

PREVENÇÃO DA DOENÇA CORONÁRIA: PERSPECTIVA PSICOLÓGICA EM UM PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL

Anency Giannotti¹

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia / Secretaria de Estado da Saúde

Um programa multiprofissional de prevenção da doença coronariana foi implantado no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e idealizado em ciclos de palestras com cada profissional de saúde tendo um papel especial de acordo com a sua especialidade. Este artigo apresenta os fatores de risco psicológicos e psicossociais e resume as apresentações da área da Psicologia. Neste relato destaca-se o papel das emoções, stress e dos fatores de risco de modo geral e das dificuldades que as pessoas podem ter e como encontrar maneiras de promover mudanças pessoais para cuidado com a saúde.

Descritores: Distúrbios do coração. Prevenção. Programas. Intervenção psicológica. Grupo multiprofissional.

O Programa Educativo Multiprofissional de Prevenção Secundária da Doença Coronariana foi implantado no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia da Secretaria de Estado da Saúde, constituindo parte de um programa mais amplo chamado “Heart Care Network”. Seus objetivos gerais eram os de propiciar ao paciente com doença arterial coronária um acesso maior ao conhecimento técnico e científico da cardiopatia, promover melhor integração institucional, melhorar a adesão ao tratamento e motivá-los para a prevenção.

¹ Endereço para correspondência: Rua Sampaio Viana, 565 – Apto. 122 - CEP 04004-002. São Paulo, SP. Endereço eletrônico: agiannot@uol.com.br

A doença coronariana geralmente se instala a partir da sexta década de vida e consiste na progressiva obstrução das artérias que irrigam o coração, por depósitos de gordura (aterosclerose), causando insuficiência coronariana, em diferentes graus de isquemia, até a necrose do tecido do músculo cardíaco, podendo causar angina, infarto agudo e morte súbita. A sintomatologia típica, a dor retro esternal denominada “angina pectoris”, pode surgir abruptamente ou de forma insidiosa e é aliviada com medicação específica. A terapêutica médica habitual consiste no tratamento clínico e em métodos invasivos, tais como a cirurgia de revascularização do miocárdio e os procedimentos hemodinâmicos, como a angioplastia e “stent”.

A etiologia multifatorial dessa enfermidade é amplamente reconhecida. Os fatores que alteram sua história natural, isto é, as circunstâncias que aumentam as chances de um indivíduo vir a adquirir a doença ou agravá-la, os chamados fatores de risco, classificam-se, na literatura, em dois níveis. Aqueles em que, potencialmente, o indivíduo pode intervir para modificá-los são a pressão arterial elevada, o aumento do colesterol, dos triglicérides, o hábito de fumar, a vida sedentária e falta de exercício físico, a obesidade, o diabetes e os fatores denominados psicossociais, incluindo o estresse emocional. Os fatores de risco potencialmente não modificáveis são a hereditariedade, isto é, o fato de o indivíduo possuir ancestrais com a enfermidade, o sexo, considerando a predisposição maior em indivíduos do sexo masculino, dependendo da faixa etária, e a própria idade, isto é, a tendência ao seu aparecimento na faixa etária mais avançada.

O presente relato irá focalizar a parte do Programa que aborda os fatores de risco de ordem psicológica e psicossocial.

O Programa foi idealizado com base em um ciclo de palestras, ministradas por profissionais de saúde de diferentes especialidades, integrantes da equipe multiprofissional, tais como o médico cardiologista, psicólogo, enfermeiro, assistente social, professor de educação física e nutricionista.

Além das palestras, o Programa inclui outros procedimentos tais como as dramatizações, onde são simuladas situações de pacientes em tratamento na instituição, e as técnicas de dinâmica de grupo para a discussão de temas

específicos, visando facilitar a aprendizagem e levantamento de dificuldades. Incluem-se também técnicas de relaxamento e procedimentos recreativos, que pretendem facilitar o entrosamento entre os pacientes presentes e a troca de experiências. São utilizados, ainda, recursos áudio-visuais, como slides, transparências e exposição de vídeos.

Os membros da equipe multiprofissional ministram suas palestras tendo como tema a doença coronária e fatores de risco, sob o prisma das áreas de conhecimento que representam. Nesse sentido, o médico cardiologista aborda a anatomia e fisiopatologia da doença coronária, explicitando os fatores de risco e as modalidades de tratamento clínico ou cirúrgico.

Nesta ocasião, os pacientes têm também a oportunidade de, ao levantar algumas questões específicas sobre sua patologia, refletir com o grupo sobre as dúvidas mais comuns.

O enfermeiro também aborda conceitos sobre a anatomia e fisiopatologia da doença arterial coronária, sobre os fatores de risco e tratamento, com destaque para as medidas farmacológicas e não farmacológicas do tratamento da pressão arterial e controle do diabetes. Sua participação engloba também a preparação dos pacientes para o auto-cuidado e para a adesão ao tratamento com supervisão sistematizada.

O professor de educação física explica a importância da atividade física na prevenção, pelos benefícios diretos à circulação e à saúde, e dá orientação específica para a prática de atividade física. Além das aulas teóricas, ensina a relaxar, a verificar a frequência cardíaca em repouso e em exercício, a realizar exercícios de resistência muscular localizada e alongamento. Procura incentivar os pacientes para a prática rotineira e programada de exercícios físicos.

O nutricionista aborda hábitos alimentares saudáveis e prejudiciais, instrumentalizando os pacientes para a redução do colesterol e triglicérides, para o controle do diabetes e da pressão arterial elevada. As inúmeras receitas culinárias alternativas às tradicionais auxiliam os pacientes, apesar da dieta, a tornar saudável e atraente o hábito alimentar.

O assistente social procura ampliar a consciência de direito e de cidadão, do direito à assistência à saúde e informação sobre a doença. Seu papel consiste em incentivar a participação ativa do paciente no processo de seu tratamento, através do acesso às informações e aos recursos públicos de saúde e comunitários existentes, recursos estes médicos, psicológicos, farmacêuticos e laboratoriais.

A participação do psicólogo engloba duas palestras e abrange três aspectos. Sua proposta inicial consiste no convite à reflexão sobre o comportamento e estilo de vida habituais. Procura demonstrar a interrelação entre os aspectos emocionais e as funções corporais. Introduce o conceito de fatores de risco psicológicos e sociais da doença coronária, procurando tornar acessíveis esses conhecimentos, como tratados na literatura, incluindo relatos de pesquisas clínicas com seres humanos e com animais em situação experimental. O stress emocional é abordado dentro de uma perspectiva que engloba a elevação, a curto prazo, dos parâmetros fisiológicos, tais como a pressão arterial, o colesterol e os triglicérides e, a longo prazo, o desenvolvimento progressivo da aterosclerose. Na terceira parte da exposição, propõem-se medidas de prevenção, controle do stress e melhoria da qualidade de vida. São também tratados assuntos relativos às dificuldades habituais de mudar hábitos, atitudes, comportamento e estilo de vida. A ampla experiência clínica com o paciente coronariano possibilita apresentar os mecanismos psicológicos de defesa e fatores de resistência a mudanças de comportamento comumente observados, o que equivale a abordar aspectos tais como, a dificuldade de abandonar o hábito de fumar, fazer dieta e iniciar a prática do exercício físico.

O Programa foi idealizado com base no reconhecimento da necessidade de haver ampla integração entre os profissionais de saúde para a definição de propostas e dos temas a serem desenvolvidos. Isto principalmente porque, embora cada um desenvolva sua temática específica, observa-se grande permeabilidade entre as fronteiras das atribuições profissionais. Nesse sentido, além das reuniões semanais conjuntas para o planejamento de estratégias, pretende-se que todos os representantes das diversas áreas estejam presentes em todas as reuniões com cada grupo, podendo, eventualmente,

participar ativamente das palestras que estão sendo ministradas pelo outro profissional.

Procura-se simplificar ao máximo a linguagem empregada junto aos pacientes, evitando-se a utilização de terminologia técnica e científica, a não ser nos aspectos cuja menção facilite a aprendizagem e o posterior diálogo do paciente com o cardiologista nas consultas, e com os outros profissionais de saúde.

Procura-se, ainda, passar aos pacientes a idéia de que a prevenção não equivale a um modo de vida restrito imposto aos portadores de enfermidade, mas uma opção a um modo de vida saudável, necessário a todas as pessoas. Após as reuniões, com cerca de quatro horas de duração no total, incluindo intervalo, e a participação de dois profissionais diferentes, é servido um lanche com base nutricional e dietética recomendadas.

Em algumas ocasiões, os pacientes são questionados, pelos profissionais, sobre os fatores de risco que apresentam e sua dificuldade em controlá-los. No entanto, procura-se evitar focalizar, colocar em evidência ou deixar de qualquer modo os pacientes expostos perante os demais, em relação a certas dificuldades que possam apresentar, tais como a dificuldade de largar o hábito de fumar e a obesidade, com o fim de obter o controle de seu comportamento. Quando há a participação do cônjuge, as manifestações deste tipo, quando ocorrem, são neutralizadas pela equipe.

Os pacientes em tratamento médico clínico ou cirúrgico na Instituição são convidados a integrar o Programa, mediante convocação por carta. Embora o programa não seja especificamente destinado aos familiares e cônjuges, a participação dos mesmos é deixada à vontade. Em cada convocação, pretende-se incluir cerca de 80 a 100 participantes e são ministradas cerca de 14 palestras, com dois profissionais por encontro. O Programa inicia-se com uma apresentação inaugural e há, também, um encontro de encerramento e avaliação. Nesta primeira ocasião, os pacientes são informados sobre o Programa e suas finalidades, incentivando a participação, sem o caráter de obrigatoriedade. Os profissionais de saúde apresentam-se e explicitam os temas específicos que irão abordar. Nesse dia, também, procura-se estabelecer uma

linha de base sobre os conhecimentos dos pacientes a respeito da enfermidade, dando a oportunidade de os mesmos levantarem questões e expressarem suas dúvidas. Foram elaborados dois questionários a serem respondidos pelos pacientes, antes e depois da realização do Programa, que, ainda em fase experimental, têm a finalidade de avaliar seu alcance e eficácia, em termos de ampliação de conhecimentos e possíveis mudanças de atitudes, de comportamento e estilo de vida.

A grosso modo, pode-se dizer que a maioria dos pacientes pertence à classe sócio-econômica de baixo ou médio poder aquisitivo. Apenas alguns pertencem à classe de maior poder aquisitivo.

A originalidade desta abordagem está na ampliação dos horizontes do modelo de atendimento tradicional. O desenvolvimento progressivo de novos medicamentos e procedimentos terapêuticos sofisticados, apesar do seu importante papel no controle da morbidade e mortalidade da doença arterial coronária, não atinge os fatores causais da enfermidade, de etiologia multifatorial. É possível, assim, divulgar conhecimentos, além da medicina, de outras especialidades na área da saúde, que se desenvolvem nos hospitais, cujo produto e sua utilidade só raramente são acessíveis à população. Além disso, o contato direto com os profissionais, incluindo o médico em particular, faz com que os mesmos sejam menos idealizados e percebidos como mais acessíveis, possibilitando que os pacientes se sintam mais à vontade para esclarecer dúvidas e tenham uma participação mais ativa no seu tratamento. O aspecto mais importante, no entanto, a meu ver, está na originalidade metodológica: a proposta de um modelo psicossomático de atuação multiprofissional, voltado à saúde e tratamento de doenças orgânicas.

No que tange ao exercício da Psicologia nas instituições médicas ou da Psicologia Hospitalar, o Programa representa também uma alternativa viável, ainda que se considere as limitações de um programa de método predominantemente educativo, já que não é possível utilizar, nestes contextos, os modelos de atendimento psicológico individual disponíveis para a prática clínica. A metodologia tradicional de consultório e a psicoterapia analítica à longo prazo possibilitariam o atendimento de um número reduzido de paci-

entes e por muito tempo. Essa e outras questões, cujo assunto é de grande relevância para os psicólogos que vêm progressivamente ingressando nas instituições médicas, foram abordadas por mim em várias ocasiões e por outros autores.

O objetivo deste relato é apresentar o conteúdo específico do Programa de prevenção psicológica da doença coronariana, idealizado para o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Optou-se, para maior clareza, por transcrevê-lo na forma como o assunto é desenvolvido nos encontros com os pacientes, que será, a seguir, ilustrado.

Transcrição das apresentações da área de Psicologia que integra o Programa de Prevenção Secundária da Doença Coronariana

“O objetivo do nosso encontro é refletir, é pensarmos juntos, é trocarmos experiências sobre o que chamamos de fatores emocionais que causam a enfermidade, que os senhores e senhoras possuem: a doença coronariana”. Em outras palavras, vamos refletir sobre as atitudes, hábitos do nosso dia a dia, nosso comportamento, nosso estilo de vida, que podem provocar ou contribuir para o agravamento da doença cardíaca.

Nesse aspecto, vou apresentar as pesquisas em Psicologia, o que os cientistas vêm descobrindo sobre os estados emocionais, sobre a maneira como nos comportamos, que podem provocar a doença. Vamos falar sobre o que é o stress e outros fatores de risco psicológico e como prevení-lo.

Vamos falar também sobre mudanças. As modificações que podemos fazer em nossa vida para prevenir a enfermidade. A maneira como as pessoas levam a vida, como se comportam diante de situações, certos hábitos do nosso dia a dia, que não sabemos que são prejudiciais ou que não percebemos que fazemos, que vão, aos poucos, causando danos ao nosso coração. A maioria dos senhores já ouviu falar que o *stress* ou que o ‘nervoso’ pode prejudicar o coração. Outros nunca ouviram falar. Os senhores e senhoras podem não saber exatamente o que é o *stress*. E o que é muito importante: não é qualquer ‘nervoso’ que causa problemas ao coração. É muito comum

as pessoas considerarem que o paciente cardíaco não pode passar ‘nervoso’. O médico pode falar para evitar situações de . Será que a gente pode evitar? Como evitar? Os senhores e senhoras já ouviram falar que cigarro faz mal para o coração e causa uma série de outras doenças, mas sabem que não é fácil conseguir parar de fumar. Por que será? Muitas pessoas não conseguem fazer dieta, praticar exercícios físicos, mesmo sabendo que é necessário. Nós vamos, desse modo, falar também sobre mudanças, porque é difícil fazer mudanças, mudanças de hábito, de estilo de vida e o que é necessário para adotar um comportamento mais saudável e compatível com as necessidades de seus corações.

Como eu disse, não é qualquer ‘nervoso’ que pode causar ou agravar o problema cardíaco e nós vamos ver, desse modo, o que os pesquisadores falam sobre isso.

Sabemos que há uma relação entre nossa mente e nosso corpo. Nosso estado emocional provoca mudanças em nosso corpo e, em algumas ocasiões, pode produzir doenças. Quando choramos, vivenciamos um estado emocional de tristeza, que produz alterações no nosso corpo, tais como as lágrimas, a aceleração dos batimentos cardíacos e a elevação da pressão arterial. Assim, as lágrimas, a aceleração do coração e o aumento da pressão são o efeito do nosso estado emocional sobre o corpo.

Nosso estado emocional, assim como outros fatores tais como a atividade física, podem provocar graus extremos de alterações dos batimentos cardíacos, sem provocar doenças no coração normal.

Sentimentos de raiva, ansiedade, medo ou um susto que levamos podem acelerar o coração. Sentimentos de abandono, tristeza, desesperança diminuem nosso ritmo cardíaco. Essas reações são normais. Todos nós passamos por isso sem perceber.

As emoções fazem parte da nossa vida, sejam elas boas, prazerosas ou difíceis de serem vivenciadas. Não há, pois, como evitá-las.

Algumas emoções, no entanto, a maneira como levamos a vida, a maneira como nos comportamos, como reagimos às situações podem provocar doenças em nosso corpo.

Há dois tipos de pesquisas sobre os fatores psicológicos que podem causar ou agravar a doença coronariana. Há aquelas que mostram que determinados estados emocionais extremos podem provocar infarto e morte. Há também estudos que mostram que os fatores psicológicos e o stress atuam através dos outros fatores de risco. Isto é, de imediato, à curto prazo, podem elevar o colesterol, os triglicérides, a pressão arterial, e mais tarde, à longo prazo, produzem a aterosclerose, que os senhores e senhoras já sabem o que são, as tais das placas de gordura que entopem as artérias que levam sangue ao coração.

O que são fatores de risco da doença coronária? Como já foi explicado anteriormente pelos outros profissionais, são as circunstâncias que aumentam as chances, a propensão para a doença coronária, contribuindo para seu agravamento. Em outras palavras, aumentam as chances de ter o problema cardíaco ou do agravamento da doença. A doença coronária é multifatorial, como a gente chama, isto é, vários são os fatores de risco.

Quais são os fatores de risco da doença coronária? Entre aqueles que teoricamente podem ser controláveis está a hipertensão ou pressão alta, o colesterol, os triglicérides, o hábito de fumar, o diabetes, a falta de exercício físico, a obesidade, a alimentação inadequada e o stress. Entre aqueles não controláveis está a hereditariedade, o sexo e a idade. Isto é, quem tem parentes com essa enfermidade tem maior propensão a adquiri-la. Quanto ao sexo, os homens são mais propensos que as mulheres, até a menopausa da mulher. Depois disso, as chances são iguais para ambos. E, por fim, a idade. O avançar da idade aumenta o risco da doença. Assim, os primeiros são os mais controláveis, o que significa que podemos fazer mudanças. Já, quanto aos últimos, nada se pode fazer.

Assim, como dizia, o stress é um dos fatores de risco da doença coronária. Alguns estudos demonstram sua influência direta sobre as coronárias, já outros sua influência sobre os fatores de risco. Em outras palavras, há pesquisas que mostram que situações de grande impacto podem provocar a doença cardíaca. Por outro lado, há também pesquisas que mostram que o stress e outros fatores psicológicos podem, à curto prazo, elevar o colesterol,

a pressão, os triglicérides, etc, e, progressivamente, isto é, aos poucos, ir produzindo a aterosclerose.

A fim de entender melhor o que estou dizendo, é fácil compreender que não é possível provocar grande stress nas pessoas só para fazer pesquisas, por essa razão, os cientistas usam animais. Estudos feitos com animais em laboratório mostram o elo entre o cérebro, isto é, a mente e o coração. Os cientistas utilizaram pombos, por exemplo, e para produzir stress, paralisaram a musculatura desses animais, de tal forma que eles não podiam se mexer e isso impedia que eles evitassem choques elétricos constantes que foram aplicados, para verificar seu efeito. Os cientistas observaram que o intenso stress provocava a morte ou um grande dano ao coração destes animais, depois de 48 horas.

Há outras observações realizadas pelos cientistas. As guerras são situações de grande e contínuo stress, não é verdade? Na guerra da Coréia, nas autópsias, isto é, no exame dos corpos dos soldados americanos muito jovens, com idade média de 22 anos, foram encontradas lesões coronarianas em 77% dos casos. Isto é, uma situação de grande stress pode provocar aterosclerose, independentemente dos outros fatores de risco. É claro que não estamos em guerra e esta é uma situação extrema. Outros estudos mostram que a elevação da pressão, da taxa de colesterol e de triglicérides são as respostas do nosso corpo às emoções e pode ser uma reação normal. Essas taxas, por exemplo, aumentam em estudantes às vésperas de um exame importante, comparadas às de depois do exame. O mesmo pode ocorrer em pacientes hospitalizados, assim que é comunicada a necessidade de realização de uma cirurgia grave, comparadas às taxas anteriores ao recebimento da notícia. O mesmo pode ocorrer, ainda, em indivíduos que são submetidos a entrevistas estressantes ou com lembranças que mobilizam neles forte carga emocional, ou em pessoas que exercem profissões que exigem atividade contínua e decisões importantes.

Assim, estou dizendo que os fatores de risco, isto é, a hipertensão, o hábito de fumar, a obesidade, o diabetes, o colesterol e os triglicérides elevados são a resposta do nosso corpo, do nosso organismo, ao que acontece

na nossa mente. As nossas questões pessoais não resolvidas manifestam-se no nosso corpo, com a elevação dos fatores de risco.

Há alguns raros casos de pacientes que dizem que não têm fator de risco e não sabem porque ficaram doentes do coração. De certa forma, se há doença coronária, há ou houve stress. Além disso, segundo essas pesquisas, podemos dizer que se há fator de risco há *stress*. Determinadas condições, no entanto, de *stress* constante, podem tornar as taxas permanentemente elevadas.

Há dois tipos de *stress*, o chamado crônico e o agudo. O *stress* crônico, permanente, eleva os parâmetros fisiológicos, isto é, os fatores de risco, produzindo a aterosclerose. O *stress* agudo refere-se às situações de grande impacto, que, como já vimos, também podem obstruir as artérias.

Dessa forma, com cuidados, com tratamento, controlando a pressão, o stress, fazendo exercício e dieta adequada, parando de fumar e mudando o estilo de vida, é possível controlar a progressão da aterosclerose e o infarto. Como prevenir o *stress* veremos mais adiante. É importante salientar que, mesmo depois do primeiro infarto ou da cirurgia que remove a obstrução, o problema não desaparece por completo, porque os fatores de risco continuam atuando.

O que é o stress e como evitá-lo?

O *stress* é o mais popularmente conhecido fator de risco psicológico da doença coronariana, mas, como já disse, ele é um dos fatores. Há outros fatores psicológicos responsáveis pelo aparecimento da aterosclerose. Sobre os outros fatores, falaremos depois.

O *stress* é, de fato, comum a todas as pessoas e passar por *stress* é normal. Não há quem não tenha na vida vivenciado um certo grau de *stress*. Ele pode ser definido como um estado de tensão, de pressão, de desgaste, provocado por situações da vida diária. Passar por stress requer adaptação, isto é, nosso organismo fica em estado de alerta, e nos obriga a estarmos preparados para reagir. Diz o ditado que nós não passamos duas vezes pelas águas do mesmo rio. Podemos pensar que o rio é o mesmo, mas suas águas nunca são as mesmas. Assim é nossa vida, está sujeita a constantes mudan-

ças, que mobilizam nossos mecanismos de defesa, nosso estado de alerta. É a pressa, o trânsito da cidade, a falta de tempo, o excesso de trabalho, a falta de trabalho, a perda de pessoas, por morte ou separação, e até as emoções prazerosas, que causam júbilo. Sempre nos defrontamos com situações novas, desconhecidas e inesperadas, sejam elas percebidas como boas ou más, as nossas alegrias, as nossas frustrações e decepções, que nos obrigam a termos novos padrões de respostas, novas maneiras de reagir.

Há situações que ampliam nosso espaço significativo, como um casamento, o nascimento de um filho, de um neto, um novo emprego ou a promoção no mesmo e situações que produzem uma redução do nosso universo, diminuem nosso espaço, tais como a perda de uma pessoa, da saúde, a separação, a morte, nossas decepções e frustrações cotidianas.

Os cientistas fizeram observações em animais e seres humanos, em situações de laboratório, ou observando como as pessoas se comportavam, no seu dia a dia. Em animais, em situações que teoricamente deveriam causar ‘medo’ ou ‘raiva’, tais como um choque elétrico constante, os pesquisadores descobriram que havia a mobilização de mecanismos de adaptação, de defesa, com modificações corporais, que os preparavam para agir, para o ataque ou fuga. Havia a liberação, no sangue, de substâncias tais como a adrenalina, havia a aceleração dos batimentos cardíacos, elevação da pressão arterial, entre outras reações. Estas situações geravam um estado de alerta que foi definido como a Síndrome Geral de Adaptação.

Segundo o autor de *stress*, a falha nesse mecanismo de adaptação pode provocar doenças. Para ele, o segredo da saúde e felicidade reside no ajustamento bem sucedido às condições deste mundo, em constantes mudanças, em perpétuo processo de modificação.

O *stress* é então o desgaste provocado pela vida. É a pressa, a falta de tempo, o trânsito, o excesso de trabalho, a alegria, o amor e a paixão.

Uma mesma experiência, no entanto, pode ser revigorante, revitalizadora para uma pessoa e provocar doença em outra. A vivência de situações novas pode representar a oportunidade para a pessoa modificar-se, progredir, pode ser uma chance para o seu crescimento emocional, ou pode produzir

doenças. O *stress* produz doenças quando há falha nesse sistema de adaptação, nas nossas defesas. Por essa razão ficamos doentes. Os senhores e senhoras já repararam que muitas vezes ficamos gripados, quando estamos tristes?

As conseqüências do *stress* repetido são os sintomas do *stress*, tais como o cansaço, a irritabilidade, a depressão, a insônia, a redução da resistência física e as doenças.

A resultante desse mau ajuste ao *stress* da vida é a elevação da pressão, do colesterol, dos triglicérides, é fumar, é beber em excesso, é comer demais, para compensar frustrações e decepções. À curto prazo, há um aumento progressivo da aterosclerose e, a longo prazo, o surgimento da doença coronária.

Por essa razão os senhores e senhoras estão aqui, para saber como prevení-lo.

Aprofundando a questão, se o *stress* é comum a todas as pessoas, ele faz parte do nosso cotidiano, porque algumas pessoas adquirem a doença coronariana e outras não? Há uma predisposição individual. A diferença está na maneira como as pessoas reagem ao *stress*, como elas se comportam diante de situações, como levam a vida.

Há também fatores ligados ao ambiente, à sociedade em que a pessoa vive. Os índios por exemplo, não costumam ter doença coronária. A doença coronariana, nos Estados Unidos, é a doença de executivos, pessoas que trabalham demais e têm que tomar muitas decisões. Certos comportamentos ligados ao estilo de vida, tais como o consumo excessivo de alimentos gordurosos, a falta de exercício, o hábito de fumar, são socialmente incentivados ou estão associados aos hábitos comunitários. Assim entram em jogo os fatores emocionais da pessoa e os do ambiente em que vive, combinados.

Vamos agora falar sobre o que mais as pesquisas revelam.

A maioria das pessoas que tem doença coronária tem uma concepção sobre algum tipo de fator emocional que levou à aquisição da enfermidade. Em geral, os pacientes têm alguma hipótese, uma intuição ou uma fantasia sobre a causa da enfermidade. Nos questionários que os senhores e senhoras

responderam, antes de iniciarem o Programa, cerca de 70% dos senhores consideraram que determinadas vivências, de forte carga emocional, foram as responsáveis pelo aparecimento da doença. Pois há autores que consideram que essa concepção sobre a causa da enfermidade está relacionada ao que realmente ocorreu. Outros pesquisadores, analisando 170 casos, descobriram que o infarto com morte havia ocorrido durante ou logo após essas pessoas terem vivenciado experiências emocionais intensas. Eram situações de pesar e aflições intensos, de ameaça ou de perda de pessoas importantes, por situações de injúria, de difamação ou de humilhação pública.

O coração, do ponto de vista orgânico, nada mais é que um músculo que faz bombear o sangue e fazê-lo funcionar sob pressão, e tão importante quanto a maioria dos outros órgãos do corpo. Do ponto de vista psicológico, no entanto, atribuímos uma série de significados simbólicos ao mesmo. Nossa linguagem é plena de expressões que revelam esse significado, tais como “prepare seu coração para enfrentar...” “O que aconteceu partiu meu coração”. O mesmo ocorre com outros órgãos do nosso corpo, na expressão “é necessário ter estômago para agüentar isso”, etc. O coração, em particular, é associado ao amor e considerado a sede dos nossos estados emocionais, de tal forma que uma lesão no músculo cardíaco “é um machucado no coração”.

Estamos dizendo isso para que compreendam melhor o que acontece no íntimo de cada um dos senhores e senhoras, para que possamos juntos, posteriormente, analisar as possíveis situações de risco e como fazer prevenção.

Outra linha de estudos abrange o chamado padrão A de comportamento. Os cientistas dos Estados Unidos observaram as características de personalidade das pessoas que tinha doença coronária e com base nessa observação formularam uma hipótese de como o paciente cardíaco seria. Depois, escolheram na população as pessoas que tinham essas características e as que não tinham. As que tinham essas características classificaram como pertencentes ao padrão A de comportamento e, as que não tinham, classificaram como pertencentes ao padrão B de comportamento. Esperaram cerca de 20 anos, e verificaram quais tinham adquirido a enfermidade e quais não ti-

nham e compararam com a classificação. Assim, comprovaram que essas características eram típicas do doente coronariano. Eles observaram que estas eram pessoas muito ambiciosas. Eram pessoas que, em sua vida, propunham-se a metas constantes e inalcançáveis, gerando uma permanente insatisfação. A vida, para elas, era uma corrida de obstáculos, que não terminava nunca. Eram pessoas com ambição de poder, de prestígio, que se “cobravam” muito, que exigiam muito de si. Era também o traço de pessoas com sobrecarga de trabalho ou atribuições de grandes responsabilidades.

Outra característica do Padrão A de comportamento era a competitividade acentuada. Eram pessoas que procuravam se sobressair, cuja meta de vencer na vida era um traço marcante de sua personalidade. Outro aspecto era o senso de urgência de tempo acentuado. Eram pessoas que se sentiam pressionadas a realizar tarefas o mais rapidamente possível. Viviam com pressa e a obsessão pelo tempo era uma constante. Eram também pessoas com traço marcante de agressividade, quer de forma expressa ou contida, que agüentavam muito até explodir ou que permaneciam irritadas e impacientes, muitas vezes, sem nem se darem conta dessas reações.

Há estudos, também, que mostram que a pressão alta, o colesterol e os triglicérides elevados são encontrados em pessoas com dificuldades de expressar a agressividade ou de entrar em contato com seus aspectos agressivos, negando sua percepção. Em outras palavras, nem percebem que são agressivos, que estão irritados e impacientes.

As pessoas pertencentes ao padrão B de comportamento, inversamente, são mais moderadas, calmas e tranqüilas. Assim, os senhores e senhoras agora podem vislumbrar outros aspectos para prevenir o agravamento da enfermidade cardíaca e que tipo de comportamento e de estilo de vida podem fazer mal para o coração.

Outros estudos ainda descrevem como prejudiciais ao aparelho cardiovascular, a maneira como certas pessoas reagem às situações de decepção que possam vivenciar. Todos nós, em algum momento de nossa vida, podemos ter vivenciado o desejo de morrer, por qualquer razão, diante de intensas frustrações e perdas. No processo de elaboração do luto de pessoas que

perdemos, por exemplo, faz parte a vivência do desejo de ir embora com aquela que nos deixou. Os senhores conhecem a história do velhinho que perde a esposa e, não vendo mais sentido na vida, vem a morrer logo depois. No entanto, esse desejo de morte pode e deve ser passageiro e, sob certas circunstâncias, pode ser uma reação normal. Todos nós passamos por perdas e separações, mas a persistência nessas reações, a depressão resultante, pode contribuir para que possamos dar cabo de nossa vida, através da doença coronária. A pessoa que está nessa situação não vê saída para a vida e não se dá conta que esta vivência sem perspectiva pode ser momentânea. Está implícito aqui um comportamento autodestrutivo, que muitas vezes pode não ser consciente. Por outro lado, há também situações cujo desejo de morte ou comportamento autodestrutivo aparece mascarado ou encoberto. É o caso do hábito de fumar. No ato de fumar a pessoa inspira o gás carbônico que é um veneno, ao invés de inspirar o oxigênio necessário para nutrir nosso pulmão e nosso organismo. Mas há outros comportamentos que, em certas ocasiões, podem ser autodestrutivos tais como, a ingestão de alimentos gordurosos, que fazem mal para o coração, a recusa do tratamento médico e até mesmo o relacionamento com pessoas sabidamente nocivas, das quais não conseguimos nos desvencilhar. Todas as opções que nos debilitam física ou emocionalmente são autodestrutivas.

O próprio infarto, se pensarmos bem, é uma espécie de suicídio inconsciente, pois corresponde à necrose, ou à morte do tecido de parte do músculo cardíaco. Por essa razão, muitas pessoas que sofreram infarto dizem que mudaram de vida, após se conscientizarem do que estavam fazendo à sua saúde.

Com tudo isso, quer dizer que a doença cardíaca não é um acontecimento na vida dos senhores, que aparece sem que percebam, um transtorno que cai sobre a cabeça e perante o qual nada se pode fazer.

Uma pessoa que quer fazer mais do que pode, está brigando consigo, não está respeitando seus limites. As enfermidades não acontecem por acaso e, quer conscientemente ou inconscientemente, isto é, sem percebermos, podemos ter contribuído, de alguma forma, para as doenças que adquirimos.

Pessoas que sofreram infarto mudaram de vida e a doença representou uma advertência de que elas não estavam se cuidando. Considerando que os fatores de risco atingem todas as pessoas da população em geral, num certo sentido, os senhores estão em melhores condições que elas, pois os senhores sabem o que possuem e podem fazer prevenção.

Nós vamos passar agora a tratar da prevenção. De que maneira pode prevenir o stress e outros fatores de risco psicológico da doença coronária. Como podemos minimizar a progressão da enfermidade.

Em primeiro lugar, é necessário refletir e observar como os senhores e senhoras têm levado a vida. Nós raramente paramos para pensar. Os senhores e senhoras podem começar a ficar atentos à maneira como se comportam e porquê. Em que ocasiões têm mais vontade de fumar ou 'assaltar a geladeira'. Se vivem apressados e o que causa stress. O que acontece que não conseguem controlar o colesterol ou a pressão. Porque não conseguem fazer exercícios rotineiramente? Os senhores devem parar para refletir sobre isso. Depois, é necessário definir metas; o que é preciso mudar? O que acham que precisariam mudar para prevenir o agravamento da enfermidade. É necessário dedicarem-se à mudança como algo importante. As mudanças exigem disciplina e seriedade.

Em segundo lugar, devem se propor a melhorar a qualidade de vida. O que é isto? É: não trabalhar demais, diminuir a pressa, o excesso de compromissos e dedicar-se ao lazer, fazer uma coisa de cada vez e evitar preocupações desnecessárias. Pensar no que significam os acontecimentos no futuro, pois provavelmente não terão o mesmo peso e significado atual. Procurem identificar o que os deixa tensos e irritados. Procurem afastar-se de situações perturbadoras, porque se a situação os perturbou muito, provavelmente não poderão resolvê-la no momento e, com mais calma, poderão avaliá-la melhor. As caminhadas, além do benefício ao aparelho circulatório, são excelentes meios de redução do stress. Quando se sentirem perturbados, saiam para caminhar e só retornem quando notarem que estão mais tranquilos. Muitas de nossas tensões se manifestam em nosso corpo pela contração da musculatura. Assim, façam o caminho inverso e procurem relaxar. Nem

sempre querer é poder e muitas vezes desperdiçamos tempo e energia em sonhos impossíveis. Verifiquem se suas metas são realizáveis. Procurem viver em harmonia com o ambiente e com a realidade. Tenham respeito por si e pelo seu corpo e procurem levar uma vida prazerosa, gostosa e saudável.

Outro aspecto é saber que levar uma vida tranqüila não é o mesmo que evitar problemas. Se, como já dissemos, não vivemos sem *stress*, se o *stress* faz parte da nossa vida, se todos vivemos situações de tensão, de preocupação, exigências do dia a dia, no trabalho, em casa, nos relacionamentos com as pessoas, se não podemos eliminar o *stress* de nossa vida, devemos administrá-lo. Os senhores conhecem aquele bicho avestruz que, em situações de perigo, enfia a cabeça embaixo da terra, para não ver o que acontece? Pois as pessoas podem fazer isso. Não querem ver o que acontece. O senso popular entende que o paciente cardíaco não pode passar nervoso ou emoções fortes. Emocionar-se ou cuidar de si não é ficar alheio ao que acontece. É impossível não reagirmos às situações do nosso cotidiano. Sempre reagimos, mesmo fazendo de conta que não. Ademais, ficar alheia deixa a pessoa despreparada para as dificuldades cotidianas, o que faz com que levem um grande impacto quando se deparam com a realidade. Emocionar-se equívale a estar vivo e as experiências podem ser emocionalmente fortalecedoras.

Outro aspecto é o de que não devemos responsabilizar os outros ou a vida pelas nossas adversidades. Não devemos achar que ficamos doentes por causa dos outros. Alguns pacientes cardíacos ficam revoltados, por considerar que a enfermidade surgiu em decorrência de problemas causados, quer pelas outras pessoas, quer por determinada circunstância de sua vida pessoal, perante os quais não puderam fazer nada para evitar, sentindo-se vitimados. São os problemas financeiros, as irritações constantes da esposa ou do cônjuge, as provocações do vizinho, do inquilino, do proprietário ou a morte ou separação de alguém. É necessário lembrar que os reveses são comuns a todos e nem todas as pessoas que passam por essas situações adquirem a doença cardíaca. Cada pessoa é responsável pelos seus atos e se alguém pode causar doenças em si, esse alguém é ele mesmo. Achamos que os outros ou as circunstâncias foram as responsáveis, não nos damos conta do que podemos fazer por nós mesmos. Culpar alguém é escapar da nossa responsabili-

dade nesse processo. É fundamental que se analise a maneira como lidamos com essas situações adversas, e responsabilizar os outros ou a vida não leva a lugar nenhum.

Outro aspecto, ainda, é o de que devemos ficar atentos a situações críticas ou crônicas, associadas ao desejo de morte. Se porventura passarem por um período difícil e se sentirem desorganizados, desmotivados e melancólicos e se essas reações persistirem, os senhores devem procurar ajuda do psicólogo. Se mantiverem um comportamento autodestrutivo, não conseguindo modificá-lo, devem procurar ajuda.

O trabalho com o psicólogo consiste em promover o autoconhecimento e esse autoconhecimento tem um valor terapêutico.

As pessoas têm muito preconceito em relação à psicoterapia, pois acham que é coisa para loucos ou fracos, o que não é verdade. Nós não gostamos de sentir que não temos o controle sobre nosso íntimo e nossas emoções. Poucas são as pessoas que procuram este procedimento. Mas os senhores já pensaram quantas vezes procuramos o médico? Logo ao nascimento consultamos o pediatra, apenas para ver se estava tudo bem, e ninguém acha anormal. Quantas vezes, porém, procuramos o psicólogo para saber como vai a nossa mente? A gente é capaz até de encarar com certo desprezo as pessoas que fazem psicoterapia e isto impede que os senhores possam se beneficiar da mesma. A psicoterapia é um procedimento que promove um autoconhecimento de atitudes e comportamentos que podem ser prejudiciais e nem percebemos.

Nós, aqui no Instituto Dante Pazzanese, dispomos de um serviço de atendimento psicológico e todos os pacientes podem procurá-lo espontaneamente, não sendo necessário o encaminhamento de qualquer profissional.

Outro aspecto é empenhar-se em modificar os fatores de risco mais controláveis, que os senhores e senhoras podem ter uma influência mais direta, já que a hereditariedade, o sexo e idade não se pode mudar. Quais são eles? O hábito de fumar, a vida sedentária, a alimentação adequada, o controle do stress, da pressão, da obesidade.

Outro aspecto ainda é cumprir o tratamento médico. O não cumprimento do tratamento médico é também uma espécie de fator de risco da doença coronariana.

É necessário lembrar que o tratamento não termina quando acaba a caixa de remédios. Pode ocorrer que o médico não acerte de imediato a medicação para o seu caso e é necessário mudá-la. Não existem milagres. Se acha que não se deu bem com a medicação, não deve abandonar o tratamento, mas conversar com o médico. Muitos pacientes não compreendem o que seja o acompanhamento clínico. O paciente vem às consultas e o médico não mudou a medicação, faz sempre os mesmos exames e diz que está tudo bem e o paciente, não entendendo bem o significado desse acompanhamento da evolução da enfermidade, abandona o tratamento ou a medicação. Outro caso é do paciente que não toma direito o remédio e não conta para o médico. O médico passa a questionar o efeito da medicação. Os fatores mais comuns que levam à não adesão ao tratamento são o desconhecimento da doença e sua necessidade, a ausência de sintomas, a rejeição do diagnóstico, a desconfiança da qualificação do profissional ou da terapêutica indicada e duração prolongada do tratamento na doença crônica.

A omissão da informação sobre a não adesão ao tratamento representa um prejuízo na qualidade da comunicação da relação médico-paciente.

É necessário saber que a enfermidade é crônica e o não-tratamento implica no agravamento da mesma, com progressiva incapacidade física até a morte e concomitante piora da qualidade de vida. Muitas vezes, quando o paciente resolve voltar ao tratamento, a moléstia já se agravou consideravelmente. O paciente que não se trata vive a ilusão de que a enfermidade não progredirá. O mesmo poderia ser dito em relação à dieta, o controle do stress, a atividade física, o hábito de fumar, o tratamento do diabetes, da hipertensão, do colesterol, da pressão alta. A não adesão ao tratamento gera culpa, *stress*, preocupação, pois o paciente sempre sabe que pode estar se ariscando.

Saber o que os senhores e senhoras têm representa, no entanto, uma vantagem sobre a população em geral. Aqueles que não têm a enfermidade e

desconhecem seus fatores de risco podem vir a adquiri-la, enquanto os senhores têm mais chances de controlá-la, porque sabem o que pode agravá-la.

Agora vamos falar sobre outro aspecto. Por que é difícil promover mudanças? Porque é difícil fazer dieta, parar de fumar, começar a atividade física, para quem nunca o fez?

Um dos motivos está no que os psicólogos chamam de negação e descrédito. O cigarro faz mal à saúde e todo mundo sabe, mas o fumante não registra essa informação. Ele não acredita que possa acontecer algo com ele, o risco é sempre dos outros. Ele pode alegar, por exemplo, que conhece pessoas que fumaram até os noventa anos de idade, sem que nada tivesse acontecido. Assim ele se baseia em uma única pessoa para justificar suas atitudes, não enxerga os malefícios imediatos do cigarro, de modo que, no seu íntimo, ele não acredita que possa realmente fazer mal. O mesmo pode ocorrer em relação à obesidade, à vida sedentária, e todas as formas de não adesão ao tratamento e controle dos fatores de risco. O hábito de comer demais, salvo raros casos, é o fator que faz engordar. Não adianta argumentar que é metabólico. É uma questão de lógica, se engordou é porque comeu mais.

Uma variante disso é a negação da própria doença. O paciente pensa que não está realmente doente ou tão grave quanto o médico falou. Se o médico fosse mais “bonzinho”, menos exigente ou não tivesse excesso de preocupação, ele deixaria comer aquele “torresminho”, aquela feijoada ... Se ele não está realmente doente não precisa se tratar.

Outro aspecto que inviabiliza mudanças está relacionado à maneira como o paciente se relaciona consigo. Ele sente-se prejudicado porque é cardíaco. Só ele deve fazer sacrifício, só ele é vítima e “coitadinho”. Todos podem fumar, beber, comer o que quiser. Daí, como ele é vítima, faz uma espécie de barganha consigo. Outro dia encontrei uma amiga no supermercado e ela me dizia que não conseguia controlar o colesterol. Já havia tentado tudo. Ao olhar para o carrinho que carregava notei, sem falar, que ele estava repleto de alimentos proibidos. Ela passou a comentar que adorava doces e que, somente uma vez por mês os ingeria, dizendo: - afinal eu também sou filha de Deus! E assim por diante, com relação ao café, à bebida al-

coólica, ao omelete e à feijoada, a cada cinco dias, a cada semana, a cada quinze dias, etc, de modo que o deslize é constante. O importante aqui é salientar que todos têm que cuidar da saúde, não só o paciente coronariano.

Uma forma de saber se os senhores e senhoras estão se cuidando é verificar o resultado dos exames clínicos e a balança. Se as taxas reduziram é porque estão fazendo o que é preciso, se não, não estão. Façam experiências, com caminhadas, dietas, ou levando uma vida mais tranqüila, se os parâmetros diminuem. Os senhores mesmos podem observar.

Outro aspecto que dificulta as mudanças é acreditar que pode haver mudanças sem esforço. O paciente espera que as mudanças de estilo de vida, o abandono do hábito de fumar venham como um milagre, que caiam do céu. Vive a ilusão de que não precisará se esforçar para isso. Todas as mudanças em nossa vida podem ser difíceis, dolorosas, exigem grande empenho de nossa parte para nos adaptarmos. Falo das mudanças em geral, tais como casar, separar, arrumar um novo emprego, ter um filho, um neto ou a aposentadoria e cuidar da doença coronária. As mudanças representam grandes desafios e envolvem momentos de incerteza, de desnorreamento, de dúvidas quanto a estarmos no caminho certo. Mas esses desafios representam vantagens, pois estaremos indo ao encontro de algo melhor.

Outro aspecto, ainda, que dificulta mudanças é a dificuldade de tolerar frustrações. Quando somos crianças, nossos desejos são imperiosos. A criança quer o doce antes do almoço e, se a mãe não deixa, ela não aceita. Mais tarde ela já compreende melhor que não pode ter tudo que quer. Ela vai aprendendo a tolerar frustrações, sem que tudo fique negro à sua volta e ela se desorganize. Todos nós podemos conservar certos traços infantis, mas com o nosso desenvolvimento, vamos aprendendo a adiar gratificações, a renunciar hoje para obter algo melhor amanhã. O mesmo pode ocorrer com quem vai se propor a fazer mudanças. O fumante tem que fumar naquela hora. O cigarro, de fato, causa dependência física e psíquica e aumenta essa necessidade imperiosa. O mesmo pode acontecer com a gula, com a vontade de comer certos alimentos gordurosos, com a dificuldade de fazer exercícios. Não é só o cigarro que vicia, a pessoa pode ser viciada em comida, bebida e

utilizar essas circunstâncias para compensar decepções, frustrações, obtendo um falso benefício do prazer imediato que proporcionam. A pessoa não consegue enxergar o amanhã e os benefícios do controle de seus impulsos e quer o seu prazer imediato.

Um outro aspecto que dificulta mudanças permanentes é a dificuldade de persistir quando ocorrem recaídas. Às vezes a pessoa não resiste ao chocolate, à feijoada, e daí “libera geral”. Acha que não tem jeito mesmo, sente-se culpado e infeliz porque não tem controle e daí precisa comer mais, beber, fumar mais para compensar a frustração. Assim, o melhor é persistir quando há recaídas. Liberou-se um dia, o mundo não vai acabar. Volta no dia seguinte, mas volta mesmo. O ideal é ser flexível, conseguir o controle, sem ser carrasco de si mesmo. Nós sabemos de um paciente que depois de fazer o programa ficou anoréxico, uma doença psicológica que faz com que sintam medo de comer qualquer coisa. Não é isso que queremos passar para os senhores e senhoras.

É necessário também fazer mudanças planejadas para que sejam mais permanentes. A mudança que estamos falando envolve uma alteração mais profunda em suas vidas: a mudança de estilo de vida. O cigarro faz mal para todos, a gordura faz mal para todos, não só para o coronariano. O tabagista pode decidir ficar uma semana, um mês sem fumar, daí considera que já se curou do vício e decide fumar só um ou dois cigarros por dia. Quando se dá conta, voltou a fumar. A pessoa pode decidir levar uma vida mais tranqüila hoje e esquecer o que planejou amanhã. Assim, é necessário aprender a lidar com as recaídas, sem perder de vista as metas. A satisfação real que se obtém advém, não do prazer imediato de fazer tudo que se quer, mas do sentimento de que somos donos de nós mesmos, sabemos controlar nossos impulsos, sem ser radical e sem culpa.

Continuando, devemos lembrar que só é possível fazer mudanças quando as desejamos verdadeiramente. Quando queremos algo de verdade, enfrentamos qualquer obstáculo. Muita gente diz que não consegue parar de comer, de fumar, não sabe porque não consegue fazer exercícios, não controla a pressa e o stress e isso passa a ser uma justificativa para não mudar.

É necessário, além disso, já que as mudanças em nossa vida não são tão fáceis, eleger um período mais tranqüilo e se preparar emocionalmente para enfrentá-las. Isto não quer dizer adiar indefinidamente essa data, mas estar preparado para a instabilidade emocional que essa nova adaptação pode desencadear. O desafio pode ser gratificante. Quem se libera de um vício, pode ser a pressa, a ambição, o cigarro, descobre coisas novas de si que estavam ocultas, sentimentos que não se dava conta e só assim poderá lidar melhor com eles.

Em certos casos, é aconselhável usar facilitadores, tais como os comprimidos de reposição de nicotina, para o fumante; utilizar dietas mais atrativas, que os senhores terão várias sugestões com a nutricionista, ou fazer atividade física em ambientes mais agradáveis, como no parque, e fazer disso um lazer e não uma obrigação.

Finalmente, o grande obstáculo a mudanças de estilo de vida está no desejo de abandonar a luta pela vida. Muitas vezes, não queremos promover mudanças porque perdemos a vontade de viver. Assim, como já comentamos, o cigarro, o *stress*, a pressa, a urgência de tempo, a gordura em excesso podem ser uma espécie de veneno. Devemos pensar se, com isso, não estamos cometendo, inconscientemente, uma espécie de ‘suicídio’.”

Conclusões

Faz-se necessário, nos tempos atuais, que as políticas públicas de saúde implementem programas mais consistentes com os novos conhecimentos. Uma modalidade é a abertura de novos canais de comunicação com os pacientes, de modo a torná-lo mais participativo, integrando-o no processo de tratamento da enfermidade orgânica.

A ampliação da informação, além de todos os possíveis efeitos indiretos, ligada ao contato com os profissionais de saúde, parece representar uma ponderável contribuição ao controle da progressão da enfermidade coronária. Futuras pesquisas poderão, no entanto, dimensioná-la melhor.

Os depoimentos de alguns pacientes, registrados em reuniões de encerramento e avaliação do aprendizado, podem servir de ilustração sobre o efeito imediato do Programa. Pede-se aos pacientes que sejam sinceros tanto na avaliação das aquisições quanto dos aspectos que não conseguiram modificar: *“Descobri que a doença é fatal se não me cuidar”*. *“Tenho que mudar tudo que fazia antes”*. *“Agora eu conheço melhor e sei que com a doença tem que ter controle”*. *“Descobri que é possível comer bem, fazendo regime”*. *“Recebi uma explicação detalhada de como me cuidar. Eu pensava que quando a pressão estava boa não precisava de remédio”*. *“Aprendi sobre alimentação, fatores de risco. Que a gente não deve voltar ao cigarro quando tem alta do hospital”*. *“Aprendi a identificar a dor de angina. Quando é angina e quando não é”*. *“Descobri que a doença não tem cura”*. *“Só não consegui controlar meu nervosismo”*. *“Descobri que tenho que controlar o nervoso, ser mais calmo”*. *“Eu só não consegui emagrecer”*. *“Eu emagreci 5 quilos depois que iniciei o Programa”*. *“Eu me trato há 12 anos no Instituto Dante Pazzanese e só agora fiz tratamento em grupo”*. *“Descobri que tem outras pessoas com o mesmo problema que o meu”*. *“Descobri que sozinho a gente não faz nada. Eu ia comer alguma coisa que não devia e lembrei do grupo e não comi”*. *“Antes eu tinha medo de andar, agora aprendi a fazer ginástica”*. *“Aprendi quase tudo aqui, aprendi a andar no plano”*. *“Tenho muita preguiça de andar sozinha, não consegui ainda”*. *“A minha rua é muito ruim, tem muita ladeira e eu me canso, por isso não vou caminhar. Vocês (profissionais de saúde) conseguem fazer exercícios?”*. *“Aprendi que tenho que tomar remédio sempre”*. *“Eu procuro fazer dieta, mas a patroa não faz comida de dieta e eu vou na cozinha e preparo minha comida”*. *“Aqui falaram que desde jovem se deve fazer dieta para não ter colesterol, mas em casa os filhos adolescentes não querem nem saber”*.

Nas reuniões de encerramento, os pacientes em geral, lamentando a separação, manifestam o desejo de que o “grupo” (como é chamado) tenha continuidade. Isto levou a equipe a promover reuniões periódicas com vários grupos de veteranos, para retenção das aquisições.

Do ponto de vista da abordagem psicológica, ainda não dispomos de dados consistentes sobre o grau de aproveitamento, no que concerne às efe-

tivas mudanças de hábitos e atitudes propiciadas pela experiência. Um dos fatores que, a princípio, poderia representar uma limitação a uma abordagem de tipo informativo-educativo estaria nas restrições do próprio método. Pode-se incluir aqui o desafio que representa o número elevado de participantes em cada módulo do Programa, cerca de 80 a 100 pacientes. Pode-se considerar, também, diante apenas da informação, a dificuldade peculiar de reconhecer, por parte das pessoas e, portanto, do paciente coronariano, seus sentimentos e motivações, que possibilitariam mudanças de atitudes. De todo modo, embora se reconheça que o alcance do trabalho psicoterápico e as chances desse reconhecimento sejam indubitavelmente ampliados, este procedimento, de enfoque individual e que atende mais ao perfil do psicólogo enquanto profissional liberal configura-se como inviável, quando se pensa em políticas de saúde e propostas que atendam a população.

A prevenção da doença coronária, pelo que foi exposto, envolve indubitavelmente questões sociais bem mais amplas, tais como o desemprego, a pobreza, as injustiças sociais, a violência e inclusive o preço dos medicamentos, que não se pretende discutir aqui. O efeito geral do programa sobre os pacientes, no entanto, talvez não esteja apenas no incremento de informações, na proposta educativa, e na possibilidade de que os mesmos tenham a seu serviço um controle maior dos fatores de risco da enfermidade. É possível que o que os profissionais de saúde passam, nesses encontros, esteja além da comunicação verbal. A manifestação genuína de interesse pela pessoa do paciente, a troca de experiências entre eles e a força de coesão do grupo, podem conter em si um potencial regenerador considerável, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos que se dispuseram a investir emocionalmente no Programa.

Giannotti, A. (2002). Coronary Heart Disease Prevention: A Psychological Perspective in a Multidisciplinary Program. *Psicologia USP*, 13 (1), 167-195.

Abstract: The Hospital Dante Pazzanese offers a multidisciplinary psychoeducational program which consists of classes organized by health experts from different areas. This article discusses the strategies to enhance the sense of control of the psychological and psychosocial factors and emphasizes the importance of psychological interventions. The study explores the role of emotions, stress and general risk factors and the difficulties found by people and how to discover ways to promote personal changes for health care.

Index terms: Heart disorders. Prevention. Programs. Psychological intervention. Multidisciplinary group.

Giannotti, A. (2002). Prévention de la Maladie Coronarienne: Perspectives Psychologiques Dans un Programme Multidisciplinaire. *Psicologia USP*, 13 (1), 167-195.

Resume: Un programme multidisciplinaire de prévention de la maladie coronarienne a été implanté à l'institut Dante Pazzanese et perfectionné au moyen de cycles de conférences présentées par les différents spécialistes. Cet article présente les facteurs de risques psychologiques et psychosociaux et résume les présentations dans le domaine de la psychologie. Dans ce rapport on met en relief le rôle des émotions, du stress et les facteurs de risque de façon générale, les difficultés que les personnes peuvent rencontrer et comment trouver les manières de promouvoir les changements personnels pour prendre soin de sa santé.

Mots-clés: Maladies cardiaques. Prévention. Programmes. Intervention psychologique. Groupe multiprofessionnel.

Bibliografia

- Cannon, W. B. (1939). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: Appleton.
- Brauwald, E. (1991). *Tratado de medicina cardiovascular* (3a ed.). São Paulo: Roca.

Anency Giannotti

- Cruz, D. A. L. M. Aspectos da enfermagem na prevenção primária das doenças isquêmicas do coração. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 22 (2), 215-221.
- Dawber, T. R., Kannel, W., & Lyell, D. (1963). An approach in longitudinal studies in a community: Framingham study. *Annals of New York Academy Sciences*, 107, 539.
- Haynal, A. (1980). Las enfermedades cardiovasculares. In A. Haynal & W. Pasini, *Manual de medicina psicosomática*. Barcelona, España: Toray-Masson.
- Issa, J. S. (1996). Fumo e doenças cardiovasculares: Prevenção primária e secundária. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 6 (5), 590-595.
- Giannotti, A. (1993). Psicologia nas instituições médicas: Questões teóricas e metodológicas. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 3 (3, Supl. A), 9-15.
- Giannotti, A. (1993). Stress psicológico: Ambigüidade conceitual e fator de risco coronário. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 3 (5, Supl. A), 7-9.
- Giannotti, A. (1995). Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. In M. F. P. Oliveira & S. M. C. Ismael (Orgs.), *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. Campinas, SP: Papyrus.
- Giannotti, A. (1996). Psicologia em instituições médicas: Questões teóricas e metodológicas. In *Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas* (pp. 14-28). São Paulo: Lemos.
- Giannotti, A. (1996). Reflexões sobre a especificidade do trabalho de psicólogos na saúde pública junto a pacientes com problemas orgânicos. *Insight Psicoterapia*, 5, 31-34.
- Giannotti, A. (1998). Inserção da psicossomática na prática em saúde pública. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 8 (1, Supl. A), 9-13.
- Giannotti, A., & Linguanotto, M. J. R. (1976). Contribuição ao estudo das possíveis correlações entre stress e níveis de lipoproteínas séricas de baixa densidade (LDL). *Revista Brasileira Clínica e Terapêutica*, 5 (12), 431-436.
- Giannotti-Hallage, A. (1990). Papel das emoções e das situações psicologicamente estressantes na gênese das arritmias cardíacas e da morte súbita. In B. W. R. Lamosa (Org.), *Psicologia aplicada à cardiologia* (pp. 71-78). São Paulo: Fundo Editorial Byk.
- Kannel, W. B., Lee Bauer, E. J., Dawmber, T. R., & McNamara, P. M. (1967). Relation of body weight to development of coronary heart disease: Framingham study. *Circulation*, 35 (4), 734-744.

Prevenção da Doença Coronária: Perspectiva Psicológica em um Programa...

- Linde, B. J., & Jans, N. M. (1979). Effect of a teaching program on knowledge e compliance of cardiac patients. *Nursing Review*, 28 (5), 282-286.
- Lotufo, P. A. (1996). Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: Histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 6 (5), 541.
- Martins, S. T. F. (1993). Saúde pública e saúde mental: A inserção do psicólogo nas unidades básicas de saúde. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 3 (2, Supl. A), 8-12.
- Martins de Oliveira, J. (1979). Aspectos preventivos em cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 33, 49.
- Mello, J. F. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. (1993). *Doenças cardiovasculares no Brasil: Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ongaro, S. (1991). O paciente coronariano em reabilitação: Uma abordagem psicossomática. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 1 (1), 9-15.
- Ongaro, S. (1992). A integração do psicólogo no hospital: Um caminho a percorrer. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 2 (2, Supl. A), 7-10.
- Rosenmann, R. H., Friedman, M., & Strauss, R. (1970). Coronary heart disease in the western collaborative group study: A follow-up experience of 4,5 years. *Journal Chronic Diseases*, 23 (3), 173-190.
- Rosenmann, R. H. et al. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease during 8,5 years follow up in the western collaborative group study. *American Journal of Cardiology*, 37, 903.
- Santello, J. L., Krasilic, S., & Mion Jr., D. (1996). O papel da hipertensão arterial na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 6 (5), 575-579.
- Selye, H. (1936). *The stress of life*. New York: Mc Graw-Hill.
- Simon, R. (1983). *Psicologia clínica preventiva: Novos fundamentos*. São Paulo: Vetor.
- Trezza, E. (1986). *O coração na saúde e na doença*. São Paulo: Nacional.

Recebido em 17.12.2001

Aceito em 05.02.2002