

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA
DE INFARTADOS**

Ivana Maria Passini Sodré Siviero

**Ribeirão Preto
2003**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA
DE INFARTADOS**

Ivana Maria Passini Sodré Siviero

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para concorrer ao Título de Doutor, pelo curso de Pós-Graduação em Enfermagem – junto ao Departamento de Ciências Humanas e Enfermagem Psiquiátrica, inserida na linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental.

Orientadora: Maria Cecília Morais Scatena

**Ribeirão Preto
2003**

Ficha Catalográfica

Siviero, Ivana Maria Passini Sodré
Saúde Mental e Qualidade de Vida de Infartados
Ribeirão Preto, 2003
111 páginas

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto
Orientadora: Maria Cecília Morais Scatena
1 – Infarto Agudo do Miocárdio. 2 - Qualidade de vida
3 – Saúde Mental

Data da Defesa: 16/10/2003

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Cecília Moraes Scatena

Julgamento: _____ Assinatura _____

Profª Drª Antonia Regina Ferreira Furegato

Julgamento: _____ Assinatura _____

Profº Dr. Moacyr Lobo da Costa Jr.

Julgamento: _____ Assinatura _____

Profª Draª Rosa Aparecida Pavan Bison

Julgamento: _____ Assinatura _____

Profª Draª Sebastiana Aparecida Diniz

Julgamento: _____ Assinatura _____

Dedico este trabalho

Ao Gilberto, Marília e Júlia, esposo e filhas, amores da minha vida.

À minha mãe, irmãs, sobrinhos e cunhados que, por estarem tão presentes, têm trazido alegria e estímulo para o meu trabalho.

Ao meu pai, que se estivesse aqui, estaria sentindo orgulho por mais esta etapa conquistada.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Maria Cecília Morais Scatena, pela orientação. Sua compreensão e carinho me estimulou na consecução deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Moacyr Lobo Costa Jr. Pelas orientações valiosas desde o planejamento da pesquisa até a análise dos dados.

À Prof. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato que tem acompanhado minha trajetória acadêmica desde o mestrado.

À Prof. Dra. Rosa Aparecida Pavan Bison, amiga e colega de trabalho que tem estado presente em muitos momentos importantes da minha vida.

Às enfermeiras Tania Fischer Braidotti e Vivian Maria de Lima, pelo auxílio inestimável na coleta de dados deste trabalho.

À Dra. Sebastiana Aparecida Diniz pelas sugestões que enriqueceram este trabalho.

SUMÁRIO

ABSTRACT

RESUMEN

1.INTRODUÇÃO.....	01
2.REVISÃO DA LITERATURA.....	05
2.1 Doença Arterial Coronariana.....	06
Epidemiologia das doenças cardiovasculares.....	06
Fatores de risco.....	08
2.2. Qualidade de vida.....	21
Qualidade de vida e saúde.....	24
2.3 Estresse e Qualidade de vida.....	28
3.OBJETIVOS.....	37
4.METODOLOGIA.....	39
4.1 Contexto do Estado.....	40
4.2 Aspectos éticos da pesquisa.....	43
4.3 Procedimentos de coleta de dados.....	44
Instrumento de coleta.....	44
Coleta de dados.....	50
4.4 Procedimentos de análise dos dados.....	52
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
5.1 Caracterização da População.....	55
5.2 Contextualização da doença e presença de fatores de risco.....	57
História pregressa.....	57
Fatores de risco.....	58
5.3 Depressão.....	70
5.4 Apresentação dos resultados sobre qualidade de vida.....	72
Discussão.....	76
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
7.ANEXOS.....	93
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
9.APÊNDICE	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Domínios e facetas do WHOQOL – bref.....	48
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de infartados por faixa etária/mês – instituição 1.....	42
Tabela 2. Número de infartados por faixa etária/mês – instituição 2.....	42
Tabela 3. Número de infartados por faixa etária/mês – instituição 3.....	43
Tabela 4. Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo sexo e faixa etária.....	55
Tabela 5. Distribuição dos sujeitos do estudo, por nível de escolaridade e sexo...	57
Tabela 6. Distribuição dos sujeitos por sexo do estudo, segundo diagnóstico de HAS.....	59
Tabela 7. Frequência e percentual de respostas quanto a pressão alta.....	59
Tabela 8. Distribuição dos sujeitos hipertensos, segundo adesão ao tratamento e sexo.....	60
Tabela 9. Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo comportamento de fumar e sexo.....	63
Tabela 10. Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo a frequência de atividade física e sexo.....	69
Tabela 11. Frequência e percentual de respostas quanto à depressão.....	70

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade de vida (QOL) de pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio, nas duas semanas que o antecederam, bem como levantar os fatos de risco presentes e correlacionar seu impacto sobre a QOL. Foi utilizado instrumento para o levantamento de fatores de risco e a escala de QOL abreviada, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde, que consta de 26 questões e 4 domínios: domínio físico, psicológico, das relações sociais e do ambiente. Foram entrevistados 33 sujeitos entre 72 e 120 horas de internação por infarto agudo do miocárdio, em três instituições hospitalares do interior paulista. A análise dos dados foi feita através da utilização do programa Epi-Info e constituiu em : análise de perfil demográfico, da história pregressa e dos fatores de risco, e análise de variáveis. Foi feita análise, comparando-se os domínios de escala do QOL e duas variáveis: 1. domínio físico e presença/ausência de hipertensão e diabetes, 2. domínio físico e fumantes/não fumantes, 3.domínio psicológico e presença/ausência de estresse, 4.domínio psicológico e presença/ausência de eventos marcantes ruins, nos doze meses que antecederam o infarto, 5. domínio das relações sociais e presença/ausência de estresse e 6.domínio geral e presença/ausência de depressão. Em relação a caracterização demográfica, a maioria dos sujeitos pertencia ao sexo masculino (64%), com faixa etária entre 22 e 59 anos, casados (67%), com nível fundamental de escolaridade (55%). Quanto à história pregressa, a maioria apresentava o primeiro episódio de infarto (85%) e, com relação aos fatores de risco, constatou-se 33% de hipertensos, 28% diabéticos, 46% de fumantes, 47% e 19% com sobrepeso e obesidade, respectivamente, 61% de sedentários, 61% com história

familiar de doença arterial coronariana e 30% com resposta afirmativa para depressão. As variáveis não demonstraram diferenças significativas, após teste de Mann-Whitney, levando à inferência de que o número pequeno de sujeitos, os aspectos comuns de personalidade de coronariano e ambientes de vida semelhantes podem ter levado a este resultado. A análise dos domínios da escala de QOL mostrou respostas predominantemente nos níveis intermediários e respostas satisfatórias quanto à qualidade de vida. A presença de estresse, depressão e eventos marcantes ruins demonstram a necessidade de maior acurácia no levantamento de dados de indivíduos infartados, ainda na fase de hospitalização, para possibilitar intervenção e avaliação voltadas para estes aspectos, durante a fase de reabilitação.

Abstract

The present work with individuals who suffered infarction aimed to evaluate their QOL during the two weeks before entering the hospital with such a diagnosis, as well as the risks like smoking and high blood pressure, for instance, relating their impact on their QOL. One of the tools used to raise data was the QOL scale, developed by the World Health Organization, Which constains 26 questions and 4 domains: the physical and psychological ones, social relationships and environment, 33 subjects were interviewed during their 72 and 120 hours is three hospitals in Sao Paulo state, due to infarction. The data analysis was perfomed using the Epi-Info program, consisting of: demographic profile, patient's healthy background and the categorizations involved. The analysis was done comparing the domains of QOL scale and two variables: physical and presence/absence of high blood presure and diabetes; physical domain and smoking; the presence or absence of marked distressing events during the twelve months preceding infarctation; domain of social relations and presence/absence of stress; general domain and presence/absence of distress. Concernig demographic characteristics most of the subjects were men (64%) aged 22 to 59, married (67%), having attended secondary school (55%). Concerning health background, most of them had their first infarction (85%). Concerning the risks present, 33% had blood pressure not controlled, 28% had diabetes, 46% where smokers and 47% and 19% were overweighed and obese, respectively, 61% with familiar coronary diseases and 30% with affirmative response for distress. The categories did not show significant differences after the Mann Whitney test, leading

to infer that the small number of subjects. Common personality aspects and similar environments may have led to such results. The presence of distress, stress and events markedly distressing show the necessity of more accuracy in the data raising approach with fractured, while in hospitals, for better assistance and evaluation, focusing these aspects until rehabilitation.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida (QOL) de pacientes que sufrieron infarto agudo de miocardio en las dos semanas que lo antecedieron, así como, hacer el levantamiento de los factores de riesgo presentes y correlacionar su impacto sobre la QOL. Se utilizó instrumento para levantamiento de factores de riesgo y la escala de QOL abreviada, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, que consta de 26 cuestiones y 4 dominios: dominio físico, psicológico, de las relaciones sociales y del ambiente. Fueron entrevistados 33 sujetos entre 72 y 120 horas de internación por infarto agudo de miocardio, en tres instituciones hospitalares del interior paulista. El análisis de los datos fue hecho a través de la utilización del programa epi-Info y constituyó en: análisis del perfil demográfico, de la historia anterior y de los factores de riesgo, y análisis de variables. Fue hecho el análisis, comparándose los dominios de la escala QOL y dos variables: 1. dominio físico y presencia/ausencia de hipertensión y diabetes, 2. dominio físico y fumadores/no fumadores, 3. dominio psicológico y presencia/ausencia de estrés, 4. dominio psicológico y presencia/ausencia de acontecimientos nocivos macantes en los doce meses que antecedieron al infarto, 5. dominio de las relaciones sociales y presencia/ausencia de estrés y 6. dominio general y presencia/ausencia de depresión. Con Relación a la caracterización demográfica, la mayoría de los sujetos pertenecía al sexo masculino (64%), dentro de una faja etaria de 22 a 59 años, casados (67%), con primario de escolaridad (55%). En cuanto a la historia anterior, la mayoría presentaba el primer episodio de infarto (85%) y con relación a los factores de riesgo, se constató 33% de hipertensos, 28% de diabéticos, 46% de fumadores, 47% y 19%

con sobrepeso y obesidad respectivamente, 61% de sedentarios, 61% con historia familiar de síndrome arterial coronario y 30% con respuesta afirmativa para depresión. Las variables no demostraron diferencias significantes, tras el test de Mann-Whitney, o que nos lleva a inferir que el número pequeño de sujetos, los aspectos comunes de personalidad del coronario y ambientes de vida semejantes, pueden haber llevado a este resultado. El análisis de los dominios de la escala QOL mostró respuestas predominantemente en los niveles intermedios y respuestas satisfactorias en cuanto a la calidad de vida. La presencia de estrés, depresión y eventos nocivos marcantes demuestran la necesidad de mayor acucaria en el levantamiento de datos de individuos infartados, aún en la fase de hospitalización, para posibilitar intervención y evaluación dirigidas a estos aspectos, durante la fase de rehabilitación.

INTRODUÇÃO



1. INTRODUÇÃO

Durante a coleta de dados para a dissertação de mestrado, escolhi aleatoriamente cinco indivíduos que haviam infartado há mais ou menos um ano. Causou-me sobressalto deparar, já nas três primeiras entrevistas agendadas, com um óbito aos 45 anos, um hemiplégico aos 46 e um cego, afásico e também hemiplégico aos 42 anos, todos em decorrência da doença aterosclerótica. Três dos cinco indivíduos inicialmente escolhidos para as entrevistas.

O número de sujeitos é pequeno para qualquer conclusão, mas terá sido coincidência? Ou será uma proporção muito próxima da real?

É sabido que doenças cardiovasculares representam as principais causas de morte e morbidade nos países desenvolvidos (SILVA et al, 1998),além de serem também descritas como incapacitantes.

Não obstante a alta prevalência destas doenças, havia a crença de que as doenças cardíacas eram próprias da senescência. Em 1915, Monckeberg publicou artigos baseados em resultados de exame de artérias coronárias de 140 soldados da 1ª Guerra Mundial com idade média de 27,7 anos, quando foram encontradas lesões típicas em 50% deles, ficando patente a possibilidade de ocorrência da afecção em indivíduos jovens. Na década de 50 e 60 houve importante contribuição para a

determinação da relação entre aterosclerose e doença coronariana, através de necrópsias e estudos internacionais de larga escala (GIANNINI, 2000).

O Estudo de Framingham demonstrou existência de associação entre os fatores de risco tradicionais e o risco de doença coronária (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000).

Em decorrência deste fato, a literatura aborda muito frequentemente a prevenção primária e a secundária como importantes ações do profissional de saúde, em nossa opinião esta ação é pouco ou quase nada observada. Apesar das instituições e profissionais privilegiarem as atividades preventivas em seus discursos, na prática elas não se efetuem a contento. Leopardi (1994) considera que o discurso de prevenção é provavelmente o reflexo da reforma sanitária, hoje materializada em forma de SUS e que a importância dada ao assunto pelos profissionais decorra de adesão abstrata aos discursos considerados moralmente convenientes e politicamente corretos.

A prevenção, termo bastante abrangente, é empregada em vários níveis. Fala-se em prevenção para redução de mortalidade e para superação das dificuldades impostas pela doença (quando já presente). No IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) ambos os aspectos são importantes. A literatura e a ação profissional voltam-se principalmente para a recuperação do miocárdio na tentativa de evitar reinfarto e diminuir a mortalidade no pós-infarto.

Questão menos abordada é a qualidade de vida destes pacientes. É difícil referir-se à qualidade, em se tratando de pacientes com o quadro descrito acima, mas

os entrevistados participantes do trabalho de SIVIERO (1997) levantaram questões, expuseram sentimentos que nos levam a refletir sobre o tipo (ou qualidade) de vida que estão tendo. As entrevistas foram efetuadas com outros indivíduos, também infartados, e que não apresentavam as seqüelas descritas. Entretanto, foi possível observar que o medo da morte está presente em todas as horas e lhes interfere no trabalho, na vida sexual e no lazer. Que vida é essa?

Estes indivíduos por serem infartados tiveram contato com vários profissionais de saúde, mas apesar disso demonstravam pouca informação sobre a melhor maneira de conduzirem suas vidas. Reconhecem os fatores de risco, mas angustiam-se diante de tantas determinações.

O sofrimento de se saberem portadores de uma doença crônica, em geral, modifica sua percepção de mundo e de vida, mas sem ajuda qualificada para direcionar este “novo olhar”, perdem-se na ansiedade e no medo.

Já nas considerações finais do referido trabalho (SIVIERO, 1997), há proposta para o uso do conceito de qualidade de vida na abordagem destes indivíduos, em contraponto à prevenção, palavra fortemente associada à proibição. Ao iniciar o doutorado, a opção recaiu, então, no trabalho de levantamento de qualidade de vida dos sujeitos no período imediatamente anterior ao infarto, que pode ser um indicador da qualidade de vida no pós-infarto.

REVISÃO DA LITERATURA



2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares

A partir do final do século XVIII o mundo começou a passar por significativas transformações sociais, ambientais e de trabalho, responsáveis por mudanças no perfil epidemiológico das populações ditas desenvolvidas, acarretando índice maior de morbidade e mortalidade devido a doenças crônico-degenerativas, em substituição às infecciosas.

No Brasil essas transformações puderam ser observadas a partir de 1940, num processo denominado transição demográfica. A tecnologia médica, as vacinas e os antibióticos (inexistentes no início do século passado) tornaram possível prevenir e tratar doenças infecciosas que dizimavam as populações, levando a um aumento da expectativa de vida, mesmo sob as condições adversas aqui existentes (falta de água potável e esgotos sanitários, má alimentação, péssimas condições de moradia e de trabalho) (KALACHE, 1996). Com essa maior expectativa de vida, houve também mais exposição da população aos fatores de risco relacionados à coronariopatia, ao mesmo tempo em que eram eliminadas as doenças que com ela competiam quanto ao

risco de morte, levando-a a ocupar os primeiros lugares em causa de óbito no país (LOTUFO, 1996).

As doenças cardiovasculares, ao assumirem caráter de epidemia nos EUA e Europa, foram objeto de trabalhos de detecção dos fatores de risco e a intensificação das políticas de saúde para controle e prevenção dessas doenças determinou um decréscimo da mortalidade em suas populações (LESSA, 1999).

Entretanto, as doenças cardiovasculares continuam sendo a principal causa de morte em vários países. Respondem por quase metade das mortes entre homens e mulheres com mais de 30 anos, em países desenvolvidos, e por um terço de todas as mortes na América Latina. Representam também a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil. Em 1930 representavam 11,8%; em 1980, 30,8%; e em 1994, 28% de todas as mortes (TIMERMAN et al, 2001).

Trabalho publicado em 1996 revela que nos EUA, a cada ano, 1.250.000 americanos sofrem infarto agudo do miocárdio e destes, mais de 500.000 vão a óbito (MAHONEY et al, 1996).

Os dados no Brasil apontam as doenças cardiovasculares como responsáveis por aproximadamente 45% das mortes, vitimando cerca de 300.000 pessoas por ano, o que corresponde a 820 óbitos/dia e 16,2% do total de gastos do SUS (NETO et al, 1999).

A tendência de mortalidade tem declinado em países desenvolvidos e aumentado nos não desenvolvidos. Segundo Timerman et al (2001), no Brasil o risco para doença isquêmica do coração está diminuindo em regiões de maior

desenvolvimento, como sudeste e sul, e aumentando nas mais pobres, especialmente no centro-oeste.

No Estado de São Paulo as taxas de mortalidade por doenças isquêmicas do coração mostraram redução, no período de 1980 a 1996. Entretanto, a contribuição percentual do IAM na mortalidade relacionada a todas as doenças isquêmicas do coração aumentou nesse mesmo período, em ambos os sexos. O IAM representa, assim, o maior contingente de morte por doenças isquêmicas do coração, correspondendo a 71% delas. Houve também redução na relação masculino/feminino que era de 2,2 em 1984 e caiu para 2,0 nos últimos anos de observação (MARCOPITO & SHIRASSU, 2000).

A diminuição das taxas de mortalidade, no entanto, não significa diminuição de prevalência e incidência da doença. Percebe-se cada vez mais o aparelhamento das instituições, bem como a preocupação quanto à capacitação técnica dos profissionais da linha de frente de atendimento, visando ao reconhecimento precoce e à ação imediata nas síndromes isquêmicas coronárias, o que pode ter mudado o perfil de mortalidade.

Fatores de Risco

No último século, na década de 50, a doença coronariana começa a assumir proporções epidêmicas nos EUA, determinando a preocupação com uma abordagem preventiva em níveis primário e secundário. No início da década de 60 o Estudo de Framingham, nos EUA, começa a estabelecer relação entre estilo de vida e Doença

Arterial Coronariana (DAC). Através deste estudo, considerado um referencial, foi lançado o conceito de Fator de Risco (GUIMARÃES, 1992).

Fator de risco foi então definido como condição que aparece associada a um aumento significativo de ocorrência de eventos clínicos da doença, favorecendo seu desenvolvimento. São condições que podem predizer a possibilidade de um indivíduo desenvolver DAC (ROSS, 1992). Vários estudos demonstraram importante associação entre doença aterosclerótica e fatores de risco independentes, cardinais ou tradicionais (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000).

O Brasil, na ausência de estudo similar sobre DAC, baseava-se nos fatores de risco detectados no estudo de Framingham. Entretanto, no final do século passado, na década de 90, o Comitê de Epidemiologia da União das Sociedades de Cardiologia da América do Sul (USCAS) planejou, coordenou e elaborou um estudo multicêntrico sobre Fatores de Risco para Insuficiência Coronariana na América do Sul (FRICAS), com o intuito de conhecer se os fatores de risco para DAC estudados em população predominantemente branca, anglo-saxã e rica são válidos também para outros grupos populacionais (SILVA et al, 1998).

O estudo aqui no Brasil se deu de janeiro de 1994 a março de 1995, envolvendo 20 cidades de vários estados e ratificou o que já havia sido firmado em estudos epidemiológicos anteriores (SILVA et al, 1998).

A importância da identificação dos fatores de risco se deve a seus efeitos na incidência e prognóstico evolutivo da doença arterial coronária.

Os fatores de risco para Doença Arterial Coronariana são os seguintes:

Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

A HAS, presente num contingente de aproximadamente 20% da população adulta, é um dos principais fatores de risco para a doença aterosclerótica (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000). Em pacientes com IAM encontra-se prevalência de HAS em 22 a 35% deles (NICOLAU et al, 1999). O estudo FRICAS demonstrou que a associação entre IAM e HAS representou 53,4% entre os casos e 20,8% entre os controles, isto é, a prevalência de HAS em pacientes infartados é três vezes superior à da população adulta brasileira, estimada em 20%.

A HAS provoca mais infartos silenciosos e menor taxa de alterações eletrocardiográficas, quando comparados com os normotensos. Durante a fase hospitalar do IAM, não há consenso em termos da mortalidade de pacientes hipertensos, em comparação com os normotensos. Entretanto, o Estudo GISSI-2 analisou 11.483 pacientes, demonstrando significativo aumento da mortalidade no grupo com história de hipertensão. Em longo prazo, porém, estudos demonstraram 35% de mortalidade para hipertensos, após um ano de IAM, contra 25% para normotensos (NICOLAU et al, 1999). Fica, então, patente a importância da HAS como objeto de prevenção primária e secundária no IAM, já que a identificação da hipertensão sabidamente não requer técnicas sofisticadas e onerosas e as medidas preventivas reduzem sua incidência. Também são eficazes os esquemas terapêuticos (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000).

Dislipidemias

Juntamente com o tabagismo e a HAS, a dislipidemia é um dos principais fatores de risco para a DAC.

O estudo FRICAS demonstrou que, entre infartados, os níveis de colesterol eram significativamente maiores que os do grupo controle (210,93 mg/dl contra 185,71 mg/dl), o que reforça a recomendação para a manutenção de colesterol total abaixo de 200 mg/dl, em se tratando de prevenção primária (SILVA et al, 1998).

O Estudo dos Sete Países, envolvendo 11.579 homens com idades entre 40 e 59 anos, avaliados durante 15 anos, foi o que primeiro demonstrou a relação entre o consumo de ácidos graxos saturados e os níveis plasmáticos de colesterol. Nos países onde o consumo de gorduras saturadas é superior a 15% das calorias diárias, os indivíduos apresentavam maiores concentrações de colesterol e maior mortalidade por DAC (FONSECA et al, 1999).

Guimarães (1992), citando Roberts, diz que placas de aterosclerose em humanos e animais possuem ésteres de colesterol e sua produção pode ocorrer em animais, através de uma alimentação rica em ácidos graxos saturados, além de haver involução dessas placas com a suspensão da dieta rica em colesterol e gordura saturada.

Forti et al (1999) enfatizaram, respaldados em estudos, que a orientação terapêutica adequada quanto à dislipidemia, em indivíduos sem evidências clínicas de DAC, reduz o risco de eventos coronários a partir de 6 meses de tratamento, além de diminuir a mortalidade por DAC e mortalidade cardiovascular (embora não

modifique significativamente a mortalidade total) e baixar os custos causados por eventos coronarianos. Nesse sentido, observou-se em estudo randomizado duplo-cego do Texas redução de 33% da necessidade de procedimentos de revascularização e 28% dos custos com hospitalização.

Em indivíduos com história clínica de comprometimento aterosclerótico das artérias coronárias, o tratamento adequado das dislipidemias modifica a evolução das lesões ateroscleróticas, retarda sua progressão, promove sua estabilização e impede novas lesões, reduzindo o risco de novos eventos coronários e de mortalidade total (FORTI et al, 1999).

Tabagismo

O fumo, relacionado a diversos tipos de câncer, à doença crônica pulmonar e ao acidente vascular cerebral, também contribui para a doença arterial coronária.

A relação entre tabagismo e aterosclerose é consistente, tendo sido observadas, em 1372 necrópsias, relação direta entre o número de cigarros consumidos e a extensão de lesão coronária (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000).

Para Fonseca et al (1999), o uso do cigarro está ligado à aceleração do desenvolvimento da aterosclerose e do potencial trombótico, representando um importante risco para o infarto agudo do miocárdio.

Já Guimarães (1992) diz que o tabagismo duplica a mortalidade por 1000 habitantes, independentemente dos níveis de pressão arterial diastólica, segundo dados do MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial). Para fumantes com idade

acima de 40 anos e apresentando HAS e dislipidemia, a probabilidade de ocorrência de evento coronário, em 10 anos, é de 40% (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000).

O estudo FRICAS levantou que, entre os infartados, 41,69% eram fumantes, contra 27,2% dos controles, evidenciando a importância do fumo como fator de risco (SILVA et al, 1998).

Colombo & Aguilar (1997), em estudo no Hospital das Clínicas da UNICAMP, encontraram entre os infartados, 44,9% de fumantes, 33,3% de não fumantes e 21,8% de ex-fumantes. Entretanto, 52% dos não fumantes foram considerados fumantes passivos, isto é, inalavam a fumaça do cigarro de outros.

O MRFIT avaliou homens cujas esposas tinham o hábito de fumar e concluiu que a exposição passiva também aumenta o risco de DAC (FARMER et al, 1996). Por outro lado, a cessação do fumo determina rápida redução da prevalência de IAM. Nas mulheres a suspensão está associada à redução de 50 a 70% do risco cardiovascular e, após 2 ou 3 anos, os riscos para ex-fumantes se igualam àqueles para as não fumantes. Por isso, tabagismo hoje é considerado o principal fator de risco evitável de morte e doença (ISSA, 1996).

Diabete melito (DM)

A DM representa uma das principais doenças crônico-degenerativas no Brasil, com prevalência de 7,6%, sendo 9,68% na cidade de São Paulo, segundo dados do censo nacional da década de 90 (RABELO & MARTINEZ, 1998).

Existe uma importante correspondência entre DM e DAC. A DAC acomete duas a três vezes mais diabéticos, quando comparados com a população em geral. Em estudo de autópsia realizado por Waller et al, apud Rabelo & Martinez (1998), 91% dos indivíduos diabéticos sem história de doença isquêmica apresentavam estreitamento significativo em pelo menos uma artéria, contra 33,3% da população em geral, demonstrando o caráter severo da aterosclerose em diabéticos. Além disso, a DM está associada ao aumento de morbidade e mortalidade no IAM, que é a causa de 30% dos óbitos em pacientes diabéticos.

Nas mulheres diabéticas o risco de IAM é ainda maior, provavelmente pela ocorrência simultânea de outros fatores de risco, como HAS, dislipidemias e obesidade (SERRANO et al, 1998).

O DM tipo 2 (a forma mais freqüente) tem como fatores contribuintes para seu aparecimento a gestação, infecções, cirurgias, uso de drogas e obesidade, esta última de especial relevância, ainda mais se há predomínio do aumento da circunferência abdominal (LERÁRIO, 1998). Este tipo de obesidade é consequência de falta de atividade física e do aumento de ingestão calórica, podendo, portanto, sofrer modificações benéficas através da educação para a saúde.

O diabetes deve ser encarado como uma doença séria, que exige dos profissionais de saúde todo o empenho na detecção precoce e na atuação sobre os fatores contribuintes.

Sedentarismo

O sedentarismo constitui importante fator de risco para DAC. O estudo de Framingham apontou menor morbi-mortalidade de origem cardiovascular e maior expectativa de vida em pessoas mais ativas fisicamente (FONSECA et al, 1999).

Segundo Faludi et al (1996), estudos envolvendo prevenção primária revelaram redução de 30 a 55% dos riscos para doença coronária, quando indivíduos ativos são comparados com sedentários.

Os exercícios, tanto de alta quanto de baixa intensidade, podem induzir modificações favoráveis e consistentes no perfil lipídico. Se realizados regularmente, melhoram a sensibilidade insulínica e inibem a resposta da insulina à sobrecarga de glicose (FALUDI et al, 1996).

O condicionamento físico é também benéfico para o tratamento da obesidade e da pressão arterial, podendo reduzir a sistólica, em 5 a 15 mmhg, e a diastólica, em 5 a 10 mmhg. A diminuição dos níveis de pressão arterial acontece provavelmente por redução da resistência vascular periférica e dos níveis plasmáticos de catecolaminas e insulina (BRONSTEIN, 1996).

Recomenda-se atividade física moderada por no mínimo 30 minutos, em todos os dias da semana (FONSECA et al, 1999). Entretanto, na orientação quanto aos

exercícios é necessário levantar aptidões, para que a atividade seja prazerosa, com maiores chances de ser mantida em longo prazo.

Obesidade

Segundo Issa & Francisco (1996), a obesidade caracteriza-se por acúmulo de gordura no tecido adiposo, levando a um aumento de 20% ou mais do peso ideal. É o distúrbio nutricional mais importante nos países desenvolvidos, tornando-se problema de saúde pública (BRONSTEIN, 1996). Dados do Ministério da Saúde (apud ISSA & FRANCISCO, 1996) mostram que existem 27 milhões de adultos com sobrepeso e obesidade, ou seja, 32% da população adulta.

A obesidade amplia a resistência à insulina e determina maior suscetibilidade à DC e à doença cardiovascular (FONSECA et al, 1999). É frequentemente medida a partir da utilização do índice de massa corporal (IMC).

No estudo FRICAS, embora não se tenha efetuado a determinação do IMC, observou-se que o peso médio dos infartados estava significativamente superior ao dos controles (SILVA et al, 1998).

A determinação da obesidade como risco independente para DAC esbarra na coexistência de outros distúrbios, como dislipidemia, DM e HAS. Martinez et al (1996) enfatizam que há estimativas de que 85% de todos os diabéticos com mais de 50 anos sejam hipertensos e obesos; 80% de todos os obesos apresentem HAS e intolerância à glicose; e 67% dos hipertensos sejam também diabéticos e obesos.

Não obstante a relevância do aumento de peso como fator de risco para DAC, o maior valor preditivo para a doença depende da forma de distribuição da gordura corporal (ISSA & FRANCISCO, 1996; FONSECA et al, 1999). A obesidade central ou andróide, que se caracteriza pela predominância de deposição adiposa na região abdominal, com aumento da gordura visceral, está mais associada a outros fatores de risco, como HAS, DM e dislipidemias, e tem maior valor preditivo para a doença cardiovascular. É predominante no sexo masculino, sendo que na mulher ocorre maior acúmulo de gordura na região glúteofemural (ISSA & FRANCISCO, 1996; BRONSTEIN, 1996). Considerando-se esse aspecto, homens e mulheres com o mesmo IMC e a mesma idade têm risco cardiovascular aumentado na proporção do aumento de gordura visceral abdominal (ISSA & FRANCISCO, 1996).

A obesidade como fator de risco para DAC tem importância na infância e na adolescência, já que o envolvimento da aorta e das coronárias por estrias gordurosas demonstrou correspondência positiva ao índice de massa corpórea em crianças e jovens, no estudo de Bogalusa (GIANNINI et al, 1994). O estudo mostrou que da mesma forma que nos adultos, quanto maior o peso, maiores os níveis de colesterol total, triglicérides e pressão arterial nas crianças e adolescentes.

De fácil detecção e modificação através de alteração do estilo de vida, a obesidade pode ser evitada desde a infância, já que crianças obesas têm grandes chances de se tornarem adultos obesos e coronariopatas.

Issa & Francisco (1996) chamam a atenção para o fato de que, para alcançar o índice de massa corpórea ideal, é necessária a redução de vários quilos; no entanto,

considerando-se a relação abdômen/quadril, a medida de referência a ser alcançada pode exigir menor perda de peso, com melhora significativa do perfil metabólico, fato a ser considerado quando da assistência ao indivíduo obeso, pois dietas muito restritas e prolongadas podem fracassar.

História Familiar

No estudo FRICAS, a presença de história de DAC nos genitores foi maior dentre os infartados do que dentre os controles (em média 42% nos infartados contra 30% nos controles) (SILVA et al, 1998).

A história familiar, apesar de ser fator de risco irreversível, é um dado significativo, pois permite atenção maior à prevenção primária, já na infância e também na adolescência.

Sexo e Idade

A DAC é prevalente nos homens e nas mulheres no período pós- menopausa, pois quando do declínio de produção estrogênica, com conseqüente queda dos níveis séricos de HDL e aumento sérico de colesterol total e LDL, a incidência praticamente se iguala (FARMER et al, 1996).

No estudo FRICAS, a média de idade dos infartados foi 58 anos, contra 45 apontados pela literatura. O mesmo se deu nesse estudo, quando realizado na Argentina. O autor pondera que esta diferença se deve ao fato de que o estudo

considerou a prevalência de IAM e não a mortalidade, esta, sim, prevalente a partir de faixa etária mais baixa (SILVA et al, 1998).

Quanto à diferença entre gêneros, o estudo demonstrou superioridade (3 vezes mais) da ocorrência de infarto em homens (SILVA et al, 1998). Entretanto, quando se compara mortalidade entre os sexos, essa diferença diminui. No Brasil as taxas de doença cerebrovascular e coronária apresentam-se maiores, quando comparadas à dos países desenvolvidos, na faixa etária de 45-64 anos de idade, a partir da segunda metade da década de 80. Para Lotufo (1996 b.), esta ocorrência se deve ao aumento da obesidade entre as mulheres de todas as classes sociais, principalmente as de classe média, além do alto consumo de sal, que leva à hipertensão. Sem desconsiderar a deficiência estrogênica e o aumento do tabagismo entre mulheres jovens, a “obesidade – hipertensão” deve ser o fator determinante das altas taxas de mortalidade-morbidade por doenças cerebrovasculares encontradas no Brasil, na população feminina.

Estresse

O conceito de estresse foi descrito pela primeira vez em 1936, por Hans Selye. Segundo este autor, o estresse representa uma resposta generalizada do organismo às exigências ambientais (HELMAN, 1994) e é o denominador comum de todas as reações adaptativas que ocorrem no corpo, o resultado inespecífico de qualquer exigência sobre o corpo, de efeito mental ou somático (CASTRO, 1999).

A denominação – estresse – refere-se a um nível moderado de estresse, com função protetora e adaptadora; entretanto, se a reação ao estresse permanece, pode provocar alterações patológicas, o distresse.

A Síndrome Generalizada de Adaptação (SGA), descrita por Selye, consiste num conjunto de respostas a fatores estressantes e se divide em três fases: o estágio de alarme, em que o organismo toma consciência de um estímulo (estressor); estágio de resistência ou adaptação, em que o organismo lança mão de substâncias neuro-hormonais, face à agressão, e recupera-se em um nível funcional superior àquele anterior ao estresse; e o estágio de exaustão, em que, face ao efeito contínuo dos fatores estressantes, os processos de recuperação não são mais capazes de atingir e restabelecer a homeostase. Na tentativa de superação, o organismo envolve cada vez mais elementos endócrinos, no sentido de fornecer resistência à tensão, o que leva à exaustão das reservas fisiológicas. Nesse estágio, as alterações já se tornaram patológicas, resultando em doença ou morte (HELMAN, 1994; CASTRO, 1999).

O Sistema Nervoso Central (SNC) tem a capacidade de estimular, em milésimos de segundo, todos os sistemas do organismo na presença de fatores estressantes, através de estímulos neurais e neuroquímicos. Os neurotransmissores relacionados com os estressores são: a adrenalina, noradrenalina, encefalina e serotonina (Guisado et al, 1988 e Vasconcelos, 1992, apud MIRANDA, 1998). Em estado de estresse crônico o SNC mantém-se ativado por estes mecanismos. Com a presença constante de estressores, há secreção permanente de hormônios neurotransmissores, que acabam por produzir patologias no sistema cardiovascular,

vasos sanguíneos e músculos esqueléticos, induzindo o organismo a entrar em processo de estresse crônico (MIRANDA, 1998).

Para Selye, a resposta provocada pelos fatores estressantes é inespecífica, isto é, não é possível prever a enfermidade a eles relacionada. Entretanto, sabe-se que o estresse, por provocar diminuição da resistência dos indivíduos a processos patológicos, pode ser considerado fator causal de doença preexistente ou contribuinte para que ela ocorra, bem como provocar reincidência; além disso, a própria doença física é causa de estresse, podendo este retardar a recuperação orgânica, principalmente quando a doença vem acompanhada de perdas (dinheiro, segurança profissional) (HELMAN, 1994).

A opção de somatização, pelo coração, pode ser explicada pela estreita participação do sistema cardiovascular nas situações de estresse, já que esse sistema exerce papel fundamental na manutenção do equilíbrio homeostático do organismo, pois é de sua competência a manutenção da perfusão tecidual, adaptando-se às necessidades mutantes, em decorrência de influências internas e externas. Daí a profunda sensibilidade do sistema cardiovascular a agentes que possam colocar em risco a integridade do organismo.

A repercussão da presença de fatores estressantes sobre o sistema cardiovascular será mais significativa, de acordo com de sua intensidade e duração (CAMPOS, 1992), a resposta a agentes estressores é individual e a opção quanto ao enfrentamento depende de predisposição constitucional das primeiras experiências de vida; normas e valores introjetados; e circunstâncias atuais e passadas (CAMPOS,

1992), ou seja, as situações que influenciam a formação da personalidade do indivíduo.

Friedman & Roseman, apud Campos (1992); Helman (1994), descreveram a chamada personalidade tipo A, cujas características são: ambição, competitividade e impaciência, dependentes de um núcleo de personalidade, próprias de indivíduos que procuram fazer mais e mais, em menos e menos tempo. Este tipo de personalidade está frequentemente relacionado à maior incidência de DAC.

Pode-se discutir se tais características são constitucionais ou aprendidas, já que o mundo cada vez mais exige e premia este tipo de comportamento, mas o que parece certo é que indivíduos que vivem em busca de realização podem não estar preparados para as frustrações e perdas inevitáveis ao longo da vida. “A defasagem, então, entre a aspiração e realização iria consumindo o indivíduo e determinando a doença” (CAMPOS, 1992, p.244). A adesão a outros fatores de risco para DAC é facilmente estimulada dentro desse estilo de vida: fumo, álcool, ingestão de certos alimentos e sedentarismo vêm na esteira do *modus vivendi* descrito.

2.2 QUALIDADE DE VIDA

O termo “qualidade de vida” foi usado pela primeira vez por Lyndon Johnson, presidente dos EUA, em 1964, ao declarar: “*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de*

vida que proporcionam às pessoas”. Desde então, conceituar e mensurar qualidade de vida tem sido uma preocupação dentro das ciências humanas e biológicas (FLECK et al, 1999 a).

Essa questão pode ser discutida sob vários prismas. Qualidade de vida é um conceito multidimensional, que pode ser tratado através do senso comum, do ponto de vista objetivo ou subjetivo, em abordagens individuais ou coletivas.

Quem percebe melhor o que é qualidade de vida? Quem vive, ou quem observa? Essa indagação permeia toda a literatura sobre o tema e, se é difícil defini-la, avaliá-la é bastante complexo.

Karnofsky apud Zhan (1992) foi um dos primeiros a introduzir uma escala para mensurar qualidade de vida no campo da medicina. Sua escala avaliava a função física e o desempenho do paciente. Posteriormente, Katz et al apud Zhan (1992) desenvolveram a escala de Atividades de Vida Diária que, além da função física, media a sua importância na vida diária dos pacientes, como parte da avaliação clínica dos mesmos.

Apesar da contribuição dessas escalas para a mensuração da Qualidade de vida (QOL) dos pacientes, elas ficaram limitadas a um domínio conceitual: a saúde (ZHAN, 1992).

Para Augusto (2000), a busca por indicadores de QOL é uma necessidade reflexiva das instituições, que carecem cada vez mais de informações para organizar e reorganizar os ambientes de intervenção política econômica.

O crescimento econômico dos países já não é aceito como indicador, assim como o estilo de vida baseado em índices de consumo material. Zhan (1992) relata que pesquisas nos EUA têm mostrado que a felicidade tem declinado na população em geral, apesar dos indicadores sócio-econômicos daquele país estarem indicando aumento da QOL. Na verdade, o consumismo, aliado à industrialização sem planejamento e ao crescimento urbano, tem sido responsável pela poluição e deterioração ambiental, comprometendo, em segunda instância, a qualidade de vida do planeta (AUGUSTO, 2000). Assim, a tendência é pesquisar qualidade de vida, passando pelo conceito subjetivo de viver bem.

Dunlap e Catton apud Augusto (2000) propuseram três categorias para mensurar qualidade de vida. São elas: (1) indicadores físicos (relacionados com habitação, saneamento etc.), (2) indicadores de direito (relacionados com as condições sociais e políticas) e (3) indicadores subjetivos (relacionados com os aspectos de satisfação pessoal). Entretanto, são esses mesmos autores que fazem a ressalva de que a avaliação dos três indicadores só tem razão de ser se, em cada país, tiver sentido político. Dessa forma, é preciso que os indicadores de qualidade de vida sejam utilizados como indutores de mudanças (mais que determinantes de uma condição), para que se tornem um instrumento de transformação e evolução político-social.

Hornquist apud Forattini (1991) define qualidade de vida como o grau de satisfação atingido no âmbito das áreas física, psicológica, social, de atuação material e estrutural. Misturam-se nessa definição fatores que podem ser mensurados objetiva

e concretamente, como, por exemplo, a renda, a habitação e a alimentação, e outros, avaliados subjetiva e abstratamente, como é o caso da auto-estima, relacionamentos interpessoais e o significado da própria vida.

Para Zhan (1992), o background pessoal, a situação social, a cultura, o meio ambiente e a idade influenciam a percepção do indivíduo sobre significado e qualidade de vida, que emerge da relação da pessoa com o meio ambiente, que pode ser determinada pelo nível de educação e saúde. A educação, porque permite acesso ao conhecimento, bem como determina condições morais e psicomotoras, acarretando a reflexão e a consciência crítica na utilização do mesmo, e a saúde, por estimular ou impedir a práxis indispensável para propiciar o processo de mudança (TREVIZAN, 2000).

Ciência e qualidade de vida são, teoricamente, então, pólos que se interceptam, pois a ciência tem como proposta descobrir e aprimorar conhecimentos, para que estes transformem o fazer. Entretanto, o compromisso da ciência não tem sido com a melhoria da qualidade de vida, já que os órgãos financiadores estão compromissados com o capital, isto é, a ciência está a serviço do capital, e os recursos financeiros estão direcionados à tecnologia de ponta, que pouco tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida das populações carentes (TREVIZAN, 2000).

Trevizan (2000) defende a importância das Universidades na produção de ciência mais voltada para a resolução de problemas ambientais e sociais, com pesquisas sobre qualidade de vida, que devem estar voltadas aos problemas a serem

resolvidos e não a áreas específicas de conhecimento, buscando desta forma a interdisciplinariedade.

As pesquisas sobre QOL podem abranger aspectos gerais de vida ou envolverem a avaliação da QOL relacionada à saúde.

Qualidade de Vida e Saúde

A relação entre saúde e QOL (pelo menos no discurso) existe desde o nascimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX (MINAYO et al, 2000). No século passado, particularmente na sua segunda metade, houve no Brasil uma mudança intensa do perfil demográfico populacional, fenômeno denominado envelhecimento populacional, que ocorreu devido à diminuição da natalidade e ao aumento da expectativa de vida. Na América Latina até a Segunda Grande Guerra, a expectativa de vida era de 50 anos, passando para 69, em 1995 (BUSS, 2000).

Todo o exposto tem incrementado a discussão sobre qualidade de vida e, por outro lado, o avanço tecnológico e o advento das UTIs e UCs, com equipamentos sofisticados e pessoal melhor habilitado, têm permitido prolongar a vida de pacientes antes irrecuperáveis. O crescimento do poder de intervenção médica, contudo, não foi acompanhado de reflexão sobre o impacto dessa realidade na qualidade de vida dos indivíduos.

E aí a pergunta: para que viver mais?

É no campo da oncologia, na assistência a pacientes excluídos dos recursos de cura, que esta pergunta tem motivado mais reflexões. Pensando em tornar digna e confortável a vida restante desses indivíduos, é que surgiu o lema: “Dar mais vida aos dias do que acrescentar dias à vida”, isto é, trabalhar qualidade e não quantidade de vida (Saunders apud FIGUEIREDO, 1996).

Para Buss (2000), quando se examinam condições de morbi-mortalidade, percebe-se que houve também mudança de perfil nesse quesito. Resolveram-se problemas, como morte por doenças infecto-parasitárias, e condições ligadas à infraestrutura urbana básica, mas convive-se com o aumento de mortalidade por doença crônico-degenerativa, uso de drogas, violência e fatores que antes nem eram considerados, como o estresse. Entretanto, a solução para tais problemas tem sido investir em assistência curativa e medicamentos, ainda que se identifique que a promoção de saúde, bem como a melhoria das condições de vida em geral, são determinantes da melhora da expectativa de vida e das condições de morbi-mortalidade, reconduzindo-nos à questão sobre quem financia a pesquisa e a intervenção e para quem.

Dessa forma, a estreita relação entre qualidade de vida e saúde aborda a discussão sobre o conceito de promoção de saúde que, nos últimos 20-25 anos, vem sendo entendido como uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam a população humana. Nesse contexto amplo, para se intervir, faz-se necessária a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos públicos e privados (BUSS, 2000).

Sob o ponto de vista da saúde, pode-se pensar em duas maneiras de olhar QOL: a individual e a coletiva. A primeira refere-se à avaliação da capacidade funcional e da conseqüência da doença sobre o indivíduo e a segunda se volta ao resultado da presença de determinantes da doença, de natureza física, biológica e social (FORATTINI, 1991).

Indicadores de QOL em nível coletivo, quando mostram a necessidade de intervenção para sua melhoria, compreendem ações estruturadas social e politicamente. Porém, quando QOL é entendida como satisfação de viver, quando se liga a um conceito tão sutil como a felicidade, exige intervenções em outra dimensão, a individual.

Assim, a promoção de saúde pode ser entendida como atividade dirigida à transformação do comportamento dos indivíduos, focalizando a educação para mudanças no estilo de vida. Essa abordagem abrange indivíduos, família e meio ambiente e as ações transformadoras dependem do indivíduo (BUSS, 2000).

A tendência atual é conceituar a promoção de saúde entendendo que saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, em que se considera educação, oportunidades de trabalho, habitação, alimentação, saneamento e estilo de vida responsável. Nesse sentido, as intervenções se dariam através de atividades coletivas (BUSS, 2000).

Na carta de Otawa, promoção de saúde é definida como o “*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo*” (WHO, 1986).

Amplia-se, assim, o conceito, determinando os indivíduos e a comunidade como responsáveis e detentores de direito sobre a sua própria saúde.

A carta de Ottawa propõe campos de atuação que implicam construção de prioridades para a saúde, entre políticos e dirigentes, incluindo a responsabilização pelo não atendimento de metas; criação de ambientes favoráveis à saúde, com medidas de proteção e conservação ambiental, sendo necessários, para tanto, vontade política; desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, através de educação da população no lar, escola e trabalho, por exemplo; e a reorientação dos serviços de saúde, para que seja abandonado o foco de atenção no modelo biomédico, o que implica transformação na organização e financiamento dos serviços de saúde (BUSS, 2000).

Para Minayo et al (2000), embora se reconheça que inúmeros fatores que contribuem para a qualidade de vida se concentrem não exclusivamente na saúde, mas em setores a ela ligados, a saúde não intervem sobre os outros setores. A assistência à saúde, *“na maioria das vezes, adota uma posição exclusivamente retórica quanto aos chamados determinantes extra-setoriais que são, em grande parte, os mais relevantes componentes da qualidade de vida e também de uma vida saudável”* (MINAYO et al, 2000, p.16).

Fica claro, então, que profissionais de saúde, movimentos sociais, políticos e autoridades públicas têm responsabilidade para com a repercussão das políticas públicas sobre a saúde da população (BUSS, 2000) e para isso faz-se necessário, em se tratando de profissionais de saúde, mudanças de paradigma sobre o cuidado.

Para Pitta (2000), avaliações sobre impacto na qualidade de vida de pessoas com limitações físicas e psíquicas têm influenciado governos e prestadores de serviço a considerar a efetividade dos tratamentos, do ponto de vista da clientela.

A noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico que, por um lado, está relacionado a modo, condições e estilo de vida (MINAYO et al, 2000) e, por outro, aos processos sociais e políticos já discutidos. Neste trabalho, será abordado o primeiro aspecto e, mesmo reconhecendo a amplitude dos conceitos de qualidade de vida e promoção de saúde, nesta pesquisa o olhar se voltará para um determinado grupo de indivíduos, os portadores de IAM.

Estes indivíduos após o episódio de infarto sofrem pelo medo constante da morte, mas sofrem sobretudo pelas imposições de mudanças de hábitos necessárias para prevenção de novo episódio da doença. Estas mudanças assumem caráter restritivo quase que invariavelmente. Estas questões (doença e mudanças de hábitos) podem alterar a qualidade de vida destes sujeitos, se entendermos qualidade de vida como conceito subjetivo, que passa pela relação entre expectativa e realização.

A mídia traz muito freqüentemente o conceito de qualidade de vida atrelado à hábitos saudáveis, entretanto, para as pessoas em geral, qualidade de vida pode significar liberdade para fazer escolhas, mesmo que estas escolhas estejam elencadas como hábitos inadequados. A necessidade de mudança surge então como castigo, proibição, e podem tirar o “joie de vivre”, como nos mostra Perestrelo (1987).

Neste trabalho utilizaremos a escala de QOL desenvolvida pela OMS, para conhecermos como estes indivíduos percebem sua qualidade de vida imediatamente

antes do episódio do infarto, pois estas informações podem subsidiar ações profissionais futuras, tanto na prevenção primária quanto secundária.

2.3 ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA

Segundo Rodrigues & Gasparini (1992), um grande número de estudos epidemiológicos tem apontado vários agentes ambientais e sócio-econômico-culturais na sociedade industrial e urbana como potencialmente patogênicos. Este contexto denuncia que a grande maioria das doenças do homem urbano expressa sua forma de viver e sua relação com o mundo.

Uma situação de conflito consigo mesmo ou com as condições a que está submetido é geradora de emoções que, por sua vez, refletem no funcionamento orgânico. “Aquilo que no nível dos sentimentos é medo, raiva, dor, tristeza, alegria, fome, no corpo concomitantemente se expressa através de modificações das funções motoras, secretoras e de irrigação sanguínea”, segundo Rodrigues & Gasparini (1992, p.98). Para esses autores, manter a vida enquanto se luta para ganhá-la não é fácil e este desgaste no processo de viver é altamente patogênico.

No dia-a-dia estressa-se mais quem consegue lidar menos com os fatores estressantes e, quanto maior for a intensidade de ação dos fatores estressantes, maior será a probabilidade de somatização.

Lazarus & Folkman (1984) apud Farah (2001) ampliam o assunto, incorporando o papel do aparelho psíquico na reação ao estresse. Para eles a conduta humana está ligada ao modo como o indivíduo percebe os eventos. Na vigência de um estressor, dá-se uma “avaliação cognitiva”, entendida como um processo mental de localizar cada evento em uma série de categorias avaliativas relacionadas como o bem-estar e a capacidade de adaptação das pessoas.

As formas de enfrentamento do estresse podem se dar de maneiras diferentes e a forma como o indivíduo escolhe suas estratégias está determinada por seus recursos internos e externos. A resposta ao estresse é mediada, então, por alguns fatores, como características individuais, ambiente físico, amparo social, status econômico e background cultural (HELMAN, 1994), que determinam também a qualidade de vida, se pensarmos em qualidade de vida como viver bem, considerando-se os indicadores físicos, de direito e os subjetivos, como categoria de mensuração de qualidade de vida (AUGUSTO, 2000). São relevantes os indicadores subjetivos, na definição de qualidade de vida, que dependem principalmente da relação entre realização pessoal e expectativa de vida.

Deter os efeitos deletérios do estresse e aproximar realização pessoal e expectativa de vida são comportamentos que podem ser aprendidos, através de estratégias eficazes de enfrentamento. Exercícios físicos, distribuição do tempo, técnicas de respiração e relaxamento são respostas adaptativas eficazes. Entretanto, quando estas não ocorrem, podem surgir comportamentos envolvendo abuso de caféina, tabaco, álcool e drogas (FARAH, 2001).

O coronariano vive sua doença (apesar das variações pessoais) a partir de um sentimento básico: a ameaça de perda (CAMPOS, 1992), que causa ansiedade e medo. Siviero (1997) relata que infartados por ela entrevistados mostraram-se ansiosos com relação às mudanças de hábitos impostas pela doença e pelo medo da morte, fatores estressantes que comprometem sua qualidade de vida.

O estresse, então, aparece como fator de risco importante para DAC, principalmente quando somado a outros fatores de risco, e o conceito de fator de risco remete à prevenção.

A literatura, quando discorre sobre prevenção no IAM, traz sempre a preocupação com o controle dos fatores de risco, relacionado a proibições, e enfoca a conduta profissional na orientação quanto a esses fatores; no entanto, autores que olharam o indivíduo a partir de seus dinamismos psíquicos, deixando de considerar, como avaliação positiva de reabilitação, apenas a função cardíaca, perceberam que o trabalho de “salvar vidas” através da prevenção é bem mais complexo.

Perestrelo (1987) considera o estresse de ter que conviver com proibições após o IAM mais danoso que o próprio hábito inadequado e, para Ongaro (1994), a ansiedade e a depressão têm sido os estados emocionais mais observados no pós-infarto. Episódios depressivos devido a vários fatores da própria personalidade, ou relacionados com a experiência de perda após o infarto, representam um sério fator de risco.

As variações do humor são naturais na existência humanas, indicando que o indivíduo está reagindo, a partir de suas próprias percepções, ao mundo em que vive.

As emoções ou humores têm funções adaptativas, e o medo, a raiva, a alegria e a ansiedade são componentes normais. Extremos no humor estão ligados a extremos na experiência humana e tornam complexa a avaliação de um nível não adaptado ou patológico dessas reações (STUART, 2001).

Numa resposta adaptada, as emoções oferecem experiências preciosas de aprendizagem sobre nós mesmos e nossos relacionamentos e nos ajudam a funcionar de modo mais efetivo. Na presença de luto ou perda, as reações são adaptadas quando seguem um curso normal de lamentações e luto simples, acompanhado de ansiedade, raiva, dor, desespero e esperança. Na ausência de esperança, por negação ou distorção da perda, pode ocorrer a depressão ou melancolia (STUART, 2001).

A perda pode ser real ou imaginária e inclui perda de esperança, de um amor, da auto-estima, de status, de funcionamento físico. É um grande estressor e as flutuações do humor são respostas específicas ao estresse, que pode decorrer de eventos reconhecidamente importantes para todas as pessoas, ou pode acontecer apenas para o indivíduo que o experiencia.

Para Stuart (2001), existe a crença, entre profissionais psiquiátricos, em uma relação entre os eventos de vida estressantes e a depressão. Pesquisas demonstram que pacientes deprimidos relatavam quase três vezes mais eventos de vida relevantes durante os seis meses anteriores ao início do episódio depressivo do que os sujeitos normais. Os eventos de vida considerados indesejáveis, como separações e perdas – saídas -, estavam mais frequentemente relacionados a episódios de depressão do que os eventos de ingresso -acréscimos e introduções. Os primeiros eram seguidos de

agravamento dos transtornos psiquiátricos, alterações da saúde física, prejuízo do desempenho de papéis sociais e doença depressiva.

Os eventos de vida podem exercer um papel primário na depressão, ou contribuir para que ela ocorra.

Em linguagem comum, a depressão pode designar um sintoma, uma síndrome ou uma doença. Kaplan & Sadock (1997) a caracterizam como distúrbio patológico que implica perda de interesse ou prazer, distúrbios de sono e apetite, retardo motor, sentimento de inutilidade e culpa, distúrbios cognitivos, diminuição de energia e pensamento de morte.

A depressão pode ser descrita como leve, moderada e grave, com ou sem aspectos psicóticos. De todos os tipos de depressão, a psicótica responde por menos de 10%, sendo incomum.

As mulheres são mais afetadas pela depressão (71% do total de indivíduos acometidos pela doença), que ocorre para um em cada oito adultos, durante a vida (STUART, 2001).

Dalgalarro (2000) aponta que 31 a 50% da população no Brasil apresentaram ou apresentarão algum episódio de transtorno mental, necessitando, então, de algum tipo de ajuda profissional. Segundo Montgomery (1997), cerca de 10% de todas as novas consultas no sistema primário de saúde estão relacionadas à depressão.

Embora o comportamento de humor deprimido possa ser relatado como tristeza e infelicidade, alguns indivíduos podem negar o humor deprimido,

exprimindo uma variedade de queixas somáticas, como: alterações gastrintestinais, mudanças de apetite, alteração da libido e perturbação do sono. Essas queixas podem se concentrar em sinais físicos, por serem mais facilmente identificáveis (por eles e pelos profissionais) e mais aceitas, socialmente.

Burvill apud Silva et al (2003) relata que 20% dos indivíduos com doenças crônicas desenvolvem depressão e pesquisas têm revelado a alta incidência de depressão entre pacientes hospitalizados, por causas não psiquiátricas, e a doença cardíaca, entre outras, aparece freqüentemente associada a ela.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 1990 a depressão maior foi a principal causa de incapacitação nos países do primeiro mundo, com tendência a expandir-se a países subdesenvolvidos. Em 2020 deverá ser também a principal causa de incapacitação em mulheres nesses países, o que torna o assunto prioritário em termos de saúde pública (CARDOSO & LUZ, 1999).

Para Fleck et al (2002), o transtorno depressivo maior é reconhecido como problema de saúde pública e está freqüentemente presente em países de cultura ocidental, inclusive no Brasil.

Estima-se que 50 a 60% dos casos de depressão não são diagnosticados, por dificuldades de reconhecimento por parte profissionais de saúde, e por estarem atrelados a queixas relacionadas a outras doenças (FLECK et al, 2002; STUART, 2001). Segundo Montgomery (1997), 50% dos pacientes deprimidos que buscam atenção primária não têm diagnóstico determinado e tratamento adequado, o que

repercute em excessiva carga de sofrimento, elevada morbidade e mortalidade, ao lado do contínuo risco de suicídio.

Este quadro leva a um prejuízo social e individual importante, pois implica ausência no trabalho, perda de produtividade e maior necessidade de cuidados de saúde. Nos EUA a depressão custa à economia 43,7 bilhões de dólares por ano (STUART, 2001).

Fleck et al (2002) observaram também, na realidade brasileira, que pacientes com mais sintomas depressivos consultam mais os serviços de saúde, permanecem mais tempo internados e faltam mais ao trabalho do que os menos deprimidos. Demonstraram, ainda, que a intensidade dos sintomas depressivos está inversamente relacionada a vários indicadores subjetivos de bem-estar e saúde. Indivíduos com maior intensidade dos sintomas depressivos têm mais comprometimento do funcionamento físico e psicológico e avaliam sua qualidade de vida como pior. A satisfação com sua saúde também se encontra alterada, recebendo escore menor do que o encontrado entre os indivíduos com menor intensidade dos sintomas.

A relação entre depressão e infarto agudo do miocárdio tem sido observada principalmente a partir da década de 80. Inicialmente observações naturalísticas mostravam que a incidência de doença coronariana era maior entre os deprimidos e que nos coronarianos havia grande prevalência de depressão. Estas observações puderam ser demonstradas em estudos com metodologias mais adequadas, posteriormente (SILVA FILHO, 1999).

É possível perceber, então, que os limites entre as doenças orgânicas e as psíquicas são muito mais sutis do que freqüentemente imaginamos.

O reconhecimento da depressão então se torna importante, pois é um preditor de mortalidade no pós-infarto. Silva Filho (1999) comenta que as causas que emergem de alguns trabalhos de pesquisa são: aumento da agregação plaquetária e redução da variabilidade da frequência cardíaca.

A importância dos fatores psicossociais, menos estudados até agora, não pode ser menosprezada, pois são fatores que podem estar contribuindo para o aumento da mortalidade no pós-infarto, já que há menor adesão ao tratamento entre os pacientes deprimidos.

Silva Filho et al (1999), apontam estudos que, abordando infartados, encontraram depressão menor, em 30% deles, e síndrome depressiva maior, em 20%, contra 6% da população em geral. Há evidências de que a ocorrência de depressão maior multiplica por 3,5 a mortalidade durante os primeiros seis meses pós-infarto, sendo fator prognóstico considerado tão importante quanto uma disfunção ventricular. A depressão é, então, um importante preditor de mortalidade.

A depressão inflige sofrimento, determinando piora significativa na qualidade de vida.

Silva et al (2003) relatam que, em sua pesquisa, alguns enfermeiros não sabiam identificar pacientes deprimidos, não observavam indicadores de depressão nos pacientes atendidos, nem consideravam sua a tarefa de identificação.

Silva Filho et al (1999) levantaram três hipóteses para a falta de diagnóstico de depressão: minimização dos sintomas psiquiátricos em ambientes com foco excessivo na doença somática, tal qual ocorre em UTIs e UCOS; a visão de que a depressão advinda de uma doença orgânica é exógena, portanto benigna e transitória; e, ainda, a dificuldade de se estabelecer um diagnóstico, por falta de especificidade dos sintomas, incluídos na maior parte dos critérios diagnósticos utilizados em psiquiatria. Outro ponto a ser considerado é que os sintomas próprios de depressão (insônia, perda de apetite, ansiedade e fadiga) estão frequentemente presentes em indivíduos gravemente doentes, independentemente de estarem ou não deprimidos.

A importância do diagnóstico e tratamento da ansiedade e depressão pós IAM justifica-se por, além de diminuir o sofrimento do indivíduo, melhorando sua qualidade de vida intensificar sua adesão a mudanças de hábitos necessárias.

Conn et al (1991), em pesquisa sobre a relação entre ansiedade, depressão, qualidade de vida e mudanças de hábitos, relata a depressão como importante variável na qualidade de vida e adesão a mudanças de hábitos, tendo a preocupação com a redução da depressão efeito importante sobre esses itens.

Os programas de reabilitação cardíaca tipicamente enfatizam a educação e a performance cardiovascular através de programas de atividade física, deixando de considerar os programas de saúde mental tão importantes quantos os outros (CONN et al, 1991).

O objetivo principal dos programas de reabilitação é melhorar a aptidão física, mas os benefícios de natureza psicológica são esperados. Entretanto, a

reabilitação física que melhora o estado fisiológico não melhora necessariamente o bem-estar emocional (ONGARO, 1994).

Busk et al, apud Colombo (2000), destacam que a tendência do sistema de saúde americano está voltada ao tratamento da fase aguda da doença, interferindo na esperada redução da morbi-mortalidade, e correspondente redução dos custos com a doença, através da reabilitação. Esse estado de coisas não é diferente no Brasil.

Há consenso, na literatura, quanto à utilização de estratégias para modificar os fatores de risco dos pacientes, no momento dos primeiro diagnóstico de DAC, que deverá melhorar a sua qualidade de vida, sendo que representa desafio importante aos profissionais de saúde motivar a participação desses indivíduos em programas de reabilitação.

Concluindo, a ação do profissional de saúde na modificação do perfil de prevalência da DAC e na morbi-mortalidade por DAC deve estar apoiada na educação para a saúde. O profissional voltado para esta dimensão do cuidado à saúde poderá ser capaz de diagnosticar estresse e depressão, manejar fatores de risco (sem que isso represente mais ansiedade e estresse para os indivíduos) e atuar com respaldo num conceito amplo de qualidade de vida baseado na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, que têm seu foco mais relevante no conceito de promoção da saúde .

OBETIVOS



3. OBJETIVOS

- . Levantar QOL entre infartados
- . Identificar os fatores de risco presentes
- . Avaliar possíveis relações entre infarto, qualidade de vida e fatores de risco presentes.

METODOLOGIA



4. METODOLOGIA

4.1 CONTEXTO DO ESTUDO E SUJEITOS

Durante a elaboração das primeiras etapas do trabalho, três instituições foram escolhidas para a coleta de dados: duas localizam-se em cidades de médio porte e outra em cidade de grande porte, com um complexo hospitalar grande, que abrange a assistência de uma macro região. Entretanto, por dificuldades operacionais, esta terceira instituição foi descartada, sendo substituída por outra, localizada também em uma cidade de médio porte. Todas as cidades são referências regionais (micro região) em cuidados intensivos e cardiologia. Desta forma, o número de sujeitos participantes da pesquisa mostrou-se menor do que o anteriormente previsto, e uma medida tomada foi prolongar o tempo de levantamento de dados.

Este estudo, então, foi realizado em três hospitais gerais de três cidades de médio porte do interior de São Paulo, nas Santas Casas de Misericórdia de Araras, Limeira e Piracicaba.

A aplicação do instrumento ocorreu entre outubro de 2002 a abril de 2003, na primeira instituição; agosto de 2002 a março de 2003, na segunda; e julho de 2002 a março de 2003, na terceira. Inicialmente havia a proposta de iniciarmos as entrevistas ao mesmo tempo nas três instituições. A diferença nos meses entre as três

instituições se deu em virtude dos processos de formalização de autorização para a coleta em cada uma e iniciamos as entrevistas em tempos diferentes. Problemas operacionais relacionados às entrevistadoras impediram que as mesmas terminassem ao mesmo tempo, determinando a diferença.

Nesse período foram entrevistados todos os infartados que deram entrada nas Unidades Coronarianas (UCO) ou Unidades de Terapia Intensiva (UTI) dos hospitais, com idade igual ou inferior a 59 anos. Este corte na faixa etária reflete a concepção de que a qualidade de vida, após os 60 anos, possa estar sendo afetada por fatores próprios do envelhecimento, dificultando sua relação com o IAM.

Instituição 1

A primeira instituição escolhida para coleta de dados localiza-se em uma cidade de 103.145 habitantes, 28.426 domicílios. Destes (moradores e domicílios), 95% tem abastecimento de água canalizada, 94% rede geral de esgoto e 97% de coleta de lixo feita por serviço de limpeza. 83% da população é alfabetizada (DATASUS, 2000).

Conta com três hospitais gerais e um hospital psiquiátrico. Trata-se de um hospital geral filantrópico, com 247 leitos. É o maior da cidade e o único que conta com serviço de hemodinâmica e de cirurgia cardíaca. A Unidade de Terapia Intensiva tem 17 leitos, e recebe pacientes do SUS e conveniados da cidade e região, com diagnósticos diversos, inclusive Infarto Agudo do Miocárdio.

O número de internações de indivíduos com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio, separados por faixa etária, está na tabela 1.

Tabela 1 – Número de infartados por faixa etária/mês – instituição 1

	<i>outubro</i>	<i>novembro</i>	<i>dezembro</i>	<i>janeiro</i>	<i>fevereiro</i>	<i>março</i>	<i>abril</i>
IAM até 59	01	02	00	00	02	00	03
IAM 60 anos/+	01	05	02	03	05	04	04

Instituição 2

A segunda Instituição localiza-se em uma cidade de 247.752 habitantes e 69.218 domicílios, dos quais 95% tem rede geral de água canalizada, rede geral de esgoto e 94% de coleta de lixo feita por serviço de limpeza. Conta com 83% da população alfabetizados .

É um hospital geral regional filantrópico, com 317 leitos. A cidade conta, ainda, com mais cinco hospitais menores; entretanto, a instituição onde os dados foram coletados é a única que oferece serviços de diagnóstico e tratamento específicos para insuficiência coronariana, concentrando, assim, todas as iternações por este diagnóstico. Possui uma Unidade Coronariana (UCO) com 08 leitos para pacientes coronarianos do SUS e conveniados.

Tabela 2 – Número de infartados por faixa etária/mês – instituição 2

	<i>ago</i>	<i>set</i>	<i>out</i>	<i>nov</i>	<i>dez</i>	<i>jan</i>	<i>fev</i>	<i>mar</i>
IAM até 59	01	03	00	01	01	00	02	00
IAM 60 anos/+	07	06	03	08	05	05	04	02

Instituição 3

A terceira instituição é um hospital geral filantrópico com 335 leitos, localizado numa cidade de 327.699 habitantes, 92.674 domicílios, com 96% destes com abastecimento de água canalizada, 94% de rede geral de esgoto e 97% de coleta de lixo feita por serviço de limpeza. Nesta cidade temos também 83% de alfabetização.

No início da coleta de dados, o hospital contava com uma unidade coronariana de 3 leitos e passou para 6 leitos, em outubro de 2002. Atende pacientes do SUS e conveniados.

Tabela 3 – Número de infartados por faixa etária/mês – instituição 3

	<i>ago</i>	<i>set</i>	<i>out</i>	<i>nov</i>	<i>dez</i>	<i>jan</i>	<i>fev</i>
IAM até 59	04	03	03	04	02	00	01
IAM 60 anos/+	03	03	06	08	11	09	03

4.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Com base na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, MS, 1996), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRARAS (Centro Universitário Hermínio Ometto) o projeto referente a este estudo, que foi aprovado no dia 15/02/2002.

Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Sujeitos. Neste documento há esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, a voluntariedade da participação e a garantia do sigilo referente aos dados, sendo salientada a importância da participação para a melhoria da assistência no cuidado de saúde a indivíduos infartados.

Garrafa (apud SOUZA, 2000) enfatiza que a bioética pode se constituir em instrumento fundamental ao acesso dos cidadãos aos benefícios do progresso. De fato, a pesquisa pensada seriamente e respeitando direitos pode trazer luz aos vários problemas enfrentados pela população brasileira, seja visando a melhoria da saúde , seja a transformação do ambiente em que os sujeitos estão inseridos.

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Instrumentos:

Instrumento A - Escala de qualidade de vida WHOQOL-bref

Um dos instrumentos utilizados para a coleta de dados desta pesquisa foi a versão abreviada da escala para avaliação da qualidade de vida, elaborada pela OMS – WHOQOL – bref.

Escala De Qualidade De Vida Da O.M.S.

Conforme discussão anterior, tem existido a preocupação com definir e mensurar qualidade de vida. As várias escalas elaboradas acabavam por privilegiar alguns aspectos em detrimento de outros, principalmente pela indefinição do conceito. A qualidade de vida deve ser mensurada a partir de dados objetivos ou subjetivos?

Um dos grandes entraves se deve também ao fato de que escalas elaboradas nos EUA e Europa levavam em consideração as questões próprias de sua cultura, dificultando, assim, sua utilização universal. Para alguns autores, a “qualidade de vida” transcende aspectos culturais regionais e, independentemente de qualquer condição cultural, época ou nação, é importante que as pessoas sintam-se funcionalmente e psicologicamente capazes, socialmente integradas e com boas condições físicas (FLECK et al, 1999 a.); porém, o assunto permanece controverso.

Isto posto, a OMS envidou esforços no sentido de construir um instrumento de utilização universal. Foi, para tanto, constituído um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL), com a finalidade de desenvolver um instrumento capaz de mensurar QOL numa perspectiva transcultural (FLECK, 2000).

Como não há consenso sobre o conceito de qualidade de vida, foi criada uma comissão de experts de diversas culturas, que levantaram três aspectos fundamentais referentes ao construto “qualidade de vida”: (1) subjetividade, (2) multidimensionalidade e (3) presença de dimensões positivas e negativas. A partir daí foi elaborada a definição de qualidade de vida como “a percepção do indivíduo

de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994; apud FLECK et al, 1999 a.).

A criação do instrumento teve desde o início enfoque transcultural, sendo ele, então, elaborado simultaneamente em diferentes centros de forma colaborativa. Foram selecionados centros em países com diferenças no nível de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde e religião, entre outros aspectos (FLECK, 2000).

O resultado final foi um instrumento com 100 questões (WHOQOL - 100), divididas em 6 domínios, que contemplam 24 facetas, sendo que cada uma compreende 4 questões e uma 25^a faceta é composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida.

As respostas são dadas em uma escala tipo Likert e compreendem quatro categorias, dependendo do tipo de pergunta: intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada -completamente), frequência (nunca - sempre), avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito, por ex) (FLECK, 2000). A WHOQOL - 100 encontra-se hoje disponível em 20 idiomas.

A versão em português exigiu extenso trabalho, descrito por FLECK et al (1999 a), e sofreu aplicação em teste de campo em Porto Alegre/RS. Este teste demonstrou que o desempenho psicométrico apresentou características satisfatórias, consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK et al, 1999 b).

Dada a necessidade de instrumentos que demandassem menor tempo de preenchimento, foi elaborado, a partir do WHOQOL – 100, o WHOQOL – bref, composto de 26 questões, divididas em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), representando as 24 facetas do instrumento original. Assim, neste instrumento, cada faceta é representada por uma questão, perfazendo um total de 24 questões e mais duas, gerais, sobre qualidade de vida, conforme quadro 1 (FLECK et al, 2000).

Em aplicação, em teste de campo, do WHOQOL – bref, demonstrou-se que tem boa consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste (FLECK et al, 2000).

Para Fleck et al (2000), a WHOQOL - bref mostrou-se útil em situações em que a aplicabilidade de um instrumento longo está dificultada.

Este teste tem aplicação variada, podendo contribuir para melhorar a relação paciente-profissional de saúde, avaliar assistência e tratamentos, bem como serviços e políticas de saúde. Foi relatado pela população participante do teste que o instrumento propicia reflexão sobre aspectos de suas próprias vidas, motivando-os a buscar um aprofundamento desses questionamentos, através da ajuda de profissionais (FLECK et al, 1999 a).

A escala é autoaplicável, com a recomendação para que as respostas baseiem-se em dados das duas semanas que precederam seu preenchimento.

Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL – bref

Domínio I – físico
01 – Dor e desconforto 02 – Energia e fadiga 03 – Sono e repouso 09 – Mobilidade 10 – Atividades de vida cotidiana 11 – Dependência de medicação ou de tratamentos 12 – Capacidade de trabalho
Domínio II – psicológico
04 – Sentimentos positivos 05 – Pensar, aprender, memória e concentração 06 – Auto-estima 07 – Imagem corporal e aparência 08 – Sentimentos negativos 24 – Espiritualidade / religião – crenças pessoais
Domínio III – relações sociais
13 – Relações pessoais 14 – Suporte social 15 – Atividade sexual
Domínio IV – Ambiente
16 – Segurança física e proteção 17 – Ambiente no lar 18 – Recursos financeiros 19 – Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20 – Oportunidades para adquirir novas informações e habilidades 21 – Participação e oportunidades de recreação e lazer 22 - Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito e clima 23 - Transporte

Fonte : FLECK, 2000

Instrumento B – Identificação e levantamento de fatores de risco

O instrumento B (anexo B) contém dados de identificação e questões fechadas sobre infarto anterior e tratamento, diagnósticos associados, peso, altura e índice de massa corporal (IMC), tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia, história familiar de DAC, atividade física e depressão.

Seguindo-se a este levantamento há uma questão sobre a presença de eventos marcantes nos últimos doze meses. As respostas são separadas em duas colunas, para resposta espontânea e resposta provocada (em anexo).

Após a pergunta: “Aconteceu algum evento marcante na sua vida nos últimos doze meses?”, esperava-se a resposta, que era alocada na coluna de resposta espontânea. Lia-se, em seguida, todos os itens da coluna de resposta provocada, para nela alocar-se o resultado.

Seguem-se duas questões abertas sobre estresse e expectativas para o futuro.

Os instrumentos foram inicialmente aplicados em 30 sujeitos, numa campanha conjunta com a Secretaria de Saúde Municipal, denominada “Agita Araras”. Foram montados 04 postos na cidade, numa manhã de domingo, e num destes postos os indivíduos responderam ao questionário sobre QOL e fatores de risco para DAC.

Essa primeira abordagem permitiu observar que os entrevistados preferiam que o entrevistador lesse as questões. A formatação inicial do formulário sobre fatores de risco foi modificada, para facilitar o preenchimento. Na questão aberta sobre estresse, foi possível observar que a palavra não é conhecida por alguns indivíduos, principalmente os de baixa escolaridade e provavelmente com menor acesso à mídia

escrita, já que o termo tem sido freqüentemente veiculado nos meios de comunicação de massa. Este fato foi discutido com a banca do Exame de Qualificação e permaneceu no instrumento, mas a respectiva resposta não foi considerada quando o sentido da palavra tinha de ser explicado. Evitou-se, assim, induzir as respostas dos indivíduos, através da percepção do entrevistador sobre o significado de estresse.

Coleta de Dados

As entrevistas foram feitas entre 72 e 120 horas de internação por IAM, período em que ainda os pacientes se encontravam na UCO, com exceção de um sujeito que foi entrevistado na unidade clínica, por ter tido alta precoce. Observou-se, sempre junto à equipe da UCO, se a condição clínica dos pacientes permitia a entrevista.

A entrevista começou sempre com a aplicação do instrumento A e depois, o B. Dessa forma, os sujeitos responderam o questionário sobre qualidade de vida antes de falarem sobre doenças, tratamentos e hábitos de vida presentes. Este cuidado foi tomado para evitar que as perguntas do instrumento B interferissem nas respostas sobre qualidade de vida.

Ao aplicar este instrumento em indivíduos ainda internados, houve a intenção de levantar dados sobre qualidade de vida no período imediatamente anterior ao episódio de IAM, para nortear a conduta profissional, tanto em prevenção primária quanto secundária. Por outro lado, segundo Ongaro (1994), avaliações periódicas de pacientes infartados, durante os cinco primeiros anos que se seguiram à

hospitalização, mostraram que o estado emocional (nível de depressão, ansiedade e irritabilidade) apresentado na convalescença é um preditor do desempenho emocional em longo prazo.

Os procedimentos para aplicação da escala de QOL seguiram orientação da OMS (FLECK et al, 2000). Embora a aplicação deva ser feita preferencialmente por auto-administração, os questionários foram aplicados pelo entrevistador, em decorrência de solicitação dos sujeitos, provavelmente por estarem acamados. O questionário então era posicionado de maneira que o indivíduo pudesse vê-lo, enquanto era lido.

A coleta foi feita pelo pesquisador e duas auxiliares, enfermeiras especialistas em cardiologia e cuidados intensivos. Uma delas é responsável pela UCO da segunda instituição e a outra reside na cidade em que se localiza a terceira instituição, o que permitiu maior acesso aos pacientes e melhor cobertura dos casos. A pesquisadora entrevistou os indivíduos da primeira instituição e as impressões sobre as entrevistas são um conjunto das percepções de cada uma das entrevistadoras. Para uniformidade de utilização dos instrumentos, foi feito treinamento das auxiliares, antes de iniciarem a coleta de dados.

Apesar do relato de Fleck et al (1999 b) sobre o cuidado na tradução da escala do inglês para o português, optando por manter palavras de uso corrente na língua portuguesa, a palavra “Quão” no início das frases gerou dificuldades de entendimento para alguns indivíduos. Para que não houvesse mudança do significado ou interferência por parte do entrevistador, após leitura da frase toda,

ênfatizava-se as palavras chaves da pergunta e as possibilidades de resposta. Com dois entrevistados foi necessário trocar a palavra “quão” por “quanto”. Observou-se também que as perguntas sobre o ambiente físico (9) e disponibilidade de informações (13) deixava os respondentes confusos, freqüentemente solicitando explicações sobre o significado dos termos.

Souza (2000) relata a mesma dificuldade, principalmente entre os sujeitos com baixa ou nenhuma escolaridade. Assim como a autora citada, acreditamos que a conduta de buscar formas de um melhor entendimento por parte dos pacientes não interferiu na qualidade das respostas. Pasquali (1997) apud Souza (2000) diz:

“De qualquer forma, a dificuldade na compreensão dos itens não se deve constituir em fator complicador na resposta dos indivíduos, dado que não se quer medir a compreensão deles (a não ser obviamente que o teste queira medir precisamente isso), mas sim a magnitude do atributo a que os itens se referem”

Raramente as questões eram respondidas somente com a escolha das opções propostas, mas suscitavam comentários sobre a vida, trabalho e a doença.

Foi possível observar também que a entrevista, ao invés de provocar cansaço ou aborrecimento nos pacientes, era motivo de interesse, talvez por representar

atenção maior e oportunidade de falar de si mesmo num ambiente em que as relações baseiam-se principalmente na técnica.

4.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos instrumentos A e B foram lançados no programa Epi Info da OMS, de domínio público.

Para análise da escala de Qualidade de Vida - instrumento WHOQOL – bref - , foram seguidos os passos definidos pela OMS, conforme apontados por Fleck apud Souza (2000), a saber:

- . Verificação se cada uma das 26 questões obteve respostas entre 1-5;
- . Inversão dos valores das questões 3, 4 e 26, pois estas estão negativamente orientadas (1=5), (2=4), (3=3), (4=2), (5=1);
- . Cálculo dos escores dos domínios e da qualidade de vida geral, numa escala de 4 a 20 pontos, através das médias das questões pertinentes a cada domínio, multiplicando-as por 4, para que os escores pudessem ser diretamente comparáveis com a escala original (WHOQOL – 100); e
- . Transformação dos escores de cada domínio para a escala original, de 0 a 100, subtraindo cada valor de 4 e multiplicando pelo fator (100/16).

O domínio 1 é composto pelas questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18, sendo que o mínimo de questões respondidas deve ser 6, para que o domínio possa ser calculado, e o domínio 2 é composto pelas questões 5, 6, 7, 11, 19, 26 e deve ter no mínimo 5 questões respondidas, para que o domínio seja calculado.

Já o domínio 3 compreende as questões 20, 21 e 22 e deve ter no mínimo 2 questões respondidas.

O domínio 4 compreende as questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 e deve ter no mínimo 6 questões respondidas, enquanto o domínio geral compreende as questões 1 e 2, sendo necessário que as duas estejam respondidas, para que se calcule o domínio.

Nas 33 entrevistas deste estudo não tivemos ausência de respostas na escala de QOL.

De posse dos resultados estatísticos foi feita a discussão, tendo como base o referencial teórico que passaremos a mostrar no próximo capítulo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Perfil demográfico

A população deste estudo foi composta por 33 sujeitos com diagnóstico de IAM, entrevistados em três instituições hospitalares. Do total de sujeitos, 64% (21/33) eram do sexo masculino e 36% (12/33) do sexo feminino, com faixa etária entre 22 e 59 anos, como mostra a tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo sexo e faixa etária

Idade	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%*	n	%*	n	%*
20 - 30	2	10	-	-	2	6
30 - 40	3	14	2	17	5	15
40 - 50	8	38	6	50	14	42
50 - 60	8	38	4	33	12	37
Total	21	100%	12	100%	33	100%

* Porcentagem referente ao número de sujeitos do sexo masculino

Ao avaliarmos a distribuição de infartados por faixa etária em relação ao sexo, observa-se que no sexo masculino a maior incidência ocorreu na faixa etária entre 40 e 60 anos e no feminino, entre 40 e 50 anos. Não foram entrevistados os sujeitos com idade superior ou igual a 60 anos, não sendo possível correlacionar com faixas etárias mais elevadas; entretanto, este dado é similar ao exposto no estudo de Colombo (2000), que encontrou maior incidência de IAM em homens entre 40 a 60 anos.

Embora com número de sujeitos restrito, este estudo parece mostrar a tendência atual do IAM, de atingir pessoas em faixa etária cada vez menor. Observa-se também que o maior número de infartos em mulheres recaiu numa faixa etária bastante jovem, em que as conseqüências da diminuição de produção de hormônios não se fazem sentir tão intensamente. Entretanto, manteve-se a proporção de 1,74/1 em relação ao sexo masculino, próxima à relação de 2/1 relatada na literatura (SILVA et al, 1998).

Quanto ao estado civil dos infartados, observou-se que 9% (3/33) eram solteiros; 67% (22/33) casados; 18% (6/33), separados; e 3% (1/33), viúvos. Não foi colhido dado de 1 sujeito.

Em relação ao grau de instrução, podemos observar pela tabela 2 que a maioria dos sujeitos, 55% (18/33), freqüentaram o ensino fundamental, sem necessariamente ter completado o mesmo, seguidos de 21% (7/33) que cursaram o ensino médio. Encontramos o mesmo número de analfabetos e sujeitos com nível superior de educação: 9% (3/33). Não foram obtidos dados de 2 sujeitos (6%).

Tabela5 – Distribuição dos sujeitos por nível de escolaridade e sexo

Nível de escolaridade	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%*	n	%*	n	%*
Analfabeto	1	5	2	17	3	9
E. fundamental	11	52	7	58	18	55
E. médio	6	29	1	8	7	21
E.superior	3	14	-	-	3	9
Dado não coletado	-	-	2	17	2	6
Total	21	100%	12	100%	33	100%

Silva et al (1998) não observaram diferença quanto à escolaridade entre os infartados e casos controles, e comentam que o FRICAS não mostrou correlação entre o grau de instrução e a ocorrência de IAM.

5.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA DOENÇA E PRESENÇA DE FATORES DE RISCO

História pregressa

Dos 33 sujeitos estudados encontramos 15 % (5/33) com infarto anterior e 85% (28/33) apresentando o primeiro episódio de IAM.

Em relação aos procedimentos invasivos, observou-se que 6 sujeitos já haviam sido submetidos à angioplastia, 2 à revascularização do miocárdio e um, a ambos os procedimentos. Destacamos que, como a maioria dos sujeitos estava ainda

hospitalizada, em decorrência do primeiro infarto, estes números não refletem a opção por tratamento, já que este ainda estava sendo definido à época das entrevistas.

Fatores de risco

Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial é definida como Pressão Arterial \geq ou = 140 x 90 mmHg, segundo a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), e representa um alto custo médico-social, pois participa de complicações como: Doença Cerebrovascular, Doença Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal Crônica e Doença Vascular de Extremidades.

Os dados demonstraram que 11 dos 33 (33%) indivíduos apresentavam diagnóstico de HAS, mas 18 (55%) deles responderam com uma afirmativa a pergunta sobre pressão alta. Foi possível observar que os 11 que receberam o diagnóstico de HAS, conheciam a presença da mesma, sendo que outros 7 responderam que têm pressão alta, apesar de não ser citada no prontuário.

Nicolau et al (1999) observam uma prevalência de hipertensão arterial de 22 a 35% em infartados admitidos em hospitais. Se considerarmos os dados de prontuários, temos 33% de diagnósticos de hipertensão em indivíduos infartados.

Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos por sexo do estudo, segundo o diagnóstico de HAS

HAS	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%*	n	%*	n	%*
Sim	6	29	4	33	10	30
Não	15	71	8	67	23	70
Total	21	100%	12	100%	33	100%

Considerando o número de indivíduos que responderam que têm HAS, encontramos 55% de hipertensos, valor próximo ao encontrado no estudo FRICAS (SILVA et al, 1998), que foi de 52%, e superior à média de HAS na população em geral, que varia entre 22% a 44%, segundo a IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002).

Tabela 7 – Freqüência e percentual de respostas quanto a pressão alta

Resposta / pressão alta		
	n	%*
Sim	18	55
Não	14	42
Não sei	1	3
Total	33	100%

Colombo (2000) encontrou dado inverso, isto é, 18% dos sujeitos estudados desconheciam a presença de HAS, apesar de estar relatada no prontuário hospitalar. Inferimos que a busca de informações para composição do prontuário hospitalar em hospitais universitários (local de estudo de COLOMBO) é mais valorizada do que

em hospitais não vinculados à academia (locais de levantamento de dados deste estudo), levando a esta diferença. Pensamos então que a segunda tabela sobre as respostas afirmativas quanto à hipertensão seja mais fidedigna, mesmo porque seus dados se aproximam de dados sobre HAS e IAM de outros estudos e do FRICAS, citado no parágrafo anterior.

A tabela 8 mostra a adesão dos 18 sujeitos que relataram ter “pressão alta” ao tratamento proposto.

Tabela 8 – Distribuição dos sujeitos hipertensos segundo adesão ao tratamento e sexo

Adesão ao Tratamento	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%*	n	%	n	%
Sim	5	56	6	67	11	61
Não	2	22	3	33	5	27
Às vezes	1	11	-	-	1	6
Não Sabe	1	11	-	-	1	6
Total	9	100%	9	100%	18	100%

A adesão ao tratamento medicamentoso de HAS foi de 55% por parte dos homens e 66%, das mulheres, além de demonstrar a dificuldade (de ambos os sexos) de manutenção de tratamento da doença.

Em 1970 foi publicado o primeiro estudo que demonstrou o impacto da terapêutica anti-hipertensiva e redução da mortalidade cardiovascular. Alguns resultados de trabalhos dessa década, entretanto, suscitaram algumas dúvidas. Percebeu-se redução da mortalidade, pelo tratamento anti-hipertensivo, e diminuição da incidência de doenças cerebrovasculares (42%), com discreta redução de eventos

coronarianos (14%). Observou-se que, mesmo aliada a efeitos metabólicos deletérios dos medicamentos, somente a redução de níveis tensionais, sem alteração de outros fatores de risco, não era suficiente (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000).

A partir da década de 90, foi introduzida terapêutica medicamentosa com menor efeito metabólico desfavorável e correção simultânea dos fatores de risco presentes, proporcionando, assim, redução de risco na mortalidade por coronariopatia em hipertensos (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000). No entanto, a manutenção de níveis tensionais normais através de tratamento medicamentoso tem sido um desafio para os profissionais de saúde. Pelo seu caráter silencioso, a doença é desconhecida ou negligenciada por seus portadores.

Colombo (2000) mostra que dos 50 sujeitos estudados, 65% não seguiam corretamente o tratamento prescrito, corroborando o dado encontrado.

Diabetes Mellitus

O diabetes tipo 1 ocorre em 10 a 20 % dos casos de diabetes, sendo o diabetes tipo 2 a forma mais freqüente, ocorrendo em 80 a 90 % dos casos, com índice maior na última década.

A média de prevalência varia de acordo com grupos, de 1% entre os índios Mapuche, Chile, até 40% nos índios Pima, EUA (LERÁRIO, 1998).

A prevalência do diabetes aumenta com o aumento da faixa etária. Assim sendo, estima-se que o diabetes deverá acometer 200 milhões de pessoas em todo o

mundo, até 2010, o dobro do observado em 1994. Mudanças nos hábitos de vida e nos padrões alimentares são outros fatores que podem explicar o incremento da prevalência nos próximos anos (LERÁRIO, 1998).

No Brasil, o diabetes é freqüente em todo país, independentemente de latitude, etnia, clima, hábitos alimentares e nível socioeconômico, atingindo, em média, 7,6% da população (LERÁRIO, 1998).

Na população de infartados estudada foram encontrados 9 indivíduos (27%) com diagnóstico de Diabetes Mellitus. Silva et al (1998), no estudo FRICAS, encontraram 19,7% de indivíduos diabéticos entre os infartados, contra 9,93% nos casos controle.

Este estudo não teve como objetivo averiguar quantos indivíduos já conheciam a presença do diabetes antes do IAM, mas observou-se que alguns a ignoravam. Lerário (1998) comenta que metade da população diabética brasileira desconhece que tem a doença.

Tabagismo

Ao analisarmos o tabagismo no grupo estudado, verificamos 46% (15/33) de fumantes, 39%, (13/33) de não fumantes e 15% (5/33) de ex-fumantes. Foram considerados ex-fumantes todos os indivíduos que deixaram o fumo havia pelo menos 1 ano e não fumantes aqueles que nunca fumaram.

Entre os 13 sujeitos não fumantes, 5 relataram permanecer em ambiente com exposição à fumaça de cigarro. Já evidenciamos anteriormente que estes indivíduos

têm o risco cardiovascular aumentado nestas condições. Entre fumantes, não fumantes e fumantes passivos temos 75% dos sujeitos deste estudo.

Tabela 9 – Distribuição dos sujeitos do estudo, segundo comportamento de fumar e o sexo

Comportamento De fumar	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%*	n	%	n	%
Fumantes	10	48	5	42	15	46
Ex-fumantes	4	19	1	8	5	15
Não fumantes	7	33	6	50	13	39
Total	21	100%	12	100%	33	100%

Segundo dados da Divisão de Doenças do Estado de São Paulo, 45% dos homens e 32% das mulheres na população adulta do estado de São Paulo são fumantes.

Neste estudo, dos 21 homens, 48% (10/21) eram fumantes, proporção semelhante a das mulheres, 42% (5/12). Entre os tabagistas pudemos constatar que fumavam em média 22,3 cigarros por dia e são fumantes, em média, há 25,7 anos.

Silva et al (1998) apontam o tabagismo como fator de risco importante, pois entre os infartados, 41,69% eram fumantes, contra 27,2% dos controles. Apesar de não ter sido analisado o risco quanto ao número de cigarros /dia, o autor cita trabalho argentino em que se conclui que o risco aumenta entre os que fumam acima de 24 cigarros/dia, não se podendo afirmar o inverso.

Armaganijan & Batlouni (2000) citam estudo onde foi observada relação direta entre lesões coronárias e o número de cigarros/dia, com importante significância entre fumantes e não fumantes.

Para Gensini et al (1998), a duração do tempo de tabagismo e a quantidade de cigarros/dia influenciam de modo importante o risco de DAC.

Segundo dados da Organização Panamericana de Saúde (Rev. Panam Salud Pública, 2002) o tabaco mata 4 milhões de pessoas no mundo todo e estima-se, para as três próximas décadas, que esta cifra aumentará para 10 milhões de pessoas, sendo que 70% em países em desenvolvimento. Diante dessa perspectiva a OMS tem tomado medidas para contribuir para deter este aumento de mortalidade e um dos aspectos analisados é a regulamentação mais eficaz dos produtos ligados ao tabaco.

Ações de saúde que contribuam para a interrupção do tabagismo mostram-se importantes, pois o risco de doença cardiovascular diminui com a cessação do fumo. Pesquisas indicaram que a supressão do tabagismo após o IAM reduziu a mortalidade, episódios de angina, IAM e a necessidade de intervenção cirúrgica (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000).

Dislipidemias

A dislipidemia é um importante fator de risco para DAC, em particular a hipercolesterolemia.

O anexo B, utilizado na entrevista, solicitava níveis de colesterol total, LDL e HDL, cuja fonte deveria ser o prontuário. Entretanto, nas três instituições onde as entrevistas aconteceram, não havia esta informação.

Outra questão solicitava que o indivíduo respondesse se tinha ou não colesterol elevado e se fazia tratamento ou dieta, em caso afirmativo. Do total de indivíduos, 21% (7/33) responderam que tinham colesterol elevado, 46% (15/33) responderam negativamente e 33% (11/33) não sabiam seus valores de colesterol.

Sem valores de colesterol e frações, não foi possível a comparação com dados da literatura.

Um trabalho realizado por Muller, na década de 30, foi o primeiro a relacionar níveis sanguíneos de colesterol com DAC. Nas décadas seguintes, outros trabalhos demonstraram grande diversidade de ocorrência de DAC em vários países, relacionando esta diferença com as diferenças de ingestão de gordura entre as populações (BERTOLAMI, 2000).

Golfman et al apud Bertolami (2000) demonstraram que as relações entre lípidos plasmáticos, colesterol total e triglicérides dependiam mais das lipoproteínas em que estão contidas do que dos seus níveis sanguíneos. Caracterizou-se desta forma que a relação entre colesterol total e doença aterosclerótica dependia da fração de LDL, ou seja, do colesterol carregado por esta lipoproteína. Outra fração importante é o HDL, que apresenta relação inversa com a DAC.

Pesquisas relacionadas à prevenção primária de aterosclerose coronária envolveram o uso de hipolipemiantes e mudança de estilo de vida. O estudo da

Administração dos Veteranos de Los Angeles analisou a dieta como fator único e não demonstrou benefícios. Outro estudo nos Hospitais Psiquiátricos de Helsinque apontou que a redução dos níveis de colesterol acompanha a redução da mortalidade por DAC (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000).

Estudos baseados nas modificações no estilo de vida multifatoriais demonstraram que, após seis anos de acompanhamento, a população que modificou hábitos dietéticos, abandonou o tabagismo, controlou a pressão arterial e aumentou a atividade física apresentou redução de IAM fatal em 6,9% e de IAM não fatal em 5,3% (ARMAGANIJAN & BATLOUNI, 2000).

Em prevenção secundária, o “SCANDINAVIAN SIMVASTATIN SURVIVAL STUDY – 4S” (1994) foi o primeiro a apresentar aumento de sobrevida em indivíduos coronariopatas, com controle medicamentoso dos níveis séricos de colesterol. Após 5,4 anos de seguimento, entre os que fizeram uso de sinvastatina, observou-se redução de 42% na mortalidade por DAC e de 30% na mortalidade total, na comparação com o grupo que recebeu placebo.

Estes estudos corroboram a necessidade de manutenção de níveis séricos adequados de colesterol, LDL e HDL, tanto em prevenção primária, quanto secundária. É necessária, entretanto, a educação da população, bem como a disponibilidade de recursos financeiros para averiguação dos níveis de colesterol, a partir do início da idade adulta. O perfil lipídico de crianças e adolescentes deve ser observado, sempre que familiares do 1º grau apresentarem manifestação precoce de

DAC (mulheres abaixo de 65 anos e homens abaixo de 55) ou na presença de dislipidemia familiar.

Os indivíduos deste estudo demonstraram pouco conhecimento a respeito dos níveis de colesterol, pois após os 20 anos existe a recomendação da detecção de níveis de colesterol e triglicérides em tabela progressiva de frequência. Sem o conhecimento dos níveis de colesterol, a adesão à hábitos alimentares adequados fica comprometida. Siqueira (2002), em estudo com hipertensos, mostrou que 100% dos sujeitos tinham hábitos alimentares inadequados. Dados como os expostos mostram a importância de atenção, por parte dos profissionais de saúde, para a detecção e educação da população quanto a esse fator de risco.

Obesidade

Os dados coletados através de entrevista foram peso e altura dos sujeitos e, em seguida, foi calculado o IMC, que exprime a relação altura e peso corporal (peso/altura em Kg/m²). Considera-se, então:

A média de peso dos sujeitos foi 72 Kg e a de altura, 166cm. Na pesquisa de Silva et al (1998), a média de 166 cm de altura foi encontrada nos infartados e controles, correspondendo às médias de 72,5 Kg nos infartados, contra 69 Kg nos controles.

Ao avaliarmos o IMC, deparamo-nos com 34% (11/33) com peso normal, 47% (15/33) com sobrepeso e 19% (6/33) de obesos. Colombo (2000) encontrou 51,1% de sujeitos com sobrepeso e 18,6% de obesos.

Na região Sudeste, segundo pesquisa de 1997, feita pela Faculdade de Medicina da USP, 40% da população adulta estava acima do peso, índice maior do que o encontrado em 1989 pelo Ministério da Saúde, foi de 32%; em 1989, 8% da população era obesa (FOLHA DO ESTADO DE SÃO PAULO).

Para Willet et al (1999), existem limitações quanto à avaliação do IMC como estimativa da gordura corporal. A principal delas é que não há distinção entre massa gorda (tecido adiposo e gordura) e massa magra (componente isento de gordura). Assim sendo, há outros indicadores para avaliação da gordura corporal, que não foram utilizados neste estudo.

Afonso & Sichieri (2002) dizem que o índice de massa corporal tem sido associado à morbidade e à mortalidade, bem como ao aumento da necessidade de hospitalização. Para esses autores, qualquer grau de excesso de peso e também a deposição de gordura abdominal associam-se a diabetes e doenças cardiovasculares.

Barreto et al (2002) relatam a relação entre obesidade e HAS, indicando que o ganho de peso ao longo da vida é um preditor para desenvolvimento de HAS.

Na população estudada encontramos 65,5% (21/33) dos sujeitos com peso acima do normal, fato que pode ter sido determinado por uma condição genética, status sócio-econômico e estilo de vida. Bloch et al (2003) expõem que, em casais por eles estudados, a obesidade predominava entre os de maior renda, mas diminuía entre os de nível educacional mais elevado. A relação entre educação e doença tem sido associada com prática de saúde individual, levando os indivíduos com mais estudos a escolhas melhores para a sua saúde, independentemente de renda.

Sedentarismo

Os sujeitos do estudo foram questionados quanto à prática de atividade física e sua frequência. As categorias foram assim determinadas: não realiza nenhuma atividade física regular, realiza até duas vezes/semana, realiza 3 ou mais vezes/semana, e a categoria “só nos finais de semana” indica atividade física não regular, como, por exemplo, a prática de jogar futebol aos domingos.

Tabela 10 – Distribuição dos sujeitos do estudo segundo a frequência de atividade física e sexo

Frequência	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	Atividade Física	n	%*	n	%*	n
Não	10	47	10	84	20	61
Até 2x semana	6	29	1	8	7	21
3x ou + semana	4	19	1	8	5	15
Fim de semana	1	5	-	-	1	3
Total	21	100%	12	100%	33	100%

A tabela 10 indica que 61% (20/33) dos sujeitos são sedentários e só 15% praticam atividade regular no mínimo 3 vezes/semana, como o recomendado pela “American College of Sports Medicine” (SILVA et al,1998).

A prática regular de atividade física tem sido apontada como uma das medidas mais eficazes para a prevenção da DAC, além de beneficiar a saúde em geral e a qualidade de vida.

Silva et al (1998) observaram que a ocorrência de IAM em indivíduos que cultivavam o hábito de caminhar no passado foi menor, mas não houve diferenças entre os que não caminhavam e os que caminhavam havia menos de 1 ano. Os benefícios desta atividade, portanto, não são imediatos.

Paffenbarger et al (1993) analisaram o comportamento de alunos do Harvard College no período de 1977 a 1985 e constataram que os praticantes de atividade física apresentaram redução da mortalidade total, em 23%, e em 43%, para a DAC, quando comparados com os alunos menos ativos.

O mecanismo pelo qual a atividade física reduz o risco para a DAC e o grau adequado de intensidade do exercício ainda não é bem conhecido. O aumento da atividade física melhora a capacidade cárdio-respiratória e age sobre os fatores de risco para DAC, como HAS, DM, obesidade e perfil lipídico, reduzindo assim, o risco para a doença (FALUDI et al, 1996).

História Familiar

A história familiar de DAC apareceu em 61% (20/33) dos sujeitos. O estudo FRICAS encontrou 42,14% sujeitos com história familiar de DAC, contra 30,82% dos controles.

5.3 DEPRESSÃO

A depressão, neste estudo, foi abordada através de uma questão com quatro possibilidades de respostas. Os resultados estão na tabela 11.

Tabela 11 – Frequência e percentual de respostas quanto depressão

Resposta / depressão		
	n	%*
Sim	10	30
Não	16	49
Não sei	3	9
Às vezes	4	12
Total	33	100%

Dos 10 indivíduos que responderam afirmativamente, 50% (5/10) eram do sexo feminino e 50% (5/10) do masculino. Se considerarmos o universo feminino deste estudo, 5 das 12 mulheres (42%) relataram sofrer de depressão, contra 5 dos 12 (24%) dos homens. Fleck et al (2002) apontaram como dado relevante, em

trabalho sobre depressão (em serviços de cuidados primários em saúde), que as mulheres têm sintomatologia depressiva mais intensa que os homens.

Pensando na relação da depressão com o infarto agudo do miocárdio e eventos marcantes de vida, foram inseridas as questões sobre depressão, já descritas, e outra questão sobre presença de eventos marcantes nos últimos doze meses antes do IAM.

Dos 10 (30%) indivíduos que responderam ter depressão, somente 2 não relataram nenhum evento marcante ruim.

Como mostra a tabela 11, 4 (12%) sujeitos responderam ter depressão, “às vezes”; destes, 2 relataram eventos marcantes ruins e outros 2 não os relataram. Entretanto, mesmo aqueles que disseram não ter depressão relataram que viveram algum evento marcante ruim nos 12 meses que precederam o IAM.

Para Campos (1992), doenças ou morte de pessoas significativas, conflitos conjugais, insatisfação pessoal ou profissional, perda de emprego ou de prestígio podem desencadear eventos coronarianos. Ao analisarmos os eventos vividos pelos sujeitos deste estudo, podemos perceber tudo isso, juntamente com desilusão, desencanto ou desesperança, descritos por Campos (1992) como sentimentos que acompanham estes eventos.

Se não podemos afirmar relação direta entre estes eventos e o IAM, podemos sugerir que questões como estas sejam mais vezes abordadas em pesquisa e na assistência.

Um problema de saúde que tem sido apontado como principal causa de incapacitação, com tendência de expansão e que atinge pessoas em fases diferentes de vida, acompanhando condições mórbidas diversas, não pode ser assunto para especialistas.

Os enfermeiros, profissionais que permanecem por mais tempo em contato com os clientes, seja em serviço de atendimento ambulatorial, seja em hospitais, devem ter condições de diagnosticar a depressão, identificando seus sinais na população que atende.

Deve também existir a preocupação de investigar histórias de vida ligadas ao infarto para detecção de depressão antes do episódio, e reconhecer o risco da mesma no pós-infarto. Além de tratamento adequado para a depressão, os pacientes deverão receber atenção especial quanto ao controle eficaz da proposta terapêutica, pois indivíduos deprimidos demonstram menor adesão à ela.

5.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Como já descrito anteriormente, até as décadas de 40 – 50 do século passado, no mundo inteiro, a doença aterosclerótica era considerada uma decorrência inevitável do envelhecimento. Após os anos 50, a comparação de mortalidade com

autópsias marcou as diferenças regionais e internacionais de uma doença até então considerada constitucional, sem determinação ambiental (LOTUFO, 1996). Trabalhos desenvolvidos a partir da década de 50, principalmente o de Framingham, estabeleceram a relação entre presença de fatores de risco e aumento da probabilidade de desenvolvimento de DAC.

Assim, as questões sobre fatores de risco presentes no instrumento de coleta de dados deste trabalho não visam estabelecer a relação destes com o IAM, mas averiguar se eles vêm acompanhados de fatores psíquico-emocionais e comprometimento de aspectos de qualidade de vida de indivíduos que sofreram infarto.

Outra questão norteadora é se a presença de eventos marcantes teve impacto sobre a qualidade de vida, tendo assim relação com o evento coronariano. Com que intensidade os eventos ruins se relacionam com escores altos ou baixos de qualidade de vida?

A linguagem popular frequentemente relaciona eventos estressantes ao surgimento da doença. Sevalho (1993) lembra que elementos naturais e sobrenaturais habitam as representações sobre saúde e doença desde tempos imemoriais. Sentimento de culpa, medos, superstições, mistérios estão indissolúvelmente ligados às expressões da doença.

Siviero (1997) relata que os indivíduos entendem saúde/doença de forma mais complexa do que o conhecimento “oficial” da medicina, há séculos voltado para o estudo e a pesquisa sobre as partes, negligenciando o todo, ao passo que Minayo

(1988) prega que, enquanto para os médicos, saúde e doença representam, acima de tudo, fenômenos físicos, para os trabalhadores participantes de seu estudo, saúde e doença são relações que se expressam no corpo, mas que o ultrapassam, indiscutivelmente.

Desta forma, ao levantarmos a bibliografia de pesquisa médica sobre IAM, temos vasta informação sobre mecanismos fisiopatológicos influenciando a etiologia da doença, com estudos pertinentes e importantes para o progresso tecnológico dos meios diagnósticos e tratamento das mesmas. Mas, isso não é tudo.

Histórias de perdas, como, por exemplo, do emprego, da casa, de pessoas queridas; doenças prolongadas de membros da família ou do próprio indivíduo; problemas conjugais e com os filhos; e alegrias provocadas por mudanças esperadas ou não, todos esses fatores estressores devem ter impacto sobre a qualidade de vida e, possivelmente, sobre o evento coronariano.

A escala de QOL-bref, utilizada neste trabalho, é subdividida em quatro domínios. O físico levanta questões sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades de vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho. Este domínio foi confrontado com as variáveis presentes no anexo B (hipertensão, diabetes, tabagismo). Desta forma, foi avaliado se o domínio físico de indivíduos com diagnóstico de HAS e DM recebeu escore menor que os dos indivíduos sem outros diagnósticos associados.

Foi avaliado também se haviam diferenças entre não fumantes e fumantes, quando comparados os escores do domínio físico. Observou-se que o domínio físico

não sofreu alteração, nesta população, entre indivíduos hipertensos/diabéticos e os que não tinham diagnósticos associados. Da mesma forma, não houve diferença entre fumantes e não fumantes.

Foram comparados também os escores do domínio 2, domínio psicológico, entre os indivíduos que responderam afirmativamente sobre estresse e aqueles que responderam que não o vivenciam.

O domínio psicológico levanta informações sobre a presença de sentimentos positivos; pensamento, aprendizagem, memória e concentração; auto-estima, imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religião e crenças. Este domínio foi avaliado também com as variáveis de presença ou ausência de eventos marcantes nos últimos 12 meses. Foram utilizadas as respostas sobre eventos marcantes ruins. Também neste domínio não houve diferença significativa quando confrontado com estresse e eventos marcantes.

O domínio 3 da escala de QOL-bref é o domínio das relações sociais e suas questões abordam relações pessoais, suporte social e atividade sexual. Este domínio foi utilizado para comparar as variáveis de estresse entre os que responderam sim e não a este tema.

A questão sobre depressão (anexo B) tinha quatro possibilidades de respostas. Agruparam-se as respostas “às vezes” às respostas “sim”. Os que responderam “não sei” foram considerados como não tendo depressão, já que mesmo que o indivíduo não consiga precisar o significado do termo, desconfortos emocionais, se presentes, muito provavelmente levariam à resposta “sim” ou “às vezes”. Estas variáveis foram

confrontadas com o domínio geral, que corresponde às duas primeiras questões da escala de QOL-bref, que são questões gerais sobre qualidade de vida.

O domínio das relações sociais não se alterou entre os que relataram ter e os que relataram não ter estresse e as questões gerais sobre QOL contidas no domínio geral receberam o mesmo escore entre os que relataram e os que não relataram depressão.

Nesta população, portanto, este teste de QOL não detectou diferenças nos subgrupos, como mostra teste de Mann-Whitney, em anexo (Anexo D).

Foram analisados também os escores de cada um dos quatro domínios e o domínio geral da escala de QOL-bref (indicados no Quadro 1). Os resultados mostram a média observada e a frequência em três níveis de resposta: insatisfação, nível intermediário e satisfação dentro de cada domínio. Valores altos dos escores indicam tendência favorável em relação aos domínios e portanto melhor qualidade de vida.

Respostas com escores de até 25% foram consideradas como insatisfação com relação ao domínio, entre 25 a 75%, posição intermediária, e acima de 75%, como satisfação.

Ao analisarmos as respostas referentes a cada domínio, percebemos semelhanças. No domínio físico temos 12% (4/33) com escore abaixo de 25%, demonstrando insatisfação, 49% (16/36) com respostas em posição intermediária e 39% (13/36) satisfeitos em relação ao domínio.

Com relação ao domínio meio ambiente, encontramos 3% (1/33) de insatisfação, 88% (29/33) em posição intermediária e 9% (3/33) satisfeitos. No domínio psicológico não houve respostas indicando insatisfação, 72% (24/33) dos indivíduos tiveram respostas em nível intermediário e 18% (9/33) demonstraram satisfação com relação ao domínio.

No domínio das relações sociais aparecem 3%(1/33) insatisfeito, 48,5% (16/33) em posição intermediária de satisfação e 48,5% (16/33) satisfeitos. As respostas se assemelham também nas questões gerais sobre qualidade de vida e satisfação com a saúde, em que a maior parte dos indivíduos responderam estar parcialmente ou totalmente satisfeitos.

Percebemos que em todos os domínios um pequeno percentual de indivíduos mostra-se insatisfeito em relação aos mesmos. A maioria deles mostram-se parcialmente satisfeitos ou satisfeitos. Podemos inferir, então, que a qualidade de vida não é considerada ruim por estes sujeitos.

Discussão

Os resultados sugerem considerações sobre a população estudada, o que passaremos a discutir, a seguir.

A inexistência de diferenças entre os grupos pode ter como explicação o fato de o número de sujeitos entrevistados ser pequeno, com grande variabilidade de informações e as variáveis em estudo serem ordinais (escala de Likert). A abordagem sobre possíveis diferenças entre os grupos, portanto, foi através de testes não

paramétricos, que não detectaram diferenças. O grupo de 33 sujeitos foi subdividido em subgrupos (hipertensos/não hipertensos, fumantes/não fumantes, por exemplo), o que nos levou a um número pequeno de observações.

Estudos com maior número de sujeitos talvez pudessem detectar estas diferenças, porém, como já dissemos, problemas operacionais nos impediram de aumentar o número de sujeitos entrevistados.

Outro fato a ser considerado é a característica de homogeneidade da população estudada. Todos foram entrevistados após 3-5 dias de internação, com diagnóstico de IAM.

A literatura relata com frequência pontos de personalidade e maneiras de enfrentamento do estresse comuns ao indivíduo portador de coronariopatia. Estas características comuns aos infartados podem ter relação com a homogeneidade de respostas.

As ligações entre corpo e espírito são discutidas há muito tempo, mas geram controvérsias, ainda. Para Campos (1992), quando se trata de ligar coração e emoção, a questão parece clara, pois percebemos, por exemplo, aumento da frequência cardíaca frente a várias situações emocionais. Entretanto, explicar essa relação é complexo e esbarra, ainda, em descrença por parte da comunidade científica.

A emoção tem como função primordial avaliar informações captadas do ambiente e do próprio indivíduo, levadas pelos órgãos do sentido às estruturas límbicas, para “apreciação”. Esta avaliação tem como objetivo a preservação da

espécie, e gerará sensações (emoções) agradáveis ou desagradáveis, caso os objetivos sejam alcançados ou exista ameaça à sua consecução (CAMPOS, 1992).

O homem, segundo Mac Lean apud Campos (1992), através do terceiro cérebro consegue expressar, com palavras, seus sentimentos, tornando o processo emocional perceptível a ele mesmo. Essa capacidade gera um mundo novo : o do pensamento, da fantasia, da imaginação, dos desejos, do raciocínio e da reflexão. Um mundo interno que passará a determinar sua ação como fonte de recursos de enfrentamento ou de adaptação às situações. No entanto, grande parte do processo de avaliação é inconsciente. Compete ao profissional de saúde perceber os sinais de exteriorização deste processo emocional. A manifestação cardíaca (funcional ou orgânica) pode ser muitas vezes a parte visível deste complexo processo subjetivo.

Conforme já descrito, mais e mais pesquisas (Freeman e Nixon (1987), Booth-Kewley e Friedman (1987), Reunamen (1987) apud CAMPOS (1992)) confirmam que os coronarianos demonstram características de personalidade semelhantes, como a Personalidade do tipo A, descrita por Friedman e Rosenman. Embora ainda haja divergências quanto a algumas características deste tipo de personalidade, o núcleo central da mesma parece claro: indivíduos com premência de tempo, que são também ambiciosos, competitivos, impacientes, com necessidade de se mostrarem fortes. Algumas características podem não estar presentes, mas ainda assim o indivíduo traz dentro de si a ânsia de fazer mais e mais, em menos tempo.

Para Campos (1992), a personalidade tipo A resulta da soma de nível de atividade que seria constitucional: exigências de realização provindas das primeiras

experiências de vida, juntamente com a aceleração social, determinada pelas rápidas mudanças sociais; velocidade dos meios de comunicação, dos transportes; e premência de produção de bens.

A escola parisiense de Marty et al diz que entre outras características, parece haver semelhança nas dificuldades dos coronarianos de se entregarem à fantasia. Para Bloch apud Ruschel (1994), estes indivíduos raramente sonham, têm trocas interpessoais pobres e transferem a carga emocional para a esfera somática. Seu pensamento é operatório e aderem à realidade concreta e à atualidade, não utilizando recursos da imaginação.

Chiozza (1987), baseado em resultados de investigação psicanalítica das cardiopatias isquêmicas, estabelece algumas conclusões: o coração é o órgão mais adequado para tomar para si a representação das emoções, seu ritmo outorga um “tom” afetivo, a cada instante que se vive. O coração toma para si a representação geral dos afetos, mas, pela mesma razão, representa em geral estados afetivos inefáveis, que o autor denomina des-concerto afetivo (proto-afeto). Estes proto-afetos tendem a se desenvolver como sentimentos que são novos para a pessoa que os experienciam. A coronariopatia, então, representaria o processo pelo qual o coração “estrangula a si mesmo” , para evitar o nascimento de um afeto novo, que representaria culpa, situação desmoralizante, obra de amor impossível.

Se considerarmos que os indivíduos coronariopatas têm características de personalidade e modos de enfrentamento semelhantes, podemos, talvez, entender por que tiveram respostas tão semelhantes na escala de qualidade de vida.

Independentemente de serem hipertensos, diabéticos, fumantes ou não, compartilham um *modus vivendi* interior com vários pontos em comum.

O fato de todos residirem em cidades com diferenças pouco marcantes quanto à violência, condições de transporte e trânsito, infra-estrutura básica e oferta de emprego é outro ponto em comum relacionado com o *modus vivendi* voltado para questões externas.

Já dissemos que indicadores sociais e de saúde não melhoram por si só a qualidade de vida. Entretanto, percebemos que nas três cidades estes indicadores são semelhantes entre si e demonstram uma condição de vida melhor do que a encontrada em muitos centros urbanos brasileiros. Cidades em que mais ou menos 95% dos moradores e domicílios possuem abastecimento de água canalizada, rede geral de esgoto e coleta de lixo por serviço de limpeza.

Apesar da escala de QOL-bref ter enfoque na percepção do indivíduo quanto à sua qualidade de vida, estes indicadores refletem-se nas respostas do domínio meio ambiente, em que questões como condições do ambiente físico, segurança física e proteção são abordadas.

Sabemos que a avaliação subjetiva de qualidade de vida passa necessariamente por crenças e expectativas quanto à condição de vida e o ambiente externo. As respostas favoráveis neste domínio podem estar refletindo o conhecimento destes indicadores (já que a mídia local costuma enfatizá-los), bem como capacidade de comparação com dados mostrados pela mídia nacional e internacional.

Não temos parâmetros de comparação quanto à QOL entre pessoas residentes em grandes centros urbanos e cidades menores do interior. Entretanto, embora a mídia escrita venha noticiando que a violência tem migrado para o interior, existe ainda, entre a população residente em centros urbanos menores, um sentimento maior de segurança e proteção, quando comparada com a dos grandes centros. Este sentimento está bem claro na resposta de uma das entrevistadas: quando questionada se tinha estresse, respondeu que agora que mudou de São Paulo para Limeira, não.

Seria reducionismo perceber o estresse somente em grandes cidades. Forattini (1991) diz que a cidade constitui um ecossistema inerente ao homem, onde o grau de artificialidade atinge seu nível mais elevado. Os efeitos da urbanização se fazem sentir às vezes em locais distantes da aglomeração humana, pois há necessidade de se captar energia, combustível e mesmo alimento em outros locais, que depois são transformados, concentrados e armazenados para posterior utilização. Há também, por causa disso, grande produção de dejetos.

O desenvolvimento urbano, por estas características, representa intensa manipulação do ambiente, provocando alteração da natureza, que se reflete no estado psicológico e fisiológico dos habitantes (FORATTINI, 1991).

Este processo é tanto mais intenso, quanto maior a aglomeração populacional. Moysés & Baracho apud Rocha et al (2000) explicitam que a base de um bom ambiente urbano é formada pela tríade: pessoas, tempo e espaço; o que conta na percepção de se viver é o sentido de pertinência e integração a uma cidade, decorrente de uma disposição mental.

Para Valadares (2000), é preciso conviver, além de sobreviver, e, para organizar o espaço visando à viabilidade do convívio, é necessário domar a natureza, o que produz inquietação no interior dos “corpos dos sujeitos”.

Nesse caminho avançamos fazendo encomendas, produzindo sempre um mundo novo, selando um destino que deixa à margem do caminho opções impensadas ou inaceitáveis (Heidegger apud VALADARES, 2000). Escolhemos, como podemos, uma direção que nunca será a mesma para todos, e estas escolhas, pensadas ou inconscientes, trazem níveis variados de insatisfação, frustração e estresse.

Como a percepção do viver em centros urbanos é intermediada pelo nível e conteúdo de informações referentes a estes mesmos centros e, apesar de estarmos todos sujeitos às variações da política nacional e internacional, e aprendendo a “conviver” com o aumento da violência, em alguns lugares e alguns contextos urbanos a intranquilidade gerada por todo o exposto é minimizada pelo sentimento de “pertencer”. Pertencer a algum lugar e a um grupo social.

O suporte social que se refere ao tipo de cuidado e assistência recebida pelas pessoas em seu contexto social tem se mostrado uma importante barreira contra os eventos estressores (DRESSLER & SANTOS, 2000).

Também neste quesito o grau de satisfação observado nas respostas do domínio das relações sociais, vai do intermediário ao satisfatório. Neste domínio apenas um sujeito demonstrou insatisfação. Ao entrevistarmos os sujeitos da pesquisa, percebemos que as questões onde se perguntava sobre apoio familiar e de

amigos eram mais prontamente respondidas e já nesta fase, inferimos que o grau de suporte social era considerado bom pelos mesmos.

O domínio físico que trata de questões como dor/desconforto, capacidade para o trabalho, energia, sono, trouxe quase sempre junto com as respostas da escala comentários sobre não estar sentindo nada ou sentindo “algo sem importância” antes do evento. As pessoas demonstraram surpresa frente ao infarto, pois consideravam-se saudáveis.

No domínio psicológico as respostas mantiveram o mesmo padrão, isto é, 72% dos sujeitos tiveram respostas no nível intermediário, e nenhum mostrou insatisfação com relação a este domínio.

Este dado surpreendeu, já que dos 33 indivíduos, 20 responderam espontaneamente terem vivido algum evento ruim nos doze meses que antecederam o infarto, e outros 9 responderam, quando provocados, também terem vivido evento ruim. Parece não ter havido conexão entre uma resposta e outra. Os sujeitos responderam antes as questões sobre qualidade de vida e talvez estas respostas não tenham passado por uma reflexão maior.

Quando questionados sobre eventos ruins, alguns se emocionaram e choraram, demonstrando sofrimento. Entretanto, o questionamento foi mais direto, o que deve ter contribuído para a lembrança do fato e a expressão do sentimento. No domínio psicológico, sentimentos, auto-estima e crenças pessoais são questionados, mas de forma mais genérica, dificultando, talvez, a reflexão necessária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de sujeitos deste estudo foi menor do que o inicialmente planejado, devido à exclusão de uma das instituições de coleta e inserção de outra, mais o limite de 60 anos na faixa etária. Assim, foram realizadas 33 entrevistas, quando a expectativa era de um número maior. Este (n) pequeno não possibilitou observar diferenças significantes entre as variáveis estudadas; entretanto, permitiu reflexões acerca da condição física e emocional dos sujeitos aqui entrevistados.

A avaliação do perfil demográfico da população estudada mostrou semelhança com outros estudos nacionais.

As variáveis em que foram testadas diferenças de qualidade de vida, nos vários domínios, e sua correlação com fatores de risco, estresse e depressão, apresentaram o mesmo resultado, isto é, não houve diferenças significantes entre as mesmas. Inferimos que aspectos de personalidade comuns aos indivíduos com o mesmo diagnóstico (IAM) e condições ambientais de vida também semelhantes (tamanho das cidades, oferta de emprego, violência, etc.) determinaram as respostas quanto a qualidade de vida, independentemente de quais elementos (tabagismo, HAS, DM, depressão e estresse) estavam ou deixaram de estar presentes em suas vidas.

Não tivemos como objetivo, neste estudo, avaliar qualitativamente as histórias de vida desses indivíduos, porém estão anotadas nas fichas de entrevistas de forma resumida, já que, como dito anteriormente, os mesmos sempre faziam considerações sobre as questões, mesmo quando as perguntas eram fechadas.

Dessa forma, entramos em contato com histórias de culpa, mágoa, perda. Chamou-nos a atenção a carga emocional presente nas declarações. Foi possível observar, embora empiricamente, que a pergunta os fazia refletir sobre os eventos vividos. Seus relatos se alongavam nesse ponto, demonstrando a necessidade de falar sobre eles. Entramos em contato com questões importantes e significantes para a QOL antes e após o IAM, mas que permaneceram desconhecidas para as equipes médica e de enfermagem que os assistiam.

Os eventos coronarianos, como já dissemos, têm sido alvo de estudos e sofrido constante atenção dos meios científicos quanto a testes diagnósticos e formas de tratamento. Entretanto, ainda é visto dissociado da história do indivíduo.

O coronariano vive um sentimento básico de ameaça de perda. Mesmo quando se consideram diferenças individuais, este sentimento costuma ser a tônica de sua vida. O medo constante de perder gera culpa, raiva, frustração, conforme sua própria história de vida (CAMPOS,1992).

A doença coronariana, por seu caráter crônico, e pelas mudanças de hábitos que impõe, por si só provoca essas reações. Somando-se a isso histórias de vida que antecedem o evento coronariano, percebemos o turbilhão emocional que acomete

cada um. Ao analisarmos o domínio psicológico, entretanto, percebemos que estas questões não são pensadas, não sofrem reflexão por parte dos sujeitos. Pensam que tudo está “mais ou menos” (posição intermediária de resposta no domínio), provavelmente “como a vida deve ser”. A falta de reflexão, por parte dos sujeitos, juntamente com a dicotomia físico/psíquica ainda presente na assistência, impõe sofrimento que poderia ser minimizado.

Todos sabemos, por experiência pessoal, que os centros urbanos levam à sobrecarga emocional, tanto por suas características ambientais (ruídos em excesso e confinamento, entre outras), quanto pela pressão psíquica que exercem sobre seus habitantes (alta competitividade, não participação em processos decisórios, ausência de relações interpessoais significativas e dificuldade de adaptação a situações novas que acontecem a cada dia). Mas, se sabemos por experiência pessoal, temos dificuldade coletiva de pensar nessas questões no ambiente profissional, em grande parte porque a assistência a estes fenômenos não é simplista.

Temos acompanhado a discussão sobre a integração de disciplinas nos currículos da área de saúde, mas na prática estas questões estão longe de uma solução satisfatória. Cada curso, ou escola, forma dentro de sua vocação, mantendo a dicotomia já citada.

Apesar de acreditarmos na necessidade de aprimoramento profissional para detecção de fatores emocionais que desencadeiam ou acompanham as doenças, em nossa prática percebemos que a disposição interna de ouvir o outro já faz grande diferença. Alunos de graduação, ainda sem conhecimento necessário, tanto para

diagnosticar como para intervir nas diversas questões que se apresentam, fazem o histórico de enfermagem, conseguem sentir/perceber, ainda que intuitivamente, que existem histórias por traz das doenças. Então, mais que formação profissional, extremamente necessária, é preciso aprender a interagir com o outro.

Cada vez mais acredita-se que a transitoriedade das coisas e valores, a valorização de coisas materiais e da tecnologia e o individualismo crescente estão fazendo surgir novas doenças, inclusive a coronariopatia. Se em alguns países a incidência desta última tem decrescido, pode indicar êxito das campanhas educativas; entretanto, para Campos (1992), a doença coronariana pode estar sendo escoada para outras formas de males (violência e toxicomania, por exemplo), acrescentando que talvez a melhoria nas condições sociais de tais países pode ter determinado uma diferença menor entre querer e poder. Falar em prevenção passa, então, por questões que ultrapassam a competência profissional, embora não prescindam dela.

Pesquisas têm demonstrado que um fator importante na prevenção de doenças e na reabilitação de indivíduos com doenças crônicas é o grau de suporte social que está presente em suas vidas. Quanto mais os indivíduos são capazes de aproximar seus comportamentos dos modelos culturais de vida compartilhados pela comunidade, menor se apresenta sua pressão arterial e menores são os riscos de adoecer (DRESSLER & SANTOS, 2000).

Dressler & Santos (2000) sugerem que os indivíduos têm baixa consonância cultural, porque, por alguma razão são incapazes de agir segundo idéia dominante do que é viver apropriadamente, isto é, sentem-se impedidos de participar efetivamente

dentro de sua própria sociedade. Testes laboratoriais demonstraram uma reação cardiovascular aumentada, quando a interação do indivíduo acontece em ambiente de desigualdade social e diminuída se houver a presença de amigos durante o teste. Indivíduos que mantêm alta consonância cultural vivem uma vida com maior significância.

Segundo Cobb apud Campos (1992), o suporte social constitui importante ação psicossocial, capaz de minimizar o estresse. Define suporte social como sendo toda estrutura grupal que leva o indivíduo a sentir-se amado, valorizado, protegido e participante de uma rede de interações franca e solidária. Este suporte pode ser encontrado no bairro, igreja, clube, família, clube de serviço e serviços de saúde.

O ambiente de trabalho pode funcionar como suporte social, embora, para Rodrigues & Gasparini (1992), normalmente este ambiente se mostre desgastante e as pressões ambientais e das relações no trabalho possam ser fator determinante de doença. Tudo depende, portanto, de como o indivíduo vive sua relação com o trabalho e como este está organizado.

Reconhecer anseios e medos que envolvem “nossos pacientes” e seu modo de enfrentamento permite uma assistência mais eficaz. Esforço contínuo de reflexão sobre a nossa prática pode criar mecanismos de reaproximação com esses indivíduos.

Vários trabalhos internacionais de enfermagem discutem como introduzir e tornar útil à assistência escalas de qualidade de vida, já utilizadas há tempos na pesquisa. O interesse da enfermagem em QOL está baseado no desejo de validar

conhecimento sobre os pacientes, através de experiências de cuidado que possam fazer diferença para o paciente.

Segundo Hinds & Verrichio (1996), em função desse interesse, a enfermagem tem despendido esforços para desenvolver uma descrição conceitual que ajude as enfermeiras na determinação da qualidade de vida dentro da perspectiva do paciente e a mensurarem de forma acurada e aceitável para ele. A experiência clínica tem sido fonte de informação para as enfermeiras e tem revelado a natureza mutante do sentido de qualidade de vida para o paciente.

Algumas questões que se impõem são que: o conhecimento da percepção do que é QOL para o paciente num determinado momento é insuficiente para entender o que é mais significativo para ele; a determinação de QOL, por um indivíduo ou grupos de indivíduos, pode não ser suficiente para guiar o enfermeiro ou outros profissionais de saúde a uma melhor assistência a outros indivíduos (HINDS & VARRICHIO, 1996). Para estas autoras um dos dilemas da enfermagem é quanto à aplicação de instrumentos de QOL. Instrumentos multidimensionais conseguem obter informações mais globais, fornecendo mais subsídios para o planejamento da assistência, porém instrumentos abreviados, que coletam dados de determinados domínios representam menor incômodo para o paciente e menor custo para o sistema de saúde.

Para Oldridge (1997), outro ponto a ser considerado é que as pessoas tendem a tomar decisões sobre cuidados de saúde, com base no impacto dos resultados das

intervenções na sua vida. Decisão quanto à adesão aos tratamentos acontece quando os benefícios são maiores que os custos. Observar dimensões variadas da vida do paciente permite identificar efeitos colaterais da terapia. Mensurações globais sobre QOL podem detectar as alterações provocadas pelo tratamento e indicar intervenções, assim como examinar mais detalhadamente o impacto do mesmo sobre sintomas específicos e funções alteradas pela doença (WENGER et al, 1996).

Na interação com o paciente é importante distinguir a diferença entre percepção de estado de saúde e estado de saúde de fato. Indivíduos com a mesma condição clínica podem ter percepção e grau de satisfação diferentes quanto à própria saúde. Wenger et al (1996) acrescentam que é interessante notar que a avaliação sobre percepção de saúde está forte e independentemente associada a risco de mortalidade e morbidade.

Na enfermagem brasileira o tema QOL ainda está mais voltado para a pesquisa do que para a assistência. Obviamente a pesquisa beneficia a assistência, mas não se vê aplicação direta de escalas de QOL na assistência; entretanto, percebe-se um esforço para aprimorar instrumentos de coleta de dados que dêem conta de avaliar o indivíduo nos seus aspectos biopsicossociais.

A literatura específica de enfermagem traz, desde a década de 40, do século XX, referências a estudos e publicações sobre a preocupação com o conhecimento próprio da enfermagem.

Dentre os vários modelos teóricos propostos, desde então, o planejamento da assistência de enfermagem é assunto de grande interesse. No início as publicações de estudos de casos eram compostas de “histórias da doença, evolução da moléstia, tratamento médico e cuidados de enfermagem” (ROSSI & CASAGRANDE, 2001), baseados sempre no diagnóstico médico. Durante as décadas seguintes, foi surgindo o esforço de romper com o modelo biomédico, de desvincular-se do diagnóstico médico e pensar a assistência baseada no seu próprio conhecimento. Para tanto, era necessário construir seus próprios “roteiros” de avaliação e não mais utilizar critérios médicos de exame físico, voltados para a avaliação do funcionamento corporal.

Hoje dispomos de alguns roteiros de avaliação específicos da enfermagem. Os mais utilizados são o Critério de avaliação por Padrão de Respostas Humanas e o Critério de avaliação por Padrões Funcionais de Saúde (IYER et al, 1993). Entretanto, estes métodos de avaliação suscitam dúvidas e têm sofrido modificações, na tentativa de aprimoramento.

Os Padrões de Respostas Humanas foram criados por teóricos de enfermagem que estudavam os diagnósticos de enfermagem, conforme sua aceitabilidade. Fundamentaram-se no entendimento de que as categorias diagnósticas expressam respostas humanas (CRUZ, 2001). Os nove padrões e suas subcategorias têm sido usados como critério de avaliação e abordam aspectos fisiológicos, psíquicos e sociais.

Os Padrões Funcionais de Saúde, propostos por Gordon apud Cruz (2001) têm sido mais amplamente utilizados, tanto no Brasil como nos Estados Unidos, para estruturarem a coleta de dados e classificarem diagnósticos. Abrangem também aspectos biopsicossociais.

A questão que se apresenta na utilização destes modelos de coleta de dados é: quantos dados realmente precisamos coletar? Quanto tempo dispomos para tanto?

A visão de enfermeiros e alunos de enfermagem é de que o enfermeiro não dispõe de tempo para uma abordagem mais abrangente de seu cliente (SIVIERO et al, 2002) e isto tem gerado tentativas de “facilitar” a coleta, transformando o roteiro em “check list”.

Encontramos, assim, distorções na avaliação de aspectos psíquicos e sociais, impossíveis às vezes de serem transformados em respostas fechadas. Avalia-se porque está escrito que é preciso avaliar, mas falta conhecimento para inferir o que realmente se passa com o cliente e, principalmente, falta conhecimento para determinar quais intervenções prescrever e executar. Porém, o abandono do exame físico tradicional (céfalo-caudal, por sistemas) e a tentativa de abordar mais amplamente as necessidades do paciente representam um avanço na prática de enfermagem.

Se conforme discutimos aqui, a depressão e o estresse estão tão presentes no homem hoje e se são determinantes de várias doenças (inclusive a coronariana, ainda uma das primeiras causas de morte no mundo ocidental), não podemos continuar

direcionando nosso olhar só para as alterações fisiopatológicas. Há necessidade de amplas campanhas de educação para adoção de estilo de vida mais saudável, nas quais o enfermeiro possa e deva estar inserido, mas há também a imposição de aprimoramento de roteiros de avaliação que permitam o diagnóstico e intervenção em aspectos individuais e subjetivos que determinam a saúde mental e a qualidade de vida.

Ao falarmos de qualidade de vida e fatores de risco, outra questão se apresenta: campanhas educativas melhoram necessariamente a qualidade de vida? A percepção sobre qualidade de vida nessa população mostrou tendência mais positiva do que negativa, embora tivessem presente em suas vidas mais que um fator de risco e hábitos nem sempre saudáveis.

Num contexto subjetivo de mensuração de qualidade de vida, aumentar a consciência das pessoas quanto a hábitos saudáveis, pode ter reflexo negativo e não o contrário, já que a culpa e o esforço provocados pela dificuldade de mudança de hábitos podem ser mais danosos do que o próprio hábito.

Ao entrevistarmos sujeitos após um ano de infarto (SIVIERO, 1997), observamos que a prescrição restritiva da terapêutica convencional provocava ansiedade e desesperança. Talvez, se voltarmos a entrevistar estes 33 sujeitos deste estudo daqui a um ano, observemos escores mais baixos nos vários domínios da escala. Agora, após o evento, durante todo o período de reabilitação, estarão sendo bombardeados com informações que visam mudar hábitos, mas que têm antes de

tudo, caráter restritivo, próprio das doenças crônicas. Isto melhorará sua qualidade de vida?

Estas indagações devem estar presentes no trabalho do profissional. Educar para a saúde é complexo e não pode seguir receitas. Mas, como educar sem restringir? Como trabalhar mudanças sem causar mais medo e ansiedade? Entrar em contato com a história de vida de cada um talvez seja um bom começo.

Poderíamos, então, discutir o tempo dedicado pelo profissional a cada paciente/cliente, o número de consultas de cada médico todo dia, a quantidade de atividades que a enfermeira ainda toma para si, acreditando estar cumprindo suas funções. Voltamos, dessa forma, à questão de que melhorar qualidade de vida depende sim de ações individuais, do próprio cliente, mas depende também de ações coletivas (profissionais e políticas), para mudar o sistema de assistência à saúde que está posto.

ANEXOS



ANEXO A

Versão abreviada da escala de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-bref)

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1 = muito ruim	2 = ruim	3 = nem ruim nem boa	4 = boa	5 = muito boa
----------------	----------	----------------------	---------	---------------

2. O quanto satisfeito você está com a sua saúde?

1 = muito insatisfeito	2 = insatisfeito	3 = nem satisfeito nem insatisfeito	4 = satisfeito	5 = muito satisfeito
------------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	----------------------

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = mais ou menos	4 = bastante	5 = extremamente
----------	-----------------	-------------------	--------------	------------------

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = mais ou menos	4 = bastante	5 = extremamente
----------	-----------------	-------------------	--------------	------------------

5. O quanto você aproveita a vida?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = mais ou menos	4 = bastante	5 = extremamente
----------	-----------------	-------------------	--------------	------------------

6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = mais ou menos	4 = bastante	5 = extremamente
----------	-----------------	-------------------	--------------	------------------

7. O quanto você consegue se concentrar?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = mais ou menos	4 = bastante	5 = extremamente
----------	-----------------	-------------------	--------------	------------------

8. O quanto seguro(a) você se sente em sua vida diária?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = mais ou menos	4 = bastante	5 = extremamente
----------	-----------------	-------------------	--------------	------------------

9. O quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = mais ou menos	4 = bastante	5 = extremamente
----------	-----------------	-------------------	--------------	------------------

10. Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = médio	4 = muito	5 = completamente
----------	-----------------	-----------	-----------	-------------------

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = médio	4 = muito	5 = completamente
----------	-----------------	-----------	-----------	-------------------

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = médio	4 = muito	5 = completamente
----------	-----------------	-----------	-----------	-------------------

13. O quanto disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = médio	4 = muito	5 = completamente
----------	-----------------	-----------	-----------	-------------------

14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1 = nada	2 = muito pouco	3 = médio	4 = muito	5 = completamente
----------	-----------------	-----------	-----------	-------------------

15. O quanto bem você é capaz de se locomover?

1 = muito ruim	2 = ruim	3 = nem ruim nem bom	4 = bom	5 = muito bom
----------------	----------	----------------------	---------	---------------

16. O quanto satisfeito você está com o seu sono?

1 = muito insatisfeito	2 = insatisfeito	3 = nem satisfeito nem insatisfeito	4 = satisfeito	5 = muito satisfeito
------------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	----------------------

17. O quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?

1 = muito insatisfeito	2 = insatisfeito	3 = nem satisfeito nem insatisfeito	4 = satisfeito	5 = muito satisfeito
------------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	----------------------

18. O quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

1 = muito insatisfeito	2 = insatisfeito	3 = nem satisfeito nem insatisfeito	4 = satisfeito	5 = muito satisfeito
------------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	----------------------

19. O quanto satisfeito(a) você está consigo mesmo?

1 = muito insatisfeito	2 = insatisfeito	3 = nem satisfeito nem insatisfeito	4 = satisfeito	5 = muito satisfeito
------------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	----------------------

20. O quanto satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1 = muito insatisfeito	2 = insatisfeito	3 = nem satisfeito nem insatisfeito	4 = satisfeito	5 = muito satisfeito
------------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	----------------------

21. O quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

1 = muito insatisfeito	2 = insatisfeito	3 = nem satisfeito nem insatisfeito	4 = satisfeito	5 = muito satisfeito
------------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	----------------------

22. O quanto satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1 = muito insatisfeito	2 = insatisfeito	3 = nem satisfeito nem insatisfeito	4 = satisfeito	5 = muito satisfeito
------------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	----------------------

23. O quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

1 = muito insatisfeito	2 = insatisfeito	3 = nem satisfeito nem insatisfeito	4 = satisfeito	5 = muito satisfeito
------------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	----------------------

24. O quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

1 = muito insatisfeito	2 = insatisfeito	3 = nem satisfeito nem insatisfeito	4 = satisfeito	5 = muito satisfeito
------------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	----------------------

25. O quanto satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

1 = muito insatisfeito	2 = insatisfeito	3 = nem satisfeito nem insatisfeito	4 = satisfeito	5 = muito satisfeito
------------------------	------------------	-------------------------------------	----------------	----------------------

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1 = nunca	2 = alguma vezes	3 = frequentemente	4 = muito frequentemente	5 = sempre
-----------	------------------	--------------------	--------------------------	------------

ANEXO B

Dados de identificação e fatores de risco

Nome _____ Num.:
 Residência : _____

Sexo : Idade : Est.Civil : Escolaridade : Instituição :

Ocupação _____ Infarto Anterior Revascularização Angioplastia
 1 - sim 2 - não

DIAGNÓSTICOS : _____

Peso _____ Altura _____ IMC _____ Colest. _____ LDL _____ HDL _____

Fumo : Tempo Cigarros/dia Parou/tempo Ambiente
 1 sim 2 não 3 às vezes

Histórico Familiar : IAM Obesidade Hipertensão Diabetes

Colesterol : Elevado Tratamento/Remédio Dieta
 1 sim 2 não 3 não sei 4 às vezes/abandonou

Pressão Alta Tratamento Atividade física Probl.Depr.
 1 sim 2 não 3 não sei 4 às vezes/abandonou 1 - não 2 - até 2 x 3 - 3x ou mais 4 - fins sem. 1 sim 2 não 3 não sei 4 às vezes

EVENTOS MARCANTES (BONS OU RUINS)

Aconteceu algum evento nos últimos 12 meses ?
 RUIM 1-SIM 2-NÃO BOM 3-SIM

Espontâneo

Emprego
 Probl. Financeiro
 Relac.Familiar
 Relac. Amigos
 Doença/Óbito

Filhos
 Cônjuge
 Mud.Endereço
 Acidente/Violência
 Outro fato

Provocado

Emprego
 Probl. Financeiro
 Relac.Familiar
 Relac. Amigos
 Doença/Óbito

Filhos
 Cônjuge
 Mud. Endereço
 Acidente/Violência
 Outro fato

Você tem estresse? Como é isso? _____
 Quais suas expectativas p o futuro? _____

ANEXO C

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS SUJEITOS

Prezado Senhor (a)

Tenho a satisfação de convidá-lo a participar de um estudo que servirá para avaliar a qualidade de vida das pessoas que sofreram infarto agudo do miocárdio.

Se o senhor (a) quiser participar do mesmo, deverá responder algumas perguntas sobre sua vida. Também terá liberdade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como para desistir e participar da pesquisa em qualquer momento que desejar.

A sua opinião será de grande valor para podermos pensar no cuidado de saúde a indivíduos infartados e isto não interferirá de forma negativa em seu tratamento.

Como responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em segredo todos os dados confidenciais, bem como indenizá-lo se sofrer algum prejuízo físico ou moral por causa do mesmo.

Assim, se está claro para o senhor (a) a finalidade deste estudo e se concorda em participar dele, peço que assine abaixo.

Meus sinceros agradecimentos por sua colaboração.

Ivana Maria Passini Sodré Siviero

Coren 23.046 – SP

RG 10.207.577 – SSP-SP

Pesquisadora

Sujeito da Pesquisa:

Nome: _____ RG _____

Assinatura _____

ANEXO D

TESTE DE MANN-WHITNEY

domínio 2 x estresse

GRUPO 1	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ESCORED2 1 SIM	19	16,47	313,00
2 NÃO	14	17,71	248,00
TOTAL	33		

teste estatístico

ESCORED2	
Mann-Whitney U	123,000
Wilcoxon W	313,000
Z	-,369
Asymp. Sig. (2-tailed)	,712
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,733 ^a

domínio 2 x eventos ruins

GRUPO 2	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ESCORED2 1 SIM	13	19,23	250,00
2 NÃO	20	15,55	311
TOTAL	33		

teste estatístico

ESCORED2	
Mann-Whitney U	101,000
Wilcoxon W	311,000
Z	-1,081
Asymp. Sig. (2-tailed)	,280
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,298 ^a

domínio 1 x diagnóstico de HAS e DM

GRUPO 3	N	Mean Rank	Sum of Ranks
---------	---	-----------	--------------

ESCORED2	1 SEM	21	18,95	398,00
	2 COM	12	13,58	163,00
	TOTAL	33		

teste estatístico

ESCORED2	
Mann-Whitney U	85,000
Wilcoxon W	163,000
Z	-1,539
Asymp. Sig. (2-tailed)	,124
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,131 ^a

domínio 1 x tabagismo

GRUPO 4	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ESCORED2 1 SIM	18	16,22	292,00
2 NÃO	15	17,93	269,00
TOTAL	33		

Teste estatístico

ESCORED2	
Mann-Whitney U	121,000
Wilcoxon W	292,000
Z	-,508
Asymp. Sig. (2-tailed)	,612
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,630 ^a

domínio 3 x estresse

GRUPO 5	N	Mean Rank	Sum of Ranks
---------	---	-----------	--------------

ESCORED2	1 SIM	19	15,89	302,00
	2 NÃO	14	18,5	259,00
	TOTAL	33		

teste estatístico

ESCORED2	
Mann-Whitney U	112,000
Wilcoxon W	302,000
Z	-,788
Asymp. Sig. (2-tailed)	,431
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,461 ^a

domínio 1 x tabagismo

GRUPO 6	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ESCORED2 1 SIM	14	16,57	232,00
2 NÃO	19	17,32	329,00
TOTAL	33		

Teste estatístico

ESCORED2	
Mann-Whitney U	127,000
Wilcoxon W	232,000
Z	-,229
Asymp. Sig. (2-tailed)	,819
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,843 ^a

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, F. M.; SICHIERI, R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do Município do Rio de Janeiro, RJ. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 5, n. 2, p. 153-63, ago 2002.

ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v.10. n.6 , nov/dez 2000. Disponível em <<http://www.socesp.org.br> > Acesso em: 15 mai 2003.

AUGUSTO, L. G. S. Qualidade de vida: necessidade da sociedade contemporânea. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 27-28, 2000.

BARRETO FILHO, J. A. S. et al. Hipertensão arterial e obesidade: causa secundária ou sinais independentes da síndrome plurimetabólica? **Rev. Bras. Hipertens**, v. 9, n. 2, p.174-184, abr-jun 2002.

BERTOLAMI, M. C. A conexão entre as lipoproteínas e a aterosclerose. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v.10, n. 6, nov/dez 2000. Disponível em <<http://www.socesp.org.br> > Acesso em: 15 mai 2003.

BLOCH, K. V. et al. Socioeconomic aspects of spousal concordance for hypertension, obesity, and smoking in a community of Rio de Janeiro, Brazil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 80, n. 2, feb 2003. Disponível em <<http://www.cardiol.org.br>> Acesso em: 11 jun 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 1996. 20p.

BRONSTEIN, M. Exercício e Obesidade. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n.1, p.111-116, jan/fev. 1996.

BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-77, 2000.

CAMPOS, E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO FILHO, J. e col **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 385 p.

CARDOSO, M.; LUZ, S. R. A doença da alma **Veja**. P. 94-101, 1999.

CASTRO, D. S. **Estresse e Estressores dos familiares de pacientes com Traumatismo Crânio-Encefálico em Terapia Intensiva.** 1999. 144p. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CHIOZZA, L. **Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo.** Campinas: Papirus, 1987. 166p.

COLOMBO, R. C.; AGUILAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Rev Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n.2, p. 68-82, abril 1997.

COLOMBO, R. C. R **Reabilitação no infarto do miocárdio: análise dos comportamentos relacionados a fatores de risco para coronariopatia.** 2000. 319f. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CONN, V. S.; TAYLOR, S. G.; WIMAN, P. Anxiety, Depression, Quality of life and self-care among survivors of myocardial infarction. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 12, p. 321-31, 1991.

CRUZ, D. A. L. M. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T. I. et al . **Sistemas de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. cap. 4, p. 63-84.

DATASUS, 2000. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/informaçõesdesaude>>. Acesso em: 22 de setembro de 2003.

DELGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DRESSLER, W. W.; SANTOS, J. E. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n. 2, Rio de Janeiro, abr/jun 2000. Disponível em < <http://www.scielo.org.br> >. Acesso em: 11 jun 2003.

FALUDI, A. A. ; MASTROCOLLA, M.; BERTOLAMI, C. Atuação do exercício físico sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n.1, p.1-5, jan/fev 1996.

FARAH, O. G. D. **Stress e coping no estudante de graduação em Enfermagem : Investigação e Atuação**. 2001. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FARMER, J. A. et al Risk factors for Coronary Artery Disease. In: BRAUNWALD, E. **Heart Disease : a textbook of Cardiovascular Medicine**, 4 a. ed, Philadelphia:WB Saunders, 1996, cap 14, p. 1125-59.

FIGUEIREDO, M. T. A. A dor no doente fora dos recursos de cura e seu controle por equipe multidisciplinar (Hospice). **Âmbito Hospitalar**, v.8, p.63-7, 1996.

FLECK, M. P. A et al. Aplicação da versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida Abreviado da OMS (WHOQOL - bref). **Rev Saúde Pública**, v. 34, n.2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL – 100). **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n.2, p.198-205, 1999b.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL - 100). **Rev Bras Psiquiatria**, v. 21, n.1, p. 19-28, jan/mar 1999 a.

FLECK, M. P. A. O Instrumento de Avaliação de Qualidade de vida da OMS (WHOQOL – 100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-8, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, ago 2002. Disponível em < <http://www.scielo.org.br> >. Acesso em: 15 mai 2003.

FOLHA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Índice de excesso de peso no Brasil cresce e chega a 40% no sudeste. São Paulo, 6 jul 2003. Folha Mundo, p.A20.

FONSECA, F. A. H. et al. Modificações dos hábitos de vida e outras opções terapêuticas. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, vol. 9, n. 1, jan/fev 1999. Disponível em < <http://www.socesp.org.br> >. Acesso em: 18 out 2001.

FORATTINI, O. P. Qualidade de vida e meio urbano. A cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 75-86, 1991.

FORTI, N.; DIAMENT, J.; GIANINI, S. D. Intervenção terapêutica nas dislipidemias e prevenção de doença aterosclerótica coronária, aspectos práticos clínicos. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 9, n. 1, jan/fev 1999. Disponível em < <http://www.socesp.org.br> >. Acesso em : 13 mar 2002.

GENSINI, G.F.; COMEGLIO, M.; COLELLA, A. Classical risk factors and emerging elements in the risk profile for coronary artery disease. **Eur. Heart J.**, v.19, p. 53-61, 1998. Suppl A.

GIANNINI, S. D. História natural da aterosclerose. . **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 10, n. 6, nov/dez 2000. Disponível em <<http://www.socesp.org.br>>. Acesso em: 15 mai 2003.

GIANNINI, S. D.; FORTI, N.; DIAMENT, J.; SCHOLZ, J. Fatores de risco para coronariopatia. In: **Cardiologia – Atualização e reciclagem**. Org. SOCESP, Rio de Janeiro: Atheneu, 1994, p. 260-67.

GUIMARÃES, A. Cardiopatia coronária. Aspectos epidemiológicos e preventivos. **Arq. Bras. Cardiol.** V. 59, n. 1, p. 5-11, 1992.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. 333 p.

HINDS, P. S.; VARRICHIO, C. G. Quality of life: the nursing perspective. In: **Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials**. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. cap 56, p. 529-33.

Improving public health by more effectively regulating tobacco products. **Rev Panam Salud Publica**, v.11, n.2, p. 128-128, fev 2002.

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, Campos do Jordão, 2002.

ISSA, J. S. Tabagismo como fator de risco na mulher. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n. 6, p. 690-93, nov/dez 1996.

ISSA, J. S.; FRANCISCO, Y. A. Obesidade e doenças cardíacas: Aspectos epidemiológicos e preventivos. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 558-63, set/out 1996.

IYER, P. W. ; TAPTICH, B. J. BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e Diagnóstico em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 325 p.

KALACHE, A. Envelhecimento no contexto internacional. A perspectiva da Organização Mundial de Saúde. **Anais do I Seminário Internacional – Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século**. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados de enfermagem**. Florianópolis: UFSC. Série Enfermagem – REPENSUL, 1994. 116 p.

LERÁRIO, A. C. Diabete melito: aspectos epidemiológicos. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 9, n.5, p. 885-91, set/out 1998.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 9, n.4, jul/ago 1999. Disponível em < <http://www.soces.org.br> >. Acesso em 13 mar 2002.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: Histórico, situação e proposta de modelo teórico. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 541-47, set/out 1996.

LOTUFO, P. A. Doenças cardiovasculares no Brasil: Por que altas taxas de mortalidade entre as mulheres? **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n.6, p. 667-71, nov/dez 1996b.

MAHONEY, L. T. et al. Fatores de risco coronário mensurados na infância e na vida adulta precoce estão associados com calcificação coronária em adultos jovens: o estudo muscatina. **JACC** (Ed. Bras.), v. 2, n.4, p. 28-34, agosto 1996.

MARCOPILO, L. F. e SHIRASSU, M. M. Mortalidade por IAM e pelas demais doenças isquêmicas do coração no Estado de São Paulo 1980-1996. **Arq. Bras. Cardiol**, v.75, n. 1, 2000. Disponível em < <http://www.cardiol.org.br> >. Acesso em: 10 out 2001.

MARTINEZ, T. L. R. ; NOVAZZI, J. P.; VALE, A. A. L. e LEITE, P. F. Obesidade e coração. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n.4, p. 447-51, jul/ago 1996.

MINAYO, M. C. S. ; HARTZ, Z. M. A. ; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde : um debate necessário. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S. Saúde / doença: Uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n. 4, p. 363-81, out/dez 1988.

MIRANDA, A. F. **Estresse ocupacional – inimigo invisível do enfermeiro**. 1998. 189f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MONTGOMERY, S. **Confrontando la depression**. Guia el médico internacional. New York (EUA): Pfizer, 1997.

NETTO, J. R. F.; CHAGAS, A. C. P. ; LUZ, P. L. Síndromes coronárias: avanços na fisiopatologia. **Rev . Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 9, n. 1, jan/fev 1999. Disponível em < <http://www.soces.org.br> >. Acesso em 10 out 2001.

NICOLAU, J. C. et al. Infarto do miocárdio em hipertensos. **Hiperativo**, v. 6, n. 1, p.38-41, jan/mar 1999.

OLDIBRIDGE, N. B. Outcomes assesment in cardiac rehabilitation. **J. Cardiopulmonary Rehabil**, v. 17, p. 179-194, 1997.

ONGARO, S. O doente coronariano e seus dinamismos psíquicos. In: ROMANO, W. (org). **A prática da Psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994. cap.6, p.93-109.

PAFFENBARGER, R. S. et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. **N Engl J Med**, v. 328, p. 538-45, 1993.

PERESTRELLO, D. **Trabalhos escolhidos – Psicologia médica, Psicossomática , Psicanálise**. São Paulo: Atheneu, 1987. 225 p.

PITTA, A. M. F. Qualidade de vida: uma utopia oportuna. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.19-31, 2000.

RABELO, L. M.; MARTINEZ, T. L. R. Dislipidemias. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 8, n. 5, p. 908-11, set/out 1998.

ROCHA, A. D. et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.63-80, 2000.

RODRIGUES, A. L. e GASPARINI, A. Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELO FILHO, J. e col **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 385 p.

ROSS, R. The pathogenesis of atherosclerosis. In: BRRUANWALD, E. **Heart Disease: a textbook of Cardiovascular Medicine**, Philadelphia: W.B.Saunders, 1992. cap.36, p. 1106-24.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de Enfermagem : a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. cap. 3, p. 41-62.

RUSCHEL, P. P. Quando o coração adoce. In: ROMANO, B.W. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994. 172 p.

SCANDINAVIAN SIMVASTATIN SURVIVAL STUDY GROUP. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary artery disease (4s). **Lancet**, v.69, n. 344, p. 1383-9, 1994.

SERRANO JR., C. V.; HEINISCH, R. H.; NICOLAU, J. C. Diabete melito e infarto agudo do miocárdio. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 8, n. 5, p. 996-1003, set/out 1998.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das Representações Sociais de saúde e doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 349-63, jul/set 1993.

SILVA FILHO, H. C. et al. Depressão após infarto do miocárdio. **J. Bras. Psiq.**, v. 48, n. 4, p. 163-67, 1999.

SILVA, M. C. F; FUREGATO, A.R.F; COSTA JÚNIOR, M.L. Depressão: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro. **Revista Latino-Americana**, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.

SILVA, M. A. D. da; SOUZA, A. C. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil – Estudo FRICAS. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 74, n.5, p. 667-75, 1998.

SIQUEIRA, F. P. C. **Estilo de vida e hipertensão**. 2002. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SIVIERO, I. M. P. S. **O indivíduo infartado: a representação do impacto da sua doença**. 1997. 175f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SIVIERO, I. M. P. S.; TOLEDO, V. P.; FRANCO, D. A. S. A motivação do aluno de graduação em enfermagem quanto à implantação do diagnóstico de enfermagem em sua futura prática profissional. **R. Enferm. UERJ**, v.10, n. 2, p. 90-3, mai/ago 2002.

SOUZA, R. C. **Qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas: O caso Ilhéus/BA**. 2000. 122p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

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

STUART, G. W. Respostas emocionais e Transtornos de Humor. In: STUART, G. W. & LARAIA, M. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre : Artmed, 2001. cap. 19, p.380-416.

TIMERMAN, R. S.; SOUZA, M. F .M.; SERRANO, C. V. Aspectos epidemiológicos das doenças cardiovasculares em nosso meio: tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil de 1979 a 1996. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 11, n. 4, jul/ago 2001. Disponível em < <http://www.socesp.br> >. Acesso em : 15 mai 2003.

TREVIZAN, S. D. P. Ciência, meio ambiente e qualidade de vida: uma proposta de pesquisa para uma universidade comprometida com sua comunidade. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 179-86, 2000.

VALADARES, J. C. Qualidade, espaço e habitação humana. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1. p.83-98, 2000.

WENGER, N. K.; NAUGHTON, M. J.; FURBERG, C. D. Cardiovascular disorders. In: **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. cap. 91, p. 883-91.

WILLET, W.C.; DIETZ, W. H.; COLDITZ, G.A. Guidelines for healthy weight. **N. Engl. J. Med.**, v. 341, n. 6, p. 427-33, 1999.

ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing**, v.17, p. 795-800, 1992.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, F. M.; SICHIERI, R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do Município do Rio de Janeiro, RJ. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 5, n. 2, p. 153-63, ago 2002.

ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v.10. n.6 , nov/dez 2000. Disponível em <<http://www.socesp.org.br> > Acesso em: 15 mai 2003.

AUGUSTO, L. G. S. Qualidade de vida: necessidade da sociedade contemporânea. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 27-28, 2000.

BARRETO FILHO, J. A. S. et al. Hipertensão arterial e obesidade: causa secundária ou sinais independentes da síndrome plurimetabólica? **Rev. Bras. Hipertens**, v. 9, n. 2, p.174-184, abr-jun 2002.

BERTOLAMI, M. C. A conexão entre as lipoproteínas e a aterosclerose. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v.10, n. 6, nov/dez 2000. Disponível em <<http://www.socesp.org.br> > Acesso em: 15 mai 2003.

BLOCH, K. V. et al. Socioeconomic aspects of spousal concordance for hypertension, obesity, and smoking in a community of Rio de Janeiro, Brazil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 80, n. 2, feb 2003. Disponível em <<http://www.cardiol.org.br>> Acesso em: 11 jun 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996. 20p.

BRONSTEIN, M. Exercício e Obesidade. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n.1, p.111-116, jan/fev. 1996.

BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-77, 2000.

CAMPOS, E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO FILHO, J. e col **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 385 p.

CARDOSO, M.; LUZ, S. R. A doença da alma **Veja**. P. 94-101, 1999.

CASTRO, D. S. **Estresse e Estressores dos familiares de pacientes com Traumatismo Crânio-Encefálico em Terapia Intensiva**. 1999. 144p. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CHIOZZA, L. **Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo**. Campinas: Papirus, 1987. 166p.

COLOMBO, R. C.; AGUILAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Rev Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n.2, p. 68-82, abril 1997.

COLOMBO, R. C. R. **Reabilitação no infarto do miocárdio: análise dos comportamentos relacionados a fatores de risco para coronariopatia**. 2000. 319f. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CONN, V. S.; TAYLOR, S. G.; WIMAN, P. Anxiety, Depression, Quality of life and self-care among survivors of myocardial infarction. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 12, p. 321-31, 1991.

CRUZ, D. A. L. M. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, T. I. et al . **Sistemas de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. cap. 4, p. 63-84.

DATASUS, 2000. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/informaçõesdesaude>>. Acesso em: 22 de setembro de 2003.

DELGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DRESSLER, W. W.; SANTOS, J. E. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n. 2, Rio de Janeiro, abr/jun 2000. Disponível em < <http://www.scielo.org.br> >. Acesso em: 11 jun 2003.

FALUDI, A. A. ; MASTROCOLLA, M.; BERTOLAMI, C. Atuação do exercício físico sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n.1, p.1-5, jan/fev 1996.

FARAH, O. G. D. **Stress e coping no estudante de graduação em Enfermagem : Investigação e Atuação**. 2001. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FARMER, J. A. et al Risk factors for Coronary Artery Disease. In: BRAUNWALD, E. **Heart Disease : a textbook of Cardiovascular Medicine**, 4 a. ed, Philadelphia:WB Saunders, 1996, cap 14, p. 1125-59.

FIGUEIREDO, M. T. A. A dor no doente fora dos recursos de cura e seu controle por equipe multidisciplinar (Hospice). **Âmbito Hospitalar**, v.8, p.63-7, 1996.

FLECK, M. P. A et al. Aplicação da versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida Abreviado da OMS (WHOQOL - bref). **Rev Saúde Pública**, v. 34, n.2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL – 100). **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n.2, p.198-205, 1999b.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL - 100). **Rev Bras Psiquiatria**, v. 21, n.1, p. 19-28, jan/mar 1999 a.

FLECK, M. P. A. O Instrumento de Avaliação de Qualidade de vida da OMS (WHOQOL – 100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-8, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, ago 2002. Disponível em < <http://www.scielo.org.br> >. Acesso em: 15 mai 2003.

FOLHA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Índice de excesso de peso no Brasil cresce e chega a 40% no sudeste. São Paulo, 6 jul 2003. Folha Mundo, p.A20.

FONSECA, F. A. H. et al. Modificações dos hábitos de vida e outras opções terapêuticas. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, vol. 9, n. 1, jan/fev 1999. Disponível em < <http://www.socesp.org.br> >. Acesso em: 18 out 2001.

FORATTINI, O. P. Qualidade de vida e meio urbano. A cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 75-86, 1991.

FORTI, N.; DIAMENT, J.; GIANINI, S. D. Intervenção terapêutica nas dislipidemias e prevenção de doença aterosclerótica coronária, aspectos práticos clínicos. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 9, n. 1, jan/fev 1999. Disponível em < <http://www.socesp.org.br> >. Acesso em : 13 mar 2002.

GENSINI, G.F.; COMEGLIO, M.; COLELLA, A. Classical risk factors and emerging elements in the risk profile for coronary artery disease. **Eur. Heart J.**, v.19, p. 53-61, 1998. Suppl A.

GIANNINI, S. D. História natural da aterosclerose. . **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 10, n. 6, nov/dez 2000. Disponível em <<http://www.socesp.org.br>>. Acesso em: 15 mai 2003.

GIANNINI, S. D.; FORTI, N.; DIAMENT, J.; SCHOLZ, J. Fatores de risco para coronariopatia. In: **Cardiologia – Atualização e reciclagem**. Org. SOCESP, Rio de Janeiro: Atheneu, 1994, p. 260-67.

GUIMARÃES, A. Cardiopatia coronária. Aspectos epidemiológicos e preventivos. **Arq. Bras. Cardiol**. V. 59, n. 1, p. 5-11, 1992.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. 333 p.

HINDS, P. S.; VARRICHIO, C. G. Quality of life: the nursing perspective. In: **Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials**. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. cap 56, p. 529-33.

Improving public health by more effectively regulating tobacco products. **Rev Panam Salud Publica**, v.11, n.2, p. 128-128, fev 2002.

IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, Campos do Jordão, 2002.

ISSA, J. S. Tabagismo como fator de risco na mulher. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n. 6, p. 690-93, nov/dez 1996.

ISSA, J. S.; FRANCISCO, Y. A. Obesidade e doenças cardíacas: Aspectos epidemiológicos e preventivos. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 558-63, set/out 1996.

IYER, P. W. ; TAPTICH, B. J. BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e Diagnóstico em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 325 p.

KALACHE, A. Envelhecimento no contexto internacional. A perspectiva da Organização Mundial de Saúde. **Anais do I Seminário Internacional – Envelhecimento populacional: uma agenda para o final do século.** Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de Psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed, 1997.

LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados de enfermagem.** Florianópolis: UFSC. Série Enfermagem – REPENSUL, 1994. 116 p.

LERÁRIO, A. C. Diabete melito: aspectos epidemiológicos. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 9, n.5, p. 885-91, set/out 1998.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 9, n.4, jul/ago 1999. Disponível em < <http://www.soces.org.br> >. Acesso em 13 mar 2002.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: Histórico, situação e proposta de modelo teórico. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 541-47, set/out 1996.

LOTUFO, P. A. Doenças cardiovasculares no Brasil: Por que altas taxas de mortalidade entre as mulheres? **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n.6, p. 667-71, nov/dez 1996b.

MAHONEY, L. T. et al. Fatores de risco coronário mensurados na infância e na vida adulta precoce estão associados com calcificação coronária em adultos jovens: o estudo muscatina. **JACC (Ed. Bras.)**, v. 2, n.4, p. 28-34, agosto 1996.

MARCOPILO, L. F. e SHIRASSU, M. M. Mortalidade por IAM e pelas demais doenças isquêmicas do coração no Estado de São Paulo 1980-1996. **Arq. Bras. Cardiol**, v.75, n. 1, 2000. Disponível em < <http://www.cardiol.org.br> >. Acesso em: 10 out 2001.

MARTINEZ, T. L. R. ; NOVAZZI, J. P.; VALE, A. A. L. e LEITE, P. F. Obesidade e coração. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 6, n.4, p. 447-51, jul/ago 1996.

MINAYO, M. C. S. ; HARTZ, Z. M. A. ; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde : um debate necessário. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S. Saúde / doença: Uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n. 4, p. 363-81, out/dez 1988.

MIRANDA, A. F. **Estresse ocupacional – inimigo invisível do enfermeiro**. 1998. 189f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MONTGOMERY, S. **Confrontando la depression**. Guia el médico internacional. New York (EUA): Pfizer, 1997.

NETTO, J. R. F.; CHAGAS, A. C. P. ; LUZ, P. L. Síndromes coronárias: avanços na fisiopatologia. **Rev . Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 9, n. 1, jan/fev 1999. Disponível em < <http://www.soces.org.br> >. Acesso em 10 out 2001.

NICOLAU, J. C. et al. Infarto do miocárdio em hipertensos. **Hiperativo**, v. 6, n. 1, p.38-41, jan/mar 1999.

OLDIBRIDGE, N. B. Outcomes assesment in cardiac rehabilitation. **J. Cardiopulmonary Rehabil**, v. 17, p. 179-194, 1997.

ONGARO, S. O doente coronariano e seus dinamismos psíquicos. In: ROMANO, W. (org). **A prática da Psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994. cap.6, p.93-109.

PAFFENBARGER, R. S. et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. **N Engl J Med**, v. 328, p. 538-45, 1993.

PERESTRELLO, D. **Trabalhos escolhidos – Psicologia médica, Psicossomática , Psicanálise**. São Paulo: Atheneu, 1987. 225 p.

PITTA, A. M. F. Qualidade de vida: uma utopia oportuna. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.19-31, 2000.

RABELO, L. M.; MARTINEZ, T. L. R. Dislipidemias. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 8, n. 5, p. 908-11, set/out 1998.

ROCHA, A. D. et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.63-80, 2000.

RODRIGUES, A. L. e GASPARINI, A. Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELO FILHO, J. e col **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 385 p.

ROSS, R. The pathogenesis of atherosclerosis. In: BRRUANWALD, E. **Heart Disease: a textbook of Cardiovascular Medicine**, Philadelphia: W.B.Saunders, 1992. cap.36, p. 1106-24.

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de Enfermagem : a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. cap. 3, p. 41-62.

RUSCHEL, P. P. Quando o coração adocece. In: ROMANO, B.W. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994. 172 p.

SCANDINAVIAN SIMVASTATIN SURVIVAL STUDY GROUP. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary artery disease (4s). **Lancet**, v.69, n. 344, p. 1383-9, 1994.

SERRANO JR., C. V.; HEINISCH, R. H.; NICOLAU, J. C. Diabete melito e infarto agudo do miocárdio. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 8, n. 5, p. 996-1003, set/out 1998.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das Representações Sociais de saúde e doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 349-63, jul/set 1993.

SILVA FILHO, H. C. et al. Depressão após infarto do miocárdio. **J. Bras. Psiq.**, v. 48, n. 4, p. 163-67, 1999.

SILVA, M. C. F; FUREGATO, A.R.F; COSTA JÚNIOR, M.L. Depressão: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro. **Revista Latino-Americana**, v. 11, n. 1, p. 7-13, 2003.

SILVA, M. A. D. da; SOUZA, A. C. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil – Estudo FRICAS. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 74, n.5, p. 667-75, 1998.

SIQUEIRA, F. P. C. **Estilo de vida e hipertensão**. 2002. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SIVIERO, I. M. P. S. **O indivíduo infartado: a representação do impacto da sua doença.** 1997. 175f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SIVIERO, I. M. P. S.; TOLEDO, V. P.; FRANCO, D. A. S. A motivação do aluno de graduação em enfermagem quanto à implantação do diagnóstico de enfermagem em sua futura prática profissional. **R. Enferm. UERJ**, v.10, n. 2, p. 90-3, mai/ago 2002.

SOUZA, R. C. **Qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas: O caso Ilhéus/BA.** 2000. 122p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

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

STUART, G. W. Respostas emocionais e Transtornos de Humor. In: STUART, G. W. & LARAIA, M. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática.** Porto Alegre : Artmed, 2001. cap. 19, p.380-416.

TIMERMAN, R. S.; SOUZA, M. F .M.; SERRANO, C. V. Aspectos epidemiológicos das doenças cardiovasculares em nosso meio: tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil de 1979 a 1996. **Rev. Soc. Cardiol Estado de São Paulo**, v. 11, n. 4, jul/ago 2001. Disponível em < <http://www.socesp.br> >. Acesso em : 15 mai 2003.

TREVIZAN, S. D. P. Ciência, meio ambiente e qualidade de vida: uma proposta de pesquisa para uma universidade comprometida com sua comunidade. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 179-86, 2000.

VALADARES, J. C. Qualidade, espaço e habitação humana. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1. p.83-98, 2000.

WENGER, N. K.; NAUGHTON, M. J.; FURBERG, C. D. Cardiovascular disorders. In: **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. cap. 91, p. 883-91.

WILLET, W.C.; DIETZ, W. H.; COLDITZ, G.A. Guidelines for healthy weight. **N. Engl. J. Med.**, v. 341, n. 6, p. 427-33, 1999.

ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing**, v.17, p. 795-800, 1992.