricos em carboidratos: cereais, doces, massas; em gordura animal: carnes gordas, frituras; em proteínas: carnes magras em geral; condimentos: sal, pimenta, etc.

6) Quanto à classificação da *ocupação profissional* (q. 211) foi utilizada a escala de hierarquia de prestígio e ocupações de Glass, usada no Brasil por Hutchinson e revista por Dias, citada por Guidi e Duarte (65). É subdividida em sete faixas de ocupação, incluindo as rurais, procurando evidenciar a caracterização sócio-econômica do entrevistado, já que se supõe certa correlação positiva entre ocupação e níveis de instrução e renda. Como o rol das atividades profissionais, citadas como exemplo, não era exaustiva, coube ao entrevistador enquadrar outras profissões no nível mais adequado. Exemplificamos as faixas:

- a) manuais não especializadas: carregador, lixeiro, cobrador de ônibus, contínuo, rural assalariado, etc.
 - b) manuais especializadas e assemelhados: cabeleireiro, ferreiro, ourives, zelador, meeiro, etc.
 - c) supervisão de trabalho manual e assemelhados: apontador de obras, inspetor de polícia, capataz, proprietário de área rural muito pequena, etc.
 - d) não-manuais de rotina e assemelhados: almoxarife, despachante, professor primário, técnico de laboratório, pequeno proprietário rural, etc.
 - e) posições mais baixas de supervisão ou inspeção de ocupações não manuais, proprietários de pequenas empresas comerciais, industriais, e rurais com maquinaria: chefe de pessoal, comerciante, jornalista, professor secundário, tesoureiro, etc.
 - f) profissões liberais, cargos de gerência ou direção, proprietário de médias empresas, comerciantes e industriais com mais de 10 empregados, diretor de repartição pública, gerente de banco, fazendeiro, etc.
 - g) altos cargos políticos e administrativos, proprietários de grandes empresas e de grande extensão de terra, industrial com 100 ou mais empregados, banqueiro, etc.
- OBS.: Assinalada a ocupação atual; quando aposentado ou desempregado, a última ocupação é que foi assinalada.

7) Referentes à *migração* (q. 215), consideramos todas as mudanças de ci

dade, incluindo as temporárias (como para estudo ou trabalho) superior a seis meses.

8) Na *vivência da infância e adolescência* (q. 218 e 219), consideramo-las como foram sentidas pelo entrevistado, ou seja, uma resposta subjetiva.

9) Idem para os *papéis parentais e conjugal* (percepção da presença afetiva) e *qualidade da relação* com estas figuras (q. 220, 221 e 238). Entendemos como equilibrado: bom, amoroso, calmo, justo, compreensivo; autoritário: bravo, agressivo, exigente demais, sem diálogo, muito enérgico; fraco: desinteressado, ausente psicologicamente, frouxo.

10) Quanto aos *problemas sexuais* (q. 226), foram pesquisados os seguintes transtornos: impotência, ejaculação precoce e retardada, frigidez, dispareunia e vaginismo; os chamados desvios, como homossexualidade e outros, só foram considerados quando qualificado como queixa pelo entrevistado.

11) Quanto a *problemas de saúde*, pautamos como dados de informação do próprio entrevistado (q. 227 a 232, 236 e 243), bem como aos antecedentes mórbitos de familiares e pessoas conhecidas (q. 244 a 256). Entre os antecedentes mórbitos importantes (q. 231), não incluímos os quadros infecciosos passageiros e sem complicações.

12) Referindo a *estados emocionais* (q. 154 e 317), quando o entrevistado usava outras palavras ou expressões, não aquelas constantes nas alternativas, coube ao entrevistador enquadrá-las pelo critério de semelhança. Exemplo:

- a) normal: tudo bem, volta como era antes, sem problemas, etc.;
- b) ansioso: nervoso, irritado, medo das coisas, assustado, desconfiado, etc.;
- c) deprimido: não é mais o mesmo, fica sem jeito, com disposição para nada, etc.

13) A *impressão psicológico-psiquiátrica* (q. 401) foi de responsabilidade do entrevistador, considerando sua observação ao longo do contato com o sujeito, tendo em vista sinais e sintomas correspondentes à área da afetividade. Sendo:

- a) ansiedade: grande preocupação, medo, inquietude, verborreia;
- b) depressão: estado de humor triste, pensamento lento, atitude de desinteresse;
- c) normalidade: estado de humor tranquilo, boa atitude comunicativa;
- d) outras: expressões afetivas não enquadradas acima.

14) Na *avaliação da entrevista* (q. 403), a qualificação da receptividade dada pelo paciente e a confiabilidade dos dados por ele fornecidos são da subjetividade do entrevistador.

15) *Reação do tipo contratransferencial* (q. 406):

- a) boa: sentimento de uma relação pessoal agradável;
- b) ruim: sentimento de uma relação pessoal desagradável;
- c) regular: reação na faixa entre ambas as anteriores ou de indiferença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01- ADSETT, C.A. & cols. - Changes in Coronary Blood Flow and other hemodynamic indicators induced by stressful interviews. *Psychos. Med.* 24 (4): 331-336, 1962.
- 02- ALEXANDER, F.G. - Emotional factors in cardiovascular disturbances. In: *Psychosomatic Medicine*. New York, Norton, 1950, Cap. XI, pp. 142-163.
- 03- ALEXANDER, F.G. - O Método Psicossomático na Medicina. In: ALEXANDER, F. G. & SELESNICK, S.T. - *História da Psiquiatria*. São Paulo, IBRASA, 1968, pp. 496-512.
- 04- ALEXANDER, F.G. - *Psychosomatic Medicine: Its principles and applications*. New York, Norton, 1950.
- 05- ALLPORT, G.W. - *Personalidade: Padrões e Desenvolvimento*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1973.
- 06- ALVES, R.A. - *Filosofia da Ciência: introdução ao jogo e suas regras*. 3ª ed., São Paulo, Brasiliense, 1982.
- 07- ANONYMOUS - Are we killing ourselves or not? *The Lancet*, September: 669-670, 1981.
- 08- APPELS, A.; JENKINS, C.D. & ROSENMAN, R.H. - Coronary — Prone Behavior in the Netherlands: A cross-cultural validation study. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(1):83-90, 1982.
- 09- APPELS, A. & MULDER, P. - Type A behaviour and myocardial infarction. A 9.5-year follow-up of small cohort. *Intern. J. Cardiol.* 8:465-470, 1985.
- 10- ARLOW, J.A. - Identification Mechanisms in coronary occlusion. *Psychos. Med.*, 7:195-209, 1945.
- 11- BACKUS, F.I. & DUDLEY, D.L. - Observations of psychosocial factors and their relationship to organic disease. In: LIPOWSKI, Z.J. & cols. *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 187-203.

- 12- BALINT, M. - *O médico, seu paciente e a doença*. 2^a ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1975.
- 13- BASTIAANS, J. - The place of personality traits in specific syndrome: cause or effect? In: WISDOM, J.D. & WOLFF, H.H. - *The role of Psychosomatic Disorder in Adult Life*. London, Pergamon, 1965, pp. 11-24.
- 14- BENAVIDES, M.D. - *Medicina Sicosomática: Salud Enfermedades Sociales*. 1^a ed., México, Diana, 1976.
- 15- BERGEN, B.J. - Psychosomatic Knowledge and the role of the physician: a sociological view. In: LIPOVSKI, Z.J. & cols. - *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 120-131.
- 16- BERNIK, V. - Uma bem sucedida relação médico-paciente é ainda hoje a maior garantia do sucesso terapêutico. *Rev. Bras. Clin. Terap.*, 7(11):671-674, 1978.
- 17- BERQUÕ, E.S. & cols. - *Bioestatística*. 1^a ed. São Paulo, EPU, 1981.
- 18- BIERMAN, E.L. - Aterosclerose e outras formas de arteriosclerose. In: HARRISON, T.R. - *Medicina Interna*, 10^a ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984, vol. 2, pp. 1634-1645.
- 19- BILLING, E. & cols. - Denial, anxiety, and depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 21(8):639-645, 1980.
- 20- BISHOP, L.F. & REICHERT, P. - The psychological impact of the coronary care unit. *Psychosomatics*, 10:189-192, 1969.
- 21- BLEGER, J. - A Entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In: *Temas de Psicologia: entrevistas e grupos*. 2^a ed., São Paulo, Martins Fontes, 1985, pp. 7-41.
- 22- BLOCK, A.; MAEDER, J. & HAISSLY, J. - Sexual problems after myocardial infarction. *Am. Heart J.*, 90:536-537, 1975.
- 23- BOGDONOFF, M.D. & cols. - Effect of Group Relationship and of the role of Leadership upon lipid mobilization. *Psychos. Med.*, 26(6), 710-719, 1964.
- 24- BRAUNWALD, E. & ALPERT, J.S. - Infarto Agudo do Miocárdio. In: HARRISON, T.R. - *Medicina Interna*, 10^a ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984, vol. 2, pp. 1597-1609.
- 25- BRUHN, J.G. & cols. - Patients' reactions to death in a coronary care unit. *J. Psychos. Res.*, 14: 65-70, 1970.

- 26- BUELL, P. & BRESLOW, L. - Mortality from coronary heart disease in California: men who work long hours. *J. Chron. Dis.*, 11(6):615-625, 1960.
- 27- BYRNE, D.G. & WHITE, H.M. - Life events and myocardial infarction revisited: the role of measures of individual impacts. *Psychos. Med.*, 42(1): 1-10, 1980.
- 28- CAFFREY, B. - A multivariate analysis of sociopsychological factors in monks with myocardial infarctions. *Amer. J. Public. Health*, 60(3): 452-458, 1970.
- 29- CAMPOS, E.P. - Infarto, coronariopatia e cirurgia cardíaca: o preparo psicológico e a recuperação do paciente. *Psicossomática*, 1(3):121-134, 1986.
- 30- CARBALLO, J.R. - Aparato circulatório. II- Dolor Precordial. In: *Patologia Psicossomática*. 2^a ed., Madrid, Paz Montalvo, 1950, Cap. XXI, pp. 612-644.
- 31- CARBALLO, J.R. - *Patologia Psicossomática*. 2^a ed., Madrid, Paz Montalvo, 1950.
- 32- CASSEL, J. - Physical illness in response to stress. In: LEVINE, S. & SCOTH, N. A. - *Social Stress*, 2^a ed., Chicago, Aldine, 1973, pp. 189-209.
- 33- CASSEN, N.H. & HACKETT, T.P. - Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Ann. Internal Med.*, 75(1): 9-14, 1971.
- 34- CASSEN, N.H. & HACKETT, T.P. - Psychological rehabilitation of myocardial patients in the acute phase. *Heart and Lung*, 2: 382-388, 1973.
- 35- CASSORLA, R.M.S. - A importância da identificação das reações de aniversário. *J. Bras. Psíqu.*, 31(5): 301-306, 1982.
- 36- CHARVAT, J. & cols. - Mental factors and cardiovascular diseases. *Cardiologia*, 44:124-141, 1964.
- 37- CLAVREUL, J. - *A ordem médica*. 1^a ed., São Paulo, Brasiliense, 1983.
- 38- CROOG, S.H.; SHAPIRO, D.S. & LEVINE, S. - Denial among male heart patients: an empirical study. *Psychos. Med.*, 33(5): 385-397, 1971.
- 39- DELAY, J. & PICHOT, P. - *Manual de Psicologia*, 3^a ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1973.
- 40- DEMBROSKI, T.M. et alli - *Coronary-prone behavior*. Springer-Verlag, New York, 1978.
- 41- DOEHRMAN, S.R. - Psychosocial aspects of recovery from coronary heart disease: a review. *Soc. Sci. Med.*, 11: 199-218, 1977.
- 42- DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S. - *Social status and psychological disorder: a casual inquiry*. 1^a ed., New York, Wiley - Interscience, 1969.

- 43- DOHRENWED, B.S. & DOHRENWEND, B.P. - *Stressful life events: Their nature and effects*. New York, Wiley - Interscience, 1973.
- 44- DOHRENWEND, B.S.; KRASNOFF, L.; ASKENASY, A.R. & DOHRENWEND, B.P. - Exemplification of a method for scaling life events: the peri life events scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 19 (June):205-229, 1978.
- 45- DUL, H. - Myocardial infarction patients and sociability. *J. Psychos. Res.*, 23: 3-6, 1979.
- 46- DUNBAR, F. - Hypertensive cardiovascular disease, coronary occlusion and anginal syndrome. In: *Psychosomatics Diagnosis*. 1.^a ed. New York, Hoeber, 1943, pp. 248-366.
- 47- DUNBAR, F. - *Psychosomatics Diagnosis*. 1.^a ed., New York, Hoeber, 1943.
- 48- EASTWOOD, M.R. - Epidemiological studies in psychosomatic medicine: In: LIPOWSKI, Z.J. & cols. *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 411-420.
- 49- EKSTERMAN, A. - Fatores Iatrogênicos na Relação Médico-Paciente. *J. Bras. Med.*, 15: 414-421, 1968.
- 50- ENTRALGO, P.L. - *Introducción Histórica al Estudio de la Patología Psicosomática*. Madrid, Paz Montalvo, 1950.
- 51- ESPAÇO PACIENTE - Como sobreviver com enfarte do marido. *Psicossomática*, I (1): 50, 1986.
- 52- FENICHEL, O. - Distúrbios Psicossomáticos. In: *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1981, pp. 221-249.
- 53- FERRARI, A.T. - *Metodologia da Pesquisa Científica*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1982.
- 54- FERREIRA, A.B.H. - *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2.^a ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- 55- FIGLIOULO, R.; QUEIROZ, A.O. & MELLO FQ, J. - Problemas da relação médico-paciente no ambulatório e no hospital. *J. Bras. Med.*, 30: 85-92, 1976.
- 56- FREIRE, P. - *Conscientização: teoria e prática da libertação*. São Paulo, Cortez & Moraes, São Paulo, 1979.
- 57- FREUD, S. - Estudos sobre a histeria. In: *Obras Psicológicas Completas*. 1.^a ed., Rio de Janeiro, Imago, 1974, vol. II.

- 58- FRIEDMAN, M. & ROSEMAN, R.H. - Association of Specific Overt Behaviour Pattern with Blood and Cardiovascular Findings: Blood Cholesterol Level, Blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *J.A.M.A.*, 169: 1286-1296, 1959.
- 59- GARFIELD, J. - O trabalho alienado, stress e doença coronariana. In: NUNES, E.D. - *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. 1.^a ed., São Paulo, Global, 1983, pp. 159-179.
- 60- GLASS, D.C. - *Behaviour patterns, stress and coronary disease*. New Jersey, Lawrence Erlbaum, 1977.
- 61- GOLDBERG, D. & KESSEL, N. - Psychiatric research in general practice. In: SAINBURY, P. & KREITMAN, N. - *Methods of Psychiatric Research*. 2.^a ed., London, Oxford University, 1975, pp. 242-263.
- 62- GREEN, A.W. - Sexual activity and the postmyocardial infarction patient. *Am. Heart J.*, 89: 246-252, 1975.
- 63- GROEN, J.J. - Psychosomatic Aspects of Ischemic (Coronary) Heart Disease. In: HILL, O. - *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. London, Butterworth, 1976.
- 64- GRUNSPUN, H. - Distúrbios do Sistema Cardiovascular. In: *Distúrbios Psicossomáticos da criança*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1980, Cap. VII, pp. 257-301.
- 65- GUIDE, M.L.M. & DUARTE, S.G. - Um esquema de caracterização sócio-econômica. *Rev. Bras. Est. Pedag.*, 52:65-82, 1969.
- 66- GUNN, C.G. & cols. - Psychophysiology of the cardiovascular system. In: Greenfield, N.S. & Sternbach, R.A. - *Handbook of psychophysiology*. New York, Holt, Rinehart and Wiston, 1972, pp. 457-489.
- 67- GUTIÉRREZ, J.L.A. & PÉREZ, A.C. - *La Psiquiatria en el Hospital General*. 1.^a ed., Madrid, Paz Montalvo, 1976.
- 68- HACKETT, T.P. - Depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 26 (11): 23-28, 1985.
- 69- HAHN, P. & LEISNER, R. - The influence of biographical anamnesis and group psychotherapy on post-myocardial patients. *Psychother. Psychosom.*, 18: 299-306, 1976.
- 70- HAMBLING, J. - Are guilt and anxiety experienced differently in patient suffering from psychoneurotic and psychosomatic illnesses? 1. The psychosomatic patient. In: WISDOM, J.D. & WOLFF, H.H. - *The role of Psychosomatic Disorder in Adult Life*. London, Pergamon, 1965, pp. 53-62.

- 71- HAYNAL, A. & BOURGEOIS, P. - Doenças cardiovasculares. In: HAYNAL, A. & PASINI, W. - *Manual de Medicina Psicossomática*. 1.^a ed., São Paulo, Masson, 1983, pp. 92-104.
- 72- HAYNAL, A. & PASINI, W. - *Manual de Medicina Psicossomática*. 1.^a ed., São Paulo, Masson, 1983.
- 73- HELLERSTEIN, H.K. & FRIEDMAN, E.H. - Sexual activity and postcoronary patient. *Arch. Intern. Med.*, 125: 987-999, 1970.
- 74- HILL, O. - *Modern Trends in Psychosomatic Medicine-3*. London, Butterworth, 1976.
- 75- HINKLE, L.E. & cols. - Occupation, Education and Coronary Heart Disease. *Science*, 161: 238-246, 1968.
- 76- HINSIE, L.E. & CAMPBELL, R.J. - *Psychiatric Dictionary*. 4.^a ed., New York, Oxford University, 1970.
- 77- HOLMES, T.H. & RAHE, R.H. - The social readjustment rating scale. *J. Psychos. Res.*, 11:213-218, 1967.
- 78- HOLUB, N.; EKLUND, P. & KEENAN, P. - Family Conferences as an adjunct to total coronary care. *Heart and Lung*, 4: 767-769, 1975.
- 79- HOROWITZ, M.J. & cols. - Life events, risk factors, and coronary disease. *Psychosomatics*, 20(9): 586-592, 1979.
- 80- HURST, J.W. - Problemas iatrogênicos e cardiopatia. In: HURST, J.W. & cols. *O coração*. 4.^a ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981, vol. 2, pp. 1851-1856.
- 81- JARVINEN, K.A.J. - Can ward rounds be a danger to patients with myocardial infarction? *Brith. Med. J.*, feb.: 318-320, 1955.
- 82- JENKINS, C.D. - La diferencial semântica de la salud: Técnica de evaluación - Creencia sobre las enfermedades, s/d, mimeografado .
- 83- JENKINS, C.D. - New horizons for psychosomatic medicine. *Psychs. Med.* 47 (1): 3-25, 1985.
- 84- JENKINS, C.D. - Psychologic and social precursors of coronary disease (First of two parts). *N. Engl. J. Med.*, 284 (5): 244-255, 1971.
- 85- JENKINS, C.D. - Psychologic and social precursors of coronary disease (Second of two parts). *N. Engl. J. Med.*, 284 (6):307-317, 1971.
- 86- JOHNSON, L.C. - Psychophysiological Research: aims and methods. In: LIPOWSKI, Z. J. & cols. - *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 253-261.

- 87- JOLIVET, R. - *Vocabulário de Filosofia*. Rio de Janeiro, Agir, 1975.
- 88- KALES, J.D. & KALES, A. - Nocturnal psychophysiological correlates of somatic conditions and sleep disorders (Cardiovascular Disease) In: LIPOWSKI, Z.J. - *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 340-341.
- 89- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. - Fatores psicológicos que afetam as condições físicas (perturbações psicossomáticas). In: *Compêdio de Psiquiatria Dinâmica*. 3ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1986, cap. 24, pp. 522-576.
- 90- KAUFMANN, M.W. & cols. - Temporal distribution of myocardial infarction pain. *Psychosomatics*, 23(11): 1109-1110, 1982.
- 91- KAVANAGH, T. & SHEPARD, R.J. - Sexual activity after myocardial infarction. *C. M. A. Journal*, 116: 1250-1253, 1977.
- 92- KAVANAGH, T.; SHEPARD, R.J. & TUCK, J.A. - Depression after myocardial infarction. *Can. Med. Ass. J.*, 113: 23-27, 1975.
- 93- KELLETT, J.M. & MEZEY, A.G. - Attitudes to psychiatry in the general hospital. *Br. Med. J.*, 4: 106-108, 1970.
- 94- KEMBER, N.F. - *Aplicações do Computador na Medicina*. Rio de Janeiro, Campus, 1984.
- 95- KIMBAL, C.P. - Stress and psychosomatic illness. *J. Psychos. Res.*, 26(1): 63-71, 1982.
- 96- KIMBAL, C.P. - Técnicas de entrevista: diretrizes para o diagnóstico. *Documento Roche*, (49), 1984.
- 97- KOLB, L.C. - Distúrbios psicofisiológicos autônomos e viscerais. In: *Psiquiatria Clínica*. 8ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1976, cap. 25, pp. 419-464.
- 98- KORNITZER, M. & cols. - The Belgian heart disease prevention project: Type "A" Behavior pattern and the prevalence of coronary heart disease. *Psychos. Med.*, 43(2): 133-145, 1981.
- 99- KRAKOWSKI, A.J. - Consultation — Liaison Psychiatry: A Psychosomatic service in the general hospital. In: LIPOWSKI, Z.J. & cols. *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 564-573.
- 100- KUBLER-ROSS, E. - *Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer*. 1ª ed., São Paulo, Martins Fontes, 1979.
- 101- KUBLER-ROSS, E. - *Sobre a morte e o morrer*, 1ª ed., São Paulo, Martins Fontes, 1981.

- 102- LACHMAN, S.J. - *Distúrbios Psicossomáticos: uma interpretação behaviorista*. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1974.
- 103- LADER, M.H. - Psychophysiological methods in clinical psychiatry. In: SAINBURY, P. & KREITMAN, N. - *Methods of Psychiatric Research*. 2^a ed., London, Oxford University, 1975, pp. 133-148.
- 104- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. - *Vocabulário da Psicanálise*. 5^a ed., Santos, Martins Fontes, 1979.
- 105- LEADING ARTICLE - Coronary disease and competitiveness. *Brit. Med. J.*, 1:1-2, 1969.
- 106- LEVINE, J. & cols. - The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychos. Med.*, 49 (2): 109-117, 1987.
- 107- LEVINE, S. & SCOTCH, N.A. - *Social stress*, 2^a ed., Chicago, Aldine, 1973.
- 108- LILJEFORS, I. & RAHE, R.H. - An identical twin study of psychosocial factors in coronary heart disease in Sweden. *Psychos. Med.*, 32(5): 523-542, 1970.
- 109- LIPOWSKI, Z.J.; LIPSITT, D.R. & WHYBROW, P.C. - *Psychosomatic medicine: current trends and clinical applications*. New York, Oxford University, 1977.
- 110- LIPSITT, D.R. - Some Problems in the teaching of psychosomatic medicine. In: LIPOWSKI, Z.J. & cols. - *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 599-611.
- 111- LISANSKY, E.T. & SHOCHET, B.R. - Diagnóstico médico completo para el internista. *Clin. Med.*, (Nov.): 1381-1397, 1967.
- 112- LLOYD, G.G. & CAWLEY - Psychiatry morbidity in men one week after first acute myocardial infarction. *Br. Med. J.*, 2: 1453-1454, 1978.
- 113- LUBAN-PLOZZA e POLDINGER - Conceitos fundamentais de medicina psicossomática (partes I e II). *Documento Roche*, (50 e 51), 1984.
- 114- LUCHINA, I.L. - La angustia de muerte en el infarto del miocardio. In: PAIVA, L. M. - *Medicina Psicossomática*. 2^a ed., São Paulo, Artes Médicas, 1966, cap. 45, pp. 573-610.
- 115- LUNDBERG, U. - Note on type A behavior and cardiovascular responses to challenge in 3-6-yr old children. *J. Psychos. Res.*, 27(1): 39-42, 1983.
- 116- LUZ, H.S. & O'DONNELL, M.L. - Relações de um grupo de orientação psicossomática com o ambiente hospitalar. *O Hospital*, 72(2): 451-454, 1967.
- 117- MANSUR, A.J. & cols. - Infarto Agudo do Miocárdio: Comparação entre fatores que influem no tempo decorrido entre o início da dor e a hospitalização, em São Paulo e Jundiaí. *Arq. Bras. Cardiol.*, 41(3):181-184, 1983.

- 118- MARCHAIS, P. - Introdução a uma metodologia geral em Psiquiatria. In: KNOBEL, M. & SAIDEMBERG, S. - *Psiquiatria e Saúde Mental*. São Paulo, Autores Associados, 1983, pp. 80-92.
- 119- MARMOT, M.G. & SYME, S.L. - Acculturation and coronary heart disease in Japanese - Americans. *Am. J. Epidemiology*, 104 (3): 225-247, 1976.
- 120- MASCI, C.B. - Aspectos psicodinâmicos modernos na relação médico-paciente. *Rev. Bras. Med.*, (Psiquiatria), (4): 172-176, 1980.
- 121- MAYER GROSS, W.; SLATER, E. & ROTH, M. - Reações exógenas e psicoses sintomáticas. In: *Psiquiatria Clínica*. 2ª ed., São Paulo, Mestre Jou, 1976, Tomo I, Cap. VI, 357-403.
- 122- MAYOU, R.; FOSTER, A. & WILLIAMSON, B. - Medical care after myocardial infarction. *J. Psychos. Res.*, 23: 23-26, 1979.
- 123- McLANE, M. & cols. - Psychosexual adjustment and counseling after myocardial infarction. *An. Int. Med.*, 92 (4):514-519, 1980.
- 124- MEISSNER, W.W. - Family Process and Psychosomatic Disease. In: LIPOWSKI, Z.J. & cols. - *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 100-119.
- 125- MELLO F9, J. - Concepção Psicossomática e Medicina Atual. *J. Bras. Med.*, 30 (4): 70-86, 1976.
- 126- MELLO F9, J. - *Concepção Psicossomática: Visão Atual*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1979.
- 127- MELLO F9, J.; QUEIROZ, A.O. & FIGLIOULO, R. - Psicossomática, Ensino e Prática Médica. *J. Bras. Med.*, 30: 80-92, 1976.
- 128- MILES, H.H.W. & cols. - Psychosomatic study of 46 young men with coronary artery disease. *Psychos. Med.*, 16(6): 455-476, 1954.
- 129- MILLER, R.A. - *How to live with a heart attack and how to avoid one*. Rodnor, Pennsylvania, Chilton, 1971.
- 130- MILLER, W.B. & ROSENFELD, R.A. - Psychophysiological study of denial following acute myocardial infarction. *J. Psychos. Res.*, 19:43-54, 1975.
- 131- MITCHELL, J.R.A. - Hearts and minds. *Br. Med. J.*, 289 (6458): 1557-1558, 1984.
- 132- MORDKOFF, A.M. & PARSONS, O.A. - The coronary personality: A critique. *Psychos. Med.*, 29(1): 1-14, 1967.
- 133- MOREIRA, A.A. - *Teoria e prática da relação médico-paciente*. Rio de Janeiro, Interlivros, 1979.

- 134- MORRIS, J.N. - Occupation and coronary heart disease. *A.M.A. Arch. Int. Med.*, 104:903-907, 1959.
- 135- MORRIS, J.N. & GARDNER, M.J. - Epidemiology of Ischemic Heart Disease. *Amer. J. Med.*, 46: 674-683, 1969.
- 136- MUNIZ, M. - *Você é o seu coração*. 2.^a ed., Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1982.
- 137- NOGUEIRA, O - A História de Vida como técnica de pesquisa. *Sociologia*, 14(1): 3-16, 1952.
- 138- NUNES, E.D. - Os eventos da vida: Uma Revisão. *J. Bras. Psiq.*, 32(1):31-40, 1983.
- 139- OHLMEIER, D.; KARSTENS, R. & KOHLE, K. - Psycho-analytic group interview and short-term group psychotherapy with post-myocardial infarction patients. *Psychiat. Clin.*, 6: 240-249, 1973.
- 140- OLIN, H.S. & HACKETT, T.P. - The denial of chest pain in 32 patients with acute myocardial infarctions. *J.A.M.A.*, 190(11): 977-981, 1964.
- 141- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - *Classificação Internacional das Doenças - Revisão de 1975*. São Paulo, OMS/USP, 1978, vol. 1, p. 265.
- 142- OSTFELD, A.M. & cols. - A prospective study of the relationship between personality and coronary heart disease. *J. Chron. Dis.* 17: 265-276, 1964.
- 143- PAIM, I - *Curso de Psicopatologia*. 3.^a ed., São Paulo, Grijalbo, 1975.
- 144- PAIVA, L.M. - Emoção e Arteriosclerose. In: *Medicina Psicossomática*, 2.^a ed., São Paulo, Artes Médicas, 1966, pp. 611-627.
- 145- PAIVA, L.M. - *Medicina Psicossomática (Psicopatologia e Terapêutica)*. 2.^a ed. São Paulo, Artes Médicas, 1966.
- 146- PAIVA, L.M. - O ensino da medicina psicossomática em hospital-escola. *Psicossomática*, 1(3): 117-120, 1986.
- 147- PALMER, R.S. - Psychiatry and Internal Medicine. *New England J. Med.* 263(1):14-18, 1960.
- 148- PARKERS, C.M. & cols. - Broken heart: A statistical study of increased mortality among widowers. *Brit. Med. J.*, 1:740-743, 1969.
- 149- PERESTRELLO, D - *A Medicina da Pessoa*. 3.^a ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1982.
- 150- PERESTRELLO, D. - A Psicoterapia do Médico Prático. *Medicina CARL*, 1(3): 153-158, 1962.

- 151- PERESTRELLO, D. - *Medicina Psicosomática*. Buenos Aires, Libreria Universitaria, 1963.
- 152- PINA, A.M. - La entidad clinica psicosomática. In: *Patología Psicosomática en la clínica médica y psicológica*. Barcelona, Científico-Médica, 1973, pp.381-424.
- 153- PINA, A.M. - *Patología Psicosomática en la clínica médica y psicológica*. Barcelona, Científico-Médica, 1973.
- 154- POSTERLI, R. - Relacionamento médico-paciente. *Clínica Geral*, 8(1): 6-11, 1974.
- 155- POWELL, L.H. & cols. - Can the type A behavior pattern be altered after myocardial infarction? A second year report from the recurrent coronary prevention project. *Psychos. Med.*, 46(4): 293-313, 1984.
- 156- PRINCE, R. & cols. - Life stress, denial and outcome in ischemic heart disease patients. *J. Psychos. Res.*, 26(1): 23-31, 1982.
- 157- QUEIROZ, M.I.P. - Histórias de vida e depoimentos pessoais. *Sociologia*, 15(1): 8-24, 1953.
- 158- RAAB, W. - Cardiotoxic Effects of Emotional, Socioeconomic and Environmental stresses. In: BAJUSZ, E. & RONA, G. - *Myocardiology*. Baltimore, University-Park, 1972, pp. 707-713.
- 159- RAHE, R.H. - Epidemiological studies of life change and illness. In: LIPOWSKI, Z. J. & cols. - *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 421-434.
- 160- RAHE, R.H. & cols. - Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: Three-to four-year follow-up of a controlled trial. *Psychos. Med.*, 41(3): 229-242, 1979.
- 161- RAHE, R.H. & LIND, E. - Psychosocial factors and sudden cardiac death: a pilot study. *J. Psychos. Res.*, 15: 19-24, 1971.
- 162- REES, L. - The development of psychosomatic medicine during the past 25 years. *J. Psychos. Res.*, 27(2): 157-164, 1983.
- 163- REISCHSMAN, F. - Teaching Psychosomatic Medicine to Medical Students, Residents and Postgraduate Fellows. In: LIPOWSKI, Z.J. & cols. - *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 589-598.
- 164- REVIEW PANEL - Coronary-prone behavior and coronary heart disease: A critical Review. *Circulation*, 63(6): 1199-1215, 1981.

- 165- ROBERTSON, E.K. & SUINN, R.M. - The determination of rate of progress of stroke patients through empathy measures of patient and family. *J. Psychosom. Res.*, 12: 189-191, 1968.
- 166- ROSE, K.D.; URSICK, J. & MACA, R. - Modification of Cellular Lipid Metabolism by Psychological Stress. In: BAJUSZ, E. & RONA, G. - *Myocardiology*. Baltimore, University Park, 1972, pp. 729-741.
- 167- ROSENMAN, R.H. & cols. - Coronary heart disease in the western collaborative group study: a follow-up experience of two years. *J.A.M.A.* 195:86-92, 1966.
- 168- ROSENMAN, R.H. & FRIEDMAN, M. - Behavior Patterns, Blood lipids and coronary heart disease. *J.A.M.A.*, 184: 934-938, 1963.
- 169- ROTMAN, F. - *A prevenção do infarto para nervosos*. Rio de Janeiro, Record, 1984.
- 170- RUSSEK, H.I. - Emotional Stress and coronary heart disease in american Physicians, Dentists and Lawyers. *Am. J. Med. Sci.*, 243:716-725, 1962.
- 171- RUSSEK, H.I. - Role of emotional stress in the etiology of clinical coronary heart disease. *Dis. Chest*, 52(1): 1-9, 1967.
- 172- RUSSEK, H.I. & RUSSEK, L.G. - Etiologic factors in ischemic heart disease: The elusive role of emotional stresses. In: BAJUSZ, E. & RONA, G. - *Myocardiology*. Baltimore, University Park, 1972, pp. 714-720.
- 173- SACKETT, D.L. - How to read clinical journals: V: To distinguish useful from useless or even harmful therapy. *Can. Med. Assoc. J.*, 124: 1156-1162, 1981.
- 174- SALES, S.M. - Organization Role as a Risk Factor in Coronary disease. *Administrative Science Quarterly*, 14: 325-336, 1969.
- 175- SCHUFFEL, W. - The doctor-patient relationship in the practice of Medicine. In: LIPOWSKI, Z.J. & cols. *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 470-480.
- 176- SCHWAB, J.J. - Psychosomatic Medicine: Its past and present. *Psychosomatics*, 26(7): 583-593, 1985.
- 177- SELYE, H. - Stress, hormones and cardiovascular disease. In: BAJUSZ, E. & RONA, G. - *Myocardiology*. Baltimore, University Park, 1972, pp. 701-706.
- 178- SERVIÇOS TÉCNICOS GERAIS (SETEC) - Prefeitura Municipal de Campinas - *Demonstrativos de Causa mortis*, 1984 e 1985.
- 179- SIEGEL, S. - *Estatística não-paramétrica*. São Paulo, McGraw-Hill, 1981.

- 180- SILVA, A.C.P. - O Aparelho Cardiovascular e a Medicina Psicossomática. In: *Medicina Psicossomática*. 2^a ed., São Paulo, Sarvier, 1976, cap. VIII, pp. 61-77.
- 181- SILVA, A.C.P. - *Medicina Psicossomática*. 2^a ed., São Paulo, Sarvier, 1976.
- 182- SKELTON, M. & DOMINIAN, J. - Psychological stress in wives of patients with myocardial infarction. *Brit. Med. J.*, 2: 101-103, 1973.
- 183- SMITH, C.A. - Body image changes after myocardial infarction. *Nurs. Clin. N. Am.*, 7(4): 663-668, 1972.
- 184- SOLOW, C. - Psychotropic drugs in somatic disorders. (Ischemic Heart disease). In: LIPOWSKI, Z.J. & cols. - *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 554-557.
- 185- SPERLING, M. - Acting-out behaviour and psychosomatic symptoms: clinical and theoretical aspects. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49: 250-253, 1968.
- 186- STERN, M.J. & PASCALE, L. - Psychosocial adaptation post-myocardial infarction: the spouse's dilemma. *J. Psychos. Res.*, 23:83-87, 1979.
- 187- STERN, M.J.; PASCALE, L. & ACKERMAN, A. - Life adjustment postmyocardial infarction: determining predictive variables. *Arch. Intern. Med.*, 137:1680-1685, 1977.
- 188- THEORELL, T. - Life Events Before and After The Onset of a Premature Myocardial infarction. In: DOHRENWEND, B. S. & DOHRENWEND, B.P. - *Stressful life events: Their Nature and Effects*. 1^a ed., New York, Wiley-Interscience, 1973, pp. 101-117.
- 189- THEORELL, T. & RAHE, R.H. - Psychosocial Factors and Myocardial Infarction-I. An inpatient study in Sweden. *J. Psychos. Res.*, 15: 25-31, 1971.
- 190- THORESEN, C.E. - Approaches to altering the type A behavior pattern. *Psychosomatics*, 22 (6): 472-479, 1981.
- 191- TRACTEMBERG, M. - O psiquismo do paciente cardíaco - conceitos e pré-requisitos para a introdução de uma psicoterapia psicanalítica em cardiologia e cirurgia cardíaco-vascular, s/d, datilografado .
- 192- TRINDADE, M.B. - *Como não morrer de enfarte*. Rio de Janeiro, edição do autor, 1981.
- 193- TURATO, E.R. - A técnica da História-de-Vida para o conhecimento global do paciente com infarto do miocárdio - proposta de um esquema. *II Congresso Latino-Americano de Medicina Psicossomática*, Campinas, 1985.

- 194- TURATO, E.R. - Abordagem sócio-psicossomática do paciente com infarto do miocárdio para uma visão holista por parte da equipe de saúde. IX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Curitiba, 1986.
- 195- TURATO, E.R. - Aspectos emocionais de pacientes recém-infartados. II Congresso Latino Americano de Medicina Psicossomática, Campinas, 1985.
- 196- TURATO, E.R. - Aspectos mentais de pacientes com infarto do miocárdio: estudo comparativo entre suas opiniões acerca da doença e as de pacientes sem antecedentes cardiológicas. IX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Curitiba, 1986.
- 197- TURATO, E.R. - Contribuições à cardiologia psicossomática. I Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna, São Paulo, 1987.
- 198- TURATO, E.R. - Estágio Integrado de Residência Psiquiátrica em Ambulatório de Clínica Médica - Relato de uma Experiência. *J. Bras. Psiq.*, 32(2):109-114, 1983.
- 199- TURATO, E.R. - Transtornos Mentais em Ambulatório. *J.B.M.*, 49(2):116-123, 1985.
- 200- TURATO, E.R. - Um modelo de entrevista sócio-psico-somática de pacientes com infarto do miocárdio. IV Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, Rio de Janeiro, 1984.
- 201- TURATO, E.R. - Visão psicossocial leiga sobre as coronariopatias. 11^o Congresso Mundial de Psiquiatria Social, Rio de Janeiro, 1986.
- 202- TYZENHOUSE, P.S. - Myocardial infarction: its effect on the family. *Am. J. Nurs.* 73(6): 1012-1013, 1973.
- 203- VAN DER VALK, J.M. & GROEN, J.J. - Personality structure and conflict situation in patients with myocardial infarction. *J. Psychos. Res.*, 11:41-46, 1967.
- 204- VAN EGEREN, L.F. & cols. - Interpersonal and electrocardiographic responses of type A's and type B's in competitive socioeconomic games. *J. Psychos. Res.*, 27(1):53-59, 1983.
- 205- WEINBLATT, E.; SHAPIRO, S. & FRANK, C.W. - Change in personal characteristics of men, over five years following first diagnosis of coronary heart disease. *Am. J. Publ. Health*, 61:831-842, 1971.
- 206- WEISS, J.H. - The current state of the concept of a Psychosomatic Disorder. In: LIPOWSKI, Z.J. & cols. - *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 162-171.
- 207- WILCOX, R.G. - Ischaemic heart disease: behaviour type A equals American type behaviour? *Intern. J. Cardiol.*, 8: 471-473, 1985.

- 208- WILLERSON, J.T. - Infarto Agudo do Miocárdio. In: CECIL, R.L. - *Tratado de Medicina Interna*. 16^a ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1984, vol. 1, pp. 250-258.
- 209- WISDOM, J.O. & WOLFF, H.H. - *The role of psychosomatic disorder in Adult Life*, 1^a ed., London, Pergamon, 1965.
- 210- WISHNIE, H.A. & cols. - Psychological hazards of convalescence following myocardial infarction. *J.A.M.A.*, 215(8): 1292-1296, 1971.
- 211- WITTKOWER, E.D. - Historical Perspective of Contemporary Psychosomatic Medicine. In: LIPOWSKI, Z.J. & cols. - *Psychosomatic Medicine*. New York, Oxford University, 1977, pp. 3-13.
- 212- WITTKOWER, E.D. & WARNES, H. - *Psychosomatic Medicine - Its clinical Applications*, Harper & Row, s/d.
- 213- WOLF, S. - Cardiovascular Disease. In: WITTKOWER, E.D. & WARNES, H. - *Psychosomatic Medicine - Its clinical Applications*. Harper & Row, s/d, pp. 220-228.
- 214- WOLF, S. - Psychosocial Forces in Myocardial Infarction and Sudden Death. *Circulation*, 40 (Suppl. 4): 74-83, 1969.
- 215- WOLINSKY, H. - Atherosclerose. In: CECIL, R.L. - *Tratado de Medicina Interna*. 16^a ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1984. vol. 1, pp. 242-245.
- 216- WRIGHT, I.S. - Cardiovascular diseases - unanswered questions. *Circulation*, 47: A341-A357, 1973.
- 217- ZOHMAN, B.L. - Emotional factors in coronary disease. *Geriatrics*, 28: 110-119, 1973.