

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DO ESTRESSE EM PACIENTES COM
DIAGNÓSTICO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR

Mestrando: Gutemberg Jailson Rocha de Carvalho

MANAUS
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DO ESTRESSE EM PACIENTES COM
DIAGNÓSTICO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR.

Mestrando: Gutemberg Jailson Rocha de Carvalho

Orientador: Prof. Dr. José Humberto Silva Filho
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

MANAUS
2012

Todos os direitos deste projeto de pesquisa são reservados à Universidade Federal do Amazonas e aos seus autores. Parte deste projeto de pesquisa só poderá ser reproduzida para fins acadêmicos ou científicos.

Esta pesquisa foi financiada com recursos próprios do pesquisador. Foi desenvolvida com o imensurável apoio do Laboratório da Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas e se caracteriza como um estudo em Processos Psicológicos e Saúde, do Programa de Pós Graduação em Psicologia.

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Carvalho, Gutemberg Jailson Rocha de

C331a Análise das condições do estresse em pacientes com diagnóstico de doença cardiovascular / Gutemberg Jailson Rocha de Carvalho. - Manaus: UFAM, 2012.
91 f.; il. color.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Federal do Amazonas, 2012.
Orientador: Prof. Dr. José Humberto Silva Filho
Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

1. Estresse 2. Ansiedade 3. Depressão 4. Doença cardiovascular I. Silva Filho, José Humberto (Orient.) II. Hayasida, Nazaré Maria de Albuquerque (co-orient.) III. Universidade Federal do Amazonas IV. Título

CDU 159.944.4:616.1(043.3)

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha querida esposa Greycy, que com compreensão suportou minhas ausências sempre motivando e apoiando-me nos momentos em que as dificuldades e o cansaço me sobrevinham.

Aos meus pais, Cirilo Rodrigues (in memoriam), e em especial à minha mãe, que soube com muita destreza implantar em mim o interesse pelo estudo e pela busca do conhecimento.

À professora Nazaré Maria de Albuquerque Haysida, a quem devo muito do que sou como profissional e pessoa, e cujo exemplo de vida me oportunizou reflexões sobre realizar sonhos.

Aos oitenta e três pacientes que de forma tão bela e desprendida colaboraram para a execução do estudo, compartilhando suas emoções e seus sentimentos em um momento tão particular e desafiador. Aqui expresso toda minha gratidão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela graça de ter me concedido a vida, pela benevolência de me conceder a força para enfrentar os obstáculos nessa caminhada árdua que foi desenvolver este trabalho.

Ao Prof. orientador José Humberto Silva Filho, que em momento de grande dificuldade assumiu essa peleja comigo e me apontou estratégias que me trouxeram até aqui. Obrigado a esse grande mestre que com grande empenho e dedicação me ensinou mais do que estava prescrito.

À Prof^a. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida, que não permitiu que eu desistisse no caminho ou desfalecesse ante os percalços encontrados, antes estendeu a mão e me colocou de volta na estrada.

Ao Prof. Walter Adriano Ubiali, que me inspirou no início da jornada e a quem devo respeito e consideração por tudo o que com ele aprendi.

Ao Dr. Pedro Elias de Souza, Diretor do Hospital Universitário Francisca Mendes, que arduamente vem trabalhando para o avanço da ciência e serviços na área da saúde no Estado.

Ao Prof. Dr. Mariano Brasil Terrazas, Chefe do Serviço de Cirurgia Cardíaca, que acolheu a pesquisa e favoreceu espaço e oportunidades para o bom andamento do processo.

À Psicóloga Sanderlise de Moura Rente, Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Francisca Mendes, que recebeu a mim e a minha equipe sempre com educação e senso de cooperação.

Ao Serviço Social do Hospital Universitário Francisca Mendes, a toda equipe de trabalho muito obrigado pela colaboração e ajuda sempre que solicitado.

Ao Serviço de enfermagem das clínicas Cardiológica I, Cardiológica II e Cirúrgica pelo fantástico apoio e compreensão durante a execução da pesquisa, tenho plena consciência de que sem essa parceria todo o processo teria sido muito mais difícil.

Ao Laboratório de Avaliação Psicológica, que com sua equipe valorosa, me forneceu espaço para estudo e discussões que acrescentaram de forma importante nesse trabalho.

Ao apoio incondicional e extremamente importante das alunas Stephany Flor e Ingrid de Souza Sampaio, que foram incansáveis na coleta de dados e com quem divido a alegria da conclusão deste trabalho.

Ao suporte, atenção e delicadeza de Juliana Cohen durante o processo de revisão final do texto e apresentação.

Aos amigos inesquecíveis, minha querida Joanne Paola e querido Ilmar Lima, colegas de peleja com quem repartir minhas angústias e alegrias, e que em muitos momentos pude me recompor na companhia deles.

Aos professores do Mestrado em Psicologia, pela atenção dispensada e pela sempre preocupação e compromisso com um processo de qualidade, sentida, experimentada e verbalizada entre nós discentes.

Aos pacientes que me oportunizaram esta experiência de ter suas vidas compartilhadas.

Muito Obrigado.

*De tudo ficaram três coisas: a certeza de que
estava sempre começando, a certeza de que era preciso
continuar, e a certeza de que seria interrompido antes
de terminar. Portanto, devemos:
fazer da interrupção um novo caminho,
fazer da queda um passo de dança,
do medo, uma escada,
do sonho, uma ponte,
da procura, um encontro.*

Encontro Marcado – Fernando Sabino

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar a presença e as condições do estresse em pacientes com doença cardiovascular estabelecendo a sua correlação com ansiedade, depressão e qualidade de vida. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa desenvolvido com 83 pacientes no Hospital Universitário Francisca Mendes, localizado no município de Manaus-AM. A coleta de dados se iniciou no último quarto de 2011 e se estendeu até o primeiro quarto de 2012, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas. Para essa etapa utilizou-se os seguintes instrumentos: questionário estruturado com variáveis sociodemográficas, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Questionário de Qualidade de Vida (forma reduzida) WHOQOL-Bref. Após a coleta, foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences – SPSS 17 para tratamento estatístico descritivo e analítico. As análises descritivas dos dados constataram o predomínio do sexo masculino, casados, aposentados, com idade média de 57,6 anos, com escolaridade até 4 anos, com tempo médio de tratamento em 12,7 meses e primordialmente para a cirurgia de revascularização do miocárdio. Observou-se a presença de estresse entre 67,5% dos participantes do estudo, com os sintomas psicológicos se sobrepondo aos sintomas físicos e, ainda, a fase de Resistência do estresse sendo a mais proeminente em 45,8% da amostra, enquanto a fase de exaustão apresentou 13,3%. A maioria (63,8%) apresentou ansiedade mínima, ausência de depressão (61,4%) e indicadores de boa qualidade de vida (escore geral médio 81,82). A estatística analítica identificou, por meio de teste de Coeficiente de Correlação de Pearson, que quanto mais elevada a qualidade de vida, menor o indicador de estresse. Observou-se ainda uma correlação direta estatisticamente significativa entre os sintomas de ansiedade, depressão e estresse na amostra de pacientes cardiopatas envolvidos neste estudo. Os achados apontaram a presença do estresse como um fator preditor importante para ocorrência de ansiedade e depressão.

Palavras-chave: Estresse; Ansiedade; Depressão; Qualidade de vida; Doença cardiovascular.

ABSTRACT

This study had as purpose to evaluate the presence and the conditions of the stress in patients diagnosed with cardiovascular disease and to make a correlation with anxiety, depression, and quality of life. It refers to a descriptive and quantitative study developed with 83 patients at the Francisca Mendes University Hospital, located in the city of Manaus-AM. The data collection began in the last quarter of 2011 and extended until the first quarter of 2012, just after the approval of the ethics committee of Federal University of Amazonas. For this procedure used the following instruments: structured questionnaire with sociodemographic variables, Stress Symptoms Inventory by Lipp (ISSL), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) and Quality of Life Questionnaire-short form (WHOQOL-Bref). After collecting, it was used Statistical Package for Social Sciences – SPSS 17 for realization of the statistical treatment. It was used Pearson correlation coefficient in the analyses. As a result, it was found that there was a predominance of males, married, retired, with a mean age of 57,6 years, with schooling up to 4 years, with a mean treatment time of 12,7 months and primarily for myocardial revascularization surgery. It was observed the presence of stress among 67,5% of participants in study, psychological symptoms overlapped the physical ones, and most prominent the Resistance phase with 45,8%, while the exhaustion phase was 13,3%. Most had minimal anxiety (63,8%), lack of depression (61,4%) and good quality of life (overall average score 81,82). The analytical statistics demonstrated by Pearson Correlation that the more elevated is the quality of life in each dimension, lower the stress indicator. The symptoms of anxiety, depression and stress are statistically strongly correlated in the population of cardiac patients in the study. This finding pointed to the evaluation of the stress as strong predictable factor for anxiety and depression symptomatology.

Key-words: Stress; Anxiety; Depression; Quality of life; Cardiovascular disease.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria de James-Lange	25
Figura 2 - Teoria de Cannon-Bard.....	26
Figura 3 - Teoria de dois fatores de Schachter-Singer	27
Figura 4 - Atividade do eixo HPA (Hipotálamo – Hipófise (pituitária) – Adrenal)	31
Figura 5 - As vias do estresse no organismo	32
Figura 6 - A atividade do estresse no sistema imunológico	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes do estudo	50
Tabela 2 - Descrição do grau de ansiedade dos participantes do estudo.....	51
Tabela 3 - Descrição do grau de depressão na população do estudo.....	53
Tabela 4 - Descrição da análise da Qualidade de Vida nos quatro domínios segundo o WHOQOL-Bref.....	54
Tabela 5 - Descrição quanto à presença de estresse na população do estudo	55
Tabela 6 - Descrição das fases do estresse na população do estudo.....	56
Tabela 7 - Descrição quanto à presença de estresse na população seccionada por gênero	57
Tabela 8 - Descrição quanto ao predomínio do tipo sintoma de estresse na população do estudo.....	57
Tabela 9 - Descrição da relação do estresse com o estado civil dos participantes do estudo...	58
Tabela 10 - Descrição quanto à presença de estresse e à situação funcional	59
Tabela 11 - Descrição quanto à presença de estresse e o tempo de tratamento entre os participantes do estudo	60
Tabela 12 - Descrição quanto à presença de estresse e o tipo de tratamento na população do estudo.....	60
Tabela 13 - Descrição dos sintomas de estresse nas últimas 24 horas na população do estudo	61
Tabela 14 - Descrição dos sintomas de estresse ocorridos na última semana entre os participantes do estudo	63
Tabela 15 - Descrição dos sintomas de estresse ocorridos no último mês na população do estudo.....	65
Tabela 16 - Descrição da análise de correlação entre estresse, ansiedade e depressão entre os participantes da pesquisa	67
Tabela 17 - Descrição da análise de correlação entre qualidade de vida e estresse na população do estudo.....	67

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 A doença cardiovascular: contexto de dois estudos.....	14
1.1.1 O estudo de Framingham.....	15
1.1.2 O estudo AFIRMAR - Avaliação dos Fatores de Risco para Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil.....	16
1.2 Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e do tratamento	18
1.2.1 A revascularização do miocárdio	18
1.2.2 A cirurgia da aórtica	20
1.2.3 Cirurgia da válvula mitral.....	22
1.3 Aspectos psicofisiológicos do estresse: fisiologia, emoção e comportamento	24
1.3.1 O estresse e a resposta emocional	25
1.3.2 Síndrome da Adaptação Geral.....	28
1.3.3 O eixo simpático e o eixo corticotrópico.....	31
1.4. A doença do coração e o sofrimento emocional	34
1.4.1 A informação sobre ter doença cardíaca.....	34
1.4.2 Aspectos gerais das implicações da ansiedade, depressão e qualidade de vida sobre a doença cardiovascular.....	36
2 OBJETIVOS	39
2.1 Objetivo geral.....	39
2.2 Objetivos específicos.....	39
3 MÉTODO	40
3.1 Local de estudo	40
3.2 Participantes	41
3.3 Critérios de inclusão no estudo.....	43
3.4 Critérios de exclusão da amostra	43
3.5 Considerações éticas	44
3.6 Instrumentos	44
3.7 Procedimentos	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1 Dados sociodemográficos	49

4.2 Estatística descritiva.....	51
4.2.1 Ansiedade	51
4.2.2 Depressão	52
4.2.3 Qualidade de vida	54
4.2.4 Estresse	55
4.3 Predomínio das condições do estresse.....	56
4.4 Estatística Analítica.....	66
4.4.1 Estudo de correlação do estresse, ansiedade e depressão	66
4.4.2 Estudo de correlação entre qualidade de vida e estresse	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
ANEXOS	76
APÊNDICES	80

1 INTRODUÇÃO

1.1 A doença cardiovascular: contexto de dois estudos

A origem da atual epidemia de doença cardiovascular pode ser rastreada até a época da industrialização no início do século XVIII. As condições aviltantes de exploração instaladas pela Revolução industrial há cerca de 200 anos, além das exigências diárias de trabalho determinadas pelo ritmo das máquinas, agravaram o nível de estresse e os danos à saúde.

A sociedade pós-industrial, em suas demandas por constantes adaptações sociais, exige reações do indivíduo capazes de prejudicar a sua racionalidade e igualmente capazes de minar a saúde daqueles que têm dificuldades de enfrentar pressões. As mudanças comportamentais surgidas como processo de adaptação às novas demandas do meio ou como estratégia de enfrentamento às circunstâncias adversas têm sido relatadas como fatores determinantes para o avanço das doenças cardiovasculares.

Os três fatores em grande parte responsáveis por isso foram:

- O aumento do uso de produtos de tabaco;
- Pouca atividade física;
- Uma dieta com alto teor de gordura, calorias e colesterol.

Essa onda crescente de doença cardiovascular continuou até o século XX, mas começou a retroceder quando o estudo Framingham identificou vários fatores de risco para a doença cardiovascular, incluído tabagismo, hipertensão e hipercolesterolemia (TOPOL, 2005).

A contextualização das pesquisas envolvendo o estudo do binômio estresse-doença cardiovascular auxilia na compreensão dessa relação que a princípio se estabelece numa relação de mão dupla. São apresentadas duas pesquisas sobre esse tema, um estudo realizado nos Estados Unidos, sendo inclusive, um estudo pioneiro com grande impacto sobre o assunto

e instigando mais pesquisas, e outro realizado no Brasil com populações de características nosológicas semelhantes. O objetivo é promover uma correlação metodológica e nosográfica e avançar nas reflexões.

1.1.1 O estudo de Framingham

Em 1950, nos Estados Unidos, em Massachusetts, a cidade de Framingham foi selecionada pelo governo americano para ser o local de um estudo cardiovascular. Inicialmente participaram desse estudo cinco mil adultos, entre 30 a 59 anos, sem manifestação de Doenças Cardiovasculares (DCV), para uma avaliação clínica e laboratorial.

O estudo denominado Framingham Heart Study tinha como objetivo inicial identificar fatores de risco das Doenças Cardiovasculares (THE 27 FRAMINGHAM HEART STUDY, 1995-2010). Após serem reexaminados a cada dois anos, os participantes apresentaram doenças cardiovasculares, quando relacionados aos parâmetros iniciais da observação. Sete anos depois, observou-se que em torno de 90% dos participantes acompanhados apresentavam incidência de eventos coronarianos.

A perplexidade em torno desse número foi suficiente para suscitar a realização de uma análise preliminar de resultados no grupo de faixa etária entre 45 a 62 anos de idade. No grupo observado, cerca de 30% tiveram morte súbita, de origem cardíaca; aproximadamente 20% apresentavam doença arterial coronariana assintomática. A taxa de incidência entre homens era duas vezes maior que taxa entre as mulheres: homens com hipertensão, obesidade ou concentrações elevadas de colesterol sérico, que desde o início, apresentaram problemas coronarianos (arteriosclerose, por exemplo). No estudo a incidência de doenças coronarianas era maior, entre os fumantes, mas estatisticamente a associação ainda não era significativa. Somente depois surgiram associações indicativas do escore de Framingham, quando foram atribuídas pontuações ou “notas” aos tipos de fatores de risco encontrados em um indivíduo,

mensurando possibilidades de incidência de eventos coronarianos agudos no período aproximado de dez anos, nas DCV's. Entre 1950 a 1960, outros estudos longitudinais confirmaram os dados desse estudo e levaram a comunidade científica nas últimas décadas. Os entendimentos detalhados das características individuais e ambientais relacionadas com as probabilidades de doenças do aparelho circulatório (DAC). Estes estudos confirmaram a importância do diabetes mellitus, do tabagismo, níveis elevados de colesterol LDL6, baixos de HDL7, hipertensão arterial sistêmica, história familiar, obesidade, sedentarismo, obesidade, síndrome plurimetabólica e ingestão de álcool como fatores de risco relacionados com arteriosclerose e suas manifestações clínicas (KANNEL *et al*, 1997 *apud* HAYASIDA 2010).

Os estudos de Framingham não abordavam aspectos comportamentais e estilo de vida na prevenção da doença cardiovascular. Associou-se o aumento da pressão sanguínea e a aterosclerose ao processo normal do envelhecimento.

De forma geral, os estudos de Framingham favoreceram a elaboração do primeiro panorama sobre as doenças cardiovasculares nos Estados Unidos e contribuíram para as investigações e intervenções sobre possíveis causas das doenças cardiovasculares. Na atualidade, os pesquisadores buscam as bases moleculares das doenças, novos fatores de risco e o seu papel no desenvolvimento da DCV.

1.1.2 O estudo AFIRMAR - Avaliação dos Fatores de Risco para Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil.

Dentre os estudos realizados no Brasil destacamos o AFIRMAR, este estudo foi desenvolvido em 104 hospitais, de 51 cidades brasileiras entre 1997 e 2000. O objetivo era avaliar a associação de fatores de risco convencionais e pacientes nas primeiras 24 horas com

infarto agudo do miocárdio (IAM), estudo de segmento denominado “Avaliação dos Fatores de Risco para Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil – AFIRMAR”.

Participaram 2.558 pacientes, construindo 1.279 pares e os seguintes fatores de risco independente para IAM: depois do cigarro (\geq a 5 cigarros / dia); as maiores causas do problema são diabetes e obesidade (glicemia \geq 126 mg/dl; relação cintura-quadril \geq 0,94) . Nos obesos foram aumentadas 2,4 vezes as suas possibilidades de infarto em relação aos que tinham peso normal. O colesterol alto esteve como quarto colocado no estudo, com altos níveis de LDL mostrou 2,1 vezes mais chances de infartar do que aqueles com taxas normais (100 mg/dl a 120 mg/dl). O histórico familiar positivo para DAC, também apresentou um alto risco de infarto (2,9 vezes mais chances). Um ponto importante no estudo é que o paciente com mais de um fator de risco tem suas chances de infarto multiplicadas. Foram comparadas as condições físicas e os hábitos de 2.558 pacientes de 51 cidades. Esses são os principais riscos que uma pessoa pode controlar a partir de medicamentos ou mudança de hábitos.

A pesquisa também confirmou os fatores que diminuem o risco de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o consumo moderado de álcool (ingerido de três a sete vezes por semana) ajuda a prevenir doenças cardiovasculares. A renda familiar (\geq R\$ 1. 200,00) e grau de instrução também configuram aspectos que compõem o perfil de pacientes acometidos dessa doença (PIEGAS *et al*, 2003).

As informações levantadas nos estudos tem favorecido a intervenção mais pedagógica e focada na mudança de estilo de vida. Na condição de não debelação dos fatores precipitantes da doença cardiovascular, o tratamento invasivo constitui-se opção importante no processo. A cirurgia cardíaca apresenta um contexto complexo e sistêmico.

1.2 Aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e do tratamento

1.2.1 A revascularização do miocárdio

Dentre as doenças cardiovasculares, a Doença Arterial Coronariana (DAC) representa a causa mais comum de isquemia do músculo cardíaco (HOVNANIAN *et al*, 2003). Nos Estados Unidos estima-se que 80 milhões de pessoas adultas (uma em três pessoas) tenha uma ou mais doenças cardiovasculares, com 16 milhões e 800 mil diagnosticadas com DAC (LLOYD-JONES *et al*, 2010).

No Brasil, entre os anos de 1995 e 1999, as doenças circulatórias foram responsáveis por, aproximadamente, 32% das mortes, com taxas de mortalidade em torno de 157 por 100 mil habitantes (MELLO-JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2001). De acordo com os dados disponibilizados pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no ano de 2004, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 285.543 óbitos, com 145.857 sendo registrados no sudeste do Brasil.

Contudo, apesar das elevadas taxas, a frequência de mortes por DAC tem diminuído na América do Norte e em muitos países da Europa Ocidental como resultado dos avanços no diagnóstico e tratamento, dentre outros fatores (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2004).

A DAC é uma condição patológica das artérias coronarianas, decorrente do acúmulo anormal de placa de ateroma na parede endotelial das artérias coronárias, alterando sua estrutura e função, com estreitamento da luz do vaso e redução do fluxo sanguíneo para o miocárdio (ROSAMOND *et al*, 2007). Pode ocorrer manifestação de diferentes formas, variando de uma angina de peito até o infarto agudo do miocárdio (IAM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC, 2004).

A angina do peito (*angina pectoris*) é caracterizada por dor ou desconforto passageiro no tórax, mandíbula, região epigástrica, ombro, dorso ou membros superiores. Esses sintomas estão relacionados ao esforço físico, estresse ou espasmo arterial e diminuem com o repouso (ZORNOFF *et al*, 2005). A isquemia do miocárdio, evento fisiopatológico final da DAC, também pode manifestar-se de forma assintomática, sendo denominada de isquemia miocárdica silenciosa, causando a maior parte dos eventos isquêmicos totais (HOVNANIAN *et al*, 2003). A DAC é uma doença que está associada a alguns fatores de risco. Dentre eles estão os que não podem ser modificados como idade, sexo e história familiar de DAC. Existem também, aqueles fatores passíveis de serem modificados como hipertensão arterial, dislipidemia, sedentarismo e tabagismo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC, 2005).

Com relação à terapêutica existem algumas alternativas como o tratamento medicamentoso, a Angiosplastia Coronária Transluminal Percutânea (ACTP) e a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRVM ou RM). A escolha pelo tratamento está vinculada ao grau de obstrução das artérias e às condições das artérias coronárias e do músculo cardíaco (FAVARATO, 2004).

A Cirurgia de Revascularização do Miocárdio está indicada para pacientes com angina de peito não controlada com o tratamento clínico, pacientes com elevado grau de obstrução de artérias principais, significando risco de vida (PÊGO-FERNANDES; GAIOTTO; GUIMARÃES-FERNANDES, 2008), bloqueio da artéria coronária principal esquerda de 50% ou mais, obstrução triarterial proximal cuja estenose seja maior que 50% nas artérias coronárias principais, pacientes que apresentem doença em vários vasos e função do ventrículo esquerdo diminuído, angina instável e angina estável crônica que interfira no estilo de vida e que não responda ao tratamento clínico ou técnicas intervencionistas (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

A cirurgia visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes, aliviar os sintomas da angina, restabelecer a capacidade física, além de aumentar a sobrevida, principalmente dos pacientes de alto risco (SOUZA; GOMES, 2008). Na cirurgia de revascularização do miocárdio é realizada uma esternotomia mediana e o paciente é colocado em desvio cardiopulmonar (circulação extracorpórea – CEC). É inserido um enxerto venoso e/ou arterial distal à lesão da artéria coronária, desviando o sangue da artéria obstruída para um novo vaso (STOLF; JATENE, 1998).

A escolha do enxerto a ser utilizado, venoso ou arterial, está relacionada aos benefícios da cirurgia em longo prazo. Os enxertos mais utilizados são: arteriais (torácica interna esquerda (mamária), radial, gastroepiploica, ulnar e epigástrica) e venosos, utilizando a veia safena magna (SBC, 2004). O enxerto realizado com a artéria torácica interna esquerda é o único que tem demonstrado excelentes resultados devido à manutenção da sua perviedade em longo prazo, sendo considerado “padrão-ouro” (SOUZA; GOMES, 2008).

1.2.2 A Cirurgia da aorta

Nos Estados Unidos, aproximadamente 15 mil pessoas são diagnosticadas como portadores do aneurisma de aorta torácica. Além disso, mais de 47 mil indivíduos por ano morrem vítimas de doença da aorta, mais do que câncer de mama, Aids, homicídios e acidentes automobilísticos, fazendo da doença aórtica uma epidemia silenciosa (HIRATZKA *et al*, 2010).

Aneurismas e dissecções constituem as principais doenças da aorta, as quais podem ser submetidas a princípios e técnicas cirúrgicas em comum. O manuseio cirúrgico continua sendo um desafio nos processos eletivos, bem como em casos de emergência. (BICKERSTAFF *et al*, 1982).

A decisão de cirurgia é baseada no equilíbrio entre o risco cirúrgico e a chance de rompimento da aorta. Considera-se ainda, que entre pacientes com ruptura de aorta torácica, a mortalidade é extremamente elevada, situando acima de 94% (JOHANSSON; ARKSTRÖM; SWEDENBORG, 1995).

De acordo com Issa (2012) a prevalência e a incidência dos aneurismas e dissecções da aorta, o resultado do tratamento cirúrgico e o resultado em longo prazo, independentemente do manuseio inicial afetam a carga imposta aos cuidados médicos e ao serviço de saúde. O nível de conhecimento da incidência e dos resultados são fundamentais para resultados clínicos satisfatórios e também para otimizar a alocação de recursos, orientando a conduta médica no seguimento de médio e longo prazo.

Segundo Olsson *et al* (2006), o aumento da longevidade da população e a maior facilidade na realização do diagnóstico, taxas maiores de incidência estarão elevadas em comparação com as taxas atuais.

O diagnóstico da doença de aorta é muitas vezes subestimado. Muitos diagnósticos inapropriados atribuem a causa do óbito a outras doenças como infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, embolia pulmonar e isquemia mesentérica (ISSA, 2012).

Os aneurismas de aorta constituem um sério risco a saúde, pois podem romper ou dissecar, causando risco imediato a vida. Quando detectado a tempo, pode ser reparado cirurgicamente ou com utilização de métodos menos invasivos. (JOHANSSON; ARKSTRÖM; SWEDENBORG, 1995).

Os aneurismas são dilatações segmentares saculares ou fusiformes dos vasos, envolvendo suas três camadas. Uma artéria é considerada patologicamente dilatada quando, o seu diâmetro excede aquele considerado normal para sua idade e superfície corporal (TOPOL, 2005).

As dissecções da aorta consistem na delaminação de sua parede no sentido longitudinal ao longo da túnica média, em quase todos os casos no seu terço externo, criando uma falsa luz, paralela a luz verdadeira. A aorta torna-se dilatada sem que suas três camadas tornem-se comprometidas (TOPOL, 2005).

Na sua etiopatogenia das dissecções, dois fatores estão presentes: a anormalidade vascular e a alteração pressórica. As alterações histopatológicas dos aneurismas de aorta foram descritas como fragmentação difusa das fibras elásticas, aparente diminuição da população de células musculares lisas e acúmulo de material mucoide (ISSA, 2012).

No Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) há um crescente aumento nas internações de pacientes portadores de doença de aorta, envolvendo dissecções agudas e crônicas, assim como aneurismas, acometendo os mais variados segmentos da aorta, fazendo com que os pacientes necessitem de tratamento clínico, endovascular, cirúrgico ou híbrido. O número de procedimentos anuais no Instituto é de aproximadamente 100 procedimentos.

Ainda existem muitas incertezas e controvérsias no tratamento de aorta (ELEFTERIADES; FARKAS, 2010). Os diversos métodos se complementam, e nem todos os serviços dispõem da mesma estrutura e capacitação profissional para o diagnóstico preciso e conduta clínica invasiva.

1.2.3 Cirurgia da válvula mitral

A história natural de insuficiência mitral crônica (IMC) associa-se habitualmente, a décadas de remodelação ventricular esquerda (ENRIQUEZ-SARANO *et al*, 2005).

A fronteira entre o processo adaptativo e o processo subsequente da chamada miocardiopatia dilatada demanda avaliação clínica-histológica (CONWAY *et al*, 1992).

A complexidade do aparelho valvar e a potencialidade das combinações do surgimento do IMC exigem constante aperfeiçoamento dos métodos identificadores de alterações

funcionais e morfológicas de forma rápida, precoce e não invasiva (BONOW *et al*, 2006; KRAYENBUEHL, 1995; ZOGHBI *et al*, 2003).

Bonow *et al* (1998) aponta que duas patologias se distinguem em nosso meio: a Doença Reumática (DR) e o Prolapso da Válvula Mitral (PVM).

Na doença reumática, observa-se sua associação com a IM anatômica, com deformidade e distorção de folhetos, fusão comissural e calcificação valvar, redundando na evolução rápida e sintomática (BARLOW; POCOC, 1963; BORGES *et al*, 2005).

Mansano (2009) sustenta que o PVM caracteriza-se por apresentar degeneração mixomatosa do esqueleto fibroso, como também dos folhetos e cordas tendíneas.

No Brasil, a prevalência da DR é de 3 a 5% em crianças e adolescentes (BORGES *et al*, 2005) e o PVM situa-se na faixa entre 1 a 10%, mostrando como a causa mais frequente para indicação de operação na evolução da doença mitral, a qual ocorre de forma lenta e assintomática (ARAÚJO; CHAVES, 2007).

O PVM está dependente dos critérios ecocardiográficos e, provavelmente, do grupo étnico e do gênero, tendendo a ser mais frequente nas mulheres (KRAYENBUEHL, 1995; ARAÚJO; CHAVES, 2007; PELLERIN; BRECKER; VEYRAT, 2002)

Segundo Mansano (2009), no decorrer da evolução da IM, o processo de adaptação cardíaca ocorre mediante dois fatores: o orifício regurgitante e o gradiente de pressão existente entre o ventrículo esquerdo (VE) e o átrio esquerdo (AE)

Segundo a lei de Laplace, a IM reduz a pressão e o raio do ventrículo esquerdo, e ainda diminui a tensão da parede, favorecendo o aumento da velocidade da contração miocárdica. Acontece que, a complacência do átrio esquerdo permite a acomodação de grandes volumes, sem, entretanto, elevar em demasia a pressão, fazendo com que os sintomas apareçam tardiamente. (MANSANO, 2009).

A disfunção contrátil prolongada é eventualmente irreversível, sendo preditiva de morte súbita e insuficiência cardíaca, apesar dos mecanismos compensatórios (GRIFFIN, 2006).

Contudo nos procedimentos atuais, nota-se que a tendência é o encaminhamento dos pacientes para a sala cirúrgica enquanto ainda se evidenciam assintomáticos ou minimamente sintomáticos (THOMAS, 2002; STARLING *et al*, 1993).

1.3 Aspectos psicofisiológicos do estresse: fisiologia, emoção e comportamento

A palavra “estresse”, de uso corrente na língua inglesa, provém do latim “*stringere*” = tensionar, via francês arcaico. Já era utilizada pelos ingleses no século XVII para significar a adversidade ou a infelicidade, antes de ser recuperada pelos teóricos da Física do século XIX para designar a força resultante de um corpo submetido a uma força contrária, que tende a deformar tal corpo. A medicina restituiu um sentido moral a esse termo desde o começo do século XX, quando evocou as condições de trabalho da comunidade judaica para explicar a frequência de *angina pectoris* nessa população (JEAMET; REINAUD; CONSOLI, 2000).

O estresse, de acordo com Kolb e Whishaw (2002), é um termo emprestado da engenharia, e resulta da ação de um estressor, um agente que exerce uma força e produz uma resposta ao estresse no receptor. Na aplicação a humanos e a outros animais, os estressores são eventos que possuem um efeito estimulante sobre esses sujeitos e as respostas ao estresse são processos comportamentais e fisiológicos que usamos para lidar com tais eventos.

Para Topol (2005) o estresse tem sido amplamente definido como uma experiência na qual as demandas de uma situação excedem a capacidade percebida de enfrentá-la, na maioria das vezes resultando de uma “negociação” entre a pessoa e o ambiente e conduzindo a ativação exagerada ou diminuída do organismo.

A palavra estresse é frequentemente usada para referir-se tanto a causa do estresse, como uma resposta. A resposta de estresse apresenta dois componentes, um psicológico e outro fisiológico. O componente psicológico da resposta ao estresse envolve emoções como ansiedade e tensão. O componente fisiológico da resposta ao estresse envolve mudanças corporais, como frequência cardíaca e pressão sanguínea aumentada e tensão muscular. Ambos os componentes nos preparam para ação física – lutar ou fugir (teoria de Cannon & Bard), além de serem de natureza desagradável provocando no organismo motivação para reduzi-la (HOLMES, 2001).

1.3.1 O estresse e a resposta emocional

A *teoria de James-Lang* (William James e Carl Lang) da emoção postula que os estressores disparam respostas fisiológicas, os quais por sua vez, conduzem a respostas psicológicas (Figura 1). Ou seja, a partir do aumento da frequência cardíaca suscita no indivíduo a experimentação do medo (HOLMES, 2001). Em 1884, William James em uma proposta semelhante à que foi feita por Descartes no século XVII, afirmou que o modo como a pessoa interpreta as mudanças físicas em uma situação a induz a sentir a emoção. James postula que as mudanças físicas ocorrem em padrões distintos e que se traduzem diretamente numa emoção específica (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005).

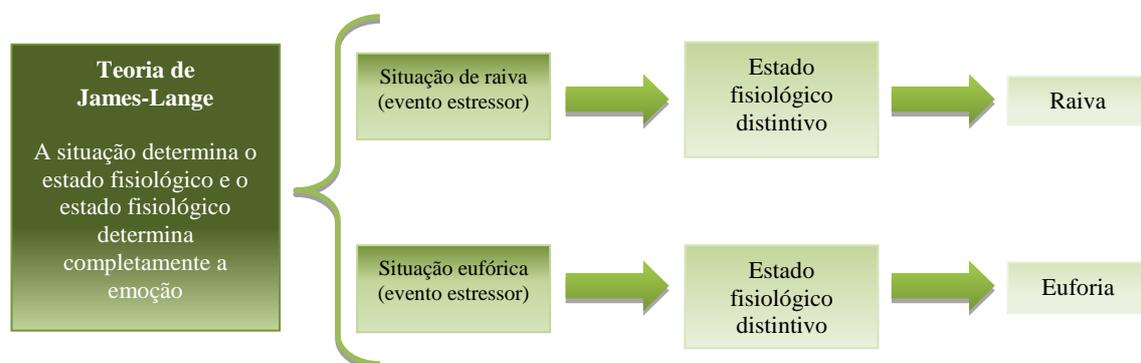


Figura 1 - Teoria de James-Lange
Fonte: Gazzaniga; Heatherton, 2005

Uma implicação da teoria da teoria de James-Lange é a modelação de músculos faciais para imitar um estado emocional é o processo de ativação da emoção associada. De acordo com a *hipótese do feedback facial*, proposta por Silvan Tomkins em 1963, as expressões faciais desencadeiam a experiência da emoção. Diversos estudos subsequentes têm sustentado apenas em parte a teoria de James, de que padrões específicos de mudanças físicas são a base dos estados emocionais (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005). As evidências para esta explicação contraintuitiva vêm de achados de que drogas que provocam estimulação fisiológica (ex., aumento da frequência cardíaca) podem levar a experiências de emoções (ex., medo) na ausência de qualquer razão para sentir medo (HOLMES, 2001).

A *teoria de Cannon-Bard* (Walter Cannon e Philip Bard) da emoção (Figura 2) postula que os estressores disparam respostas psicológicas (emoções), as quais por sua vez conduzem a respostas fisiológicas (HOLMES, 2001). A informação de um estímulo produtor de emoção é processada em estruturas subcorticais, provocando a experiência de duas coisas separadas aproximadamente ao mesmo tempo: uma emoção e uma reação física. Evidências recentes da pesquisa sobre o cérebro confirmam a ideia de que existem vias separadas para o processamento da informação emocional (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005).

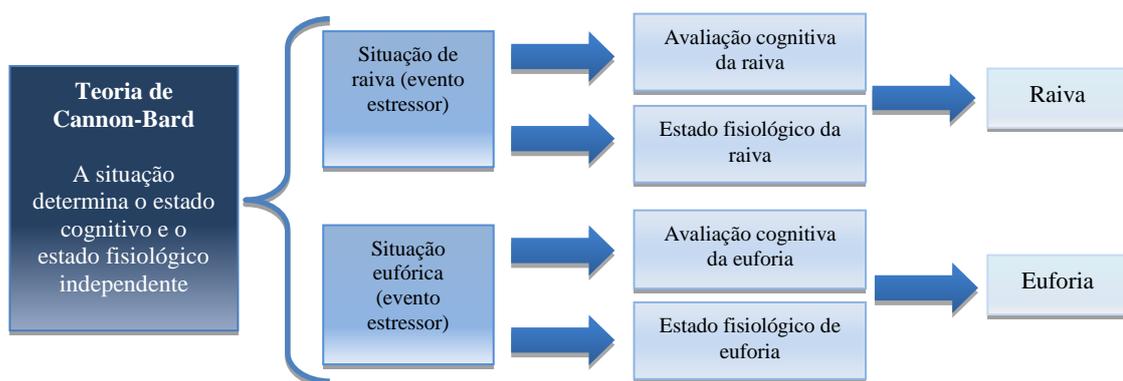


Figura 2 - Teoria de Cannon-Bard
Fonte: Gazzaniga; Heatherton, 2005

Stanley Schachter desenvolveu a hipótese de que as emoções são a interação de excitação fisiológica e avaliações cognitivas. Essa premissa denominada de *teoria dos dois*

fatores da emoção propunha que toda situação evoca tanto uma resposta fisiológica, tal como excitação, quanto uma interpretação cognitiva, ou rótulo de emoção. Tal emoção apesar de estar relacionada à situação não pode ser considerada a expressão genuína do evento específico, pois pode ser originada a partir de um equívoco. O que denominamos de *Transferência de excitação (arousal)* constitui uma forma de atribuição errônea em que a excitação fisiológica residual causada por um evento é percebida como oriunda de um novo estímulo (GAZZANIGA; HEATHERTON, 2005; KOLB; WHISHAW, 2002).

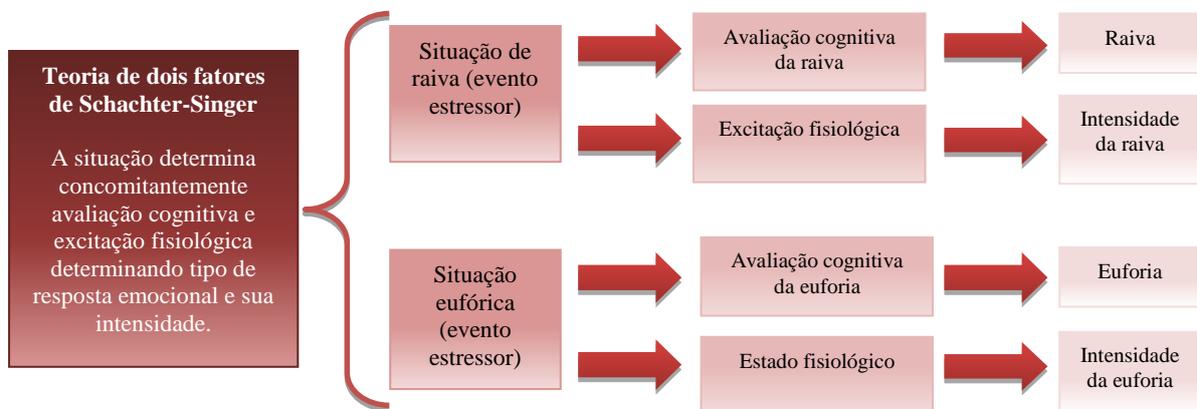


Figura 3 - Teoria de dois fatores de Schachter-Singer
Fonte: Gazzaniga; Heatherton, 2005

PEREIRA (2000) atesta que dependendo da percepção que o indivíduo tem da situação, da sua interpretação do evento estressor e do sentido a ele atribuído, teremos ou não a condição de estresse. Os eventos operam como estressores na medida em que sobrecarregam ou excedem os recursos adaptativos da pessoa. Nesse sentido, a contrapartida do estresse é o *coping* (enfrentamento), que se refere a um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados com o objetivo de lidar com demandas específicas internas ou externas, que surgem em situações de estresse. Os estudos mais recentes sobre estresse têm investigado as consequências deste com certa ênfase nos comportamentos de *coping* que podem aliviar os aspectos negativos dessas situações.

1.3.2 Síndrome da Adaptação Geral

Gazzaniga e Heatherton (2005) abordam que nos anos de 1930, Hans Selye começou a estudar os efeitos fisiológicos dos hormônios sexuais, injetando em ratos amostras de outros animais. O exame dos ratos do estudo apontou glândulas suprarrenais aumentadas, níveis diminuídos de linfócitos no sangue e úlceras estomacais. Selye supôs que a causa dessas mudanças fosse os hormônios forasteiros, de modo que realizou testes adicionais, utilizando diferentes tipos de substâncias químicas. Dentre outras leves variações, observou um padrão tripartido de glândulas suprarrenais inchadas, estruturas linfáticas atrofiadas e úlceras estomacais. Selye concluiu que essas três respostas configuravam a marca característica da resposta de estresse não específica.

Selye cunhou o termo estresse fisiológico emprestando o conceito da engenharia, o popularizou e contribuiu para a maior parte do conhecimento inicial sobre a resposta de estresse. Além dos trabalhos com animais, também desenvolvia estudos sobre estresse a partir da observação e análise das reações fisiológicas dos mergulhadores da marinha norte-americana submetidos a situações extremas. Hans Selye denomina o conjunto das reações fisiológicas às agressões diversas, pelo termo de “Síndrome da adaptação geral” (JEAMET; REINAUD; CONSOLI, 2000).

A Síndrome de Adaptação Geral (SAG), um padrão consistente de respostas identificado por Selye, consiste em três estágios: estágio de alarme, estágio de resistência e estágio de exaustão. A SAG ocorre juntamente com respostas fisiológicas específicas a determinados estressores. O primeiro momento é denominado de *estágio de alarme*, uma reação de emergência que prepara o corpo para lutar ou fugir. Neste estágio, as respostas fisiológicas visam a impulsionar capacidades físicas enquanto reduzem as atividades que tornam o indivíduo vulnerável à infecção após ferimentos (ativação do sistema nervoso autônomo simpático e eixo Hipotálamo-Hipófise (pituitária)-Adrenal). No segundo momento

denominado de *estágio de resistência*, as defesas são preparadas para um ataque mais longo e duradouro contra o estressor; a imunidade a doenças continua a aumentar lentamente enquanto o corpo maximiza suas defesas. Entretanto, o corpo acaba entrando no *estágio de exaustão*, em que vários sistemas fisiológicos e imunes fracassam. Esse é o estágio em que o corpo poderia estar exposto a infecções e doenças. Os órgãos corporais que já estavam fracos antes do estresse são os primeiros a falhar (LIPP, 2000; KOLB; WHISHAW, 2002; PURVES, 2005).

Os princípios gerais da teoria da Síndrome de Adaptação Geral (SAG) foram confirmados por pesquisas científicas, aumentando a relevância dos trabalhos de Hans Selye sobre estresse e alterações fisiológicas em animais e humanos.

Nos estudos desenvolvidos por Sapolsky *et al* (1990, *apud* SKOOP, 2007) com babuínos selvagens no Quênia, que naquele momento haviam se tornado uma peste para a agricultura e por esse motivo haviam sido capturados e colocados em jaulas, descobriram que alguns dos macacos adoeceram e morreram de uma síndrome que parecia estar relacionada ao estresse crônico. Babuínos selvagens mantêm uma complexa hierarquia social e os machos subordinados tendem a manter-se afastados dos machos dominantes sempre que possível. Dentro da mesma jaula, vários dominantes estabelecem brigas (algumas vezes mortais) pela liderança. Incapazes de escapar dos machos dominantes, muitos dos machos subordinados morreram, não por ferimentos ou subnutrição, mas aparentemente devido aos efeitos severos e continuados induzidos pelo estresse. As autópsias mostraram altas taxas de úlceras gástricas, glândulas adrenais aumentadas e degeneração hipocampal pronunciada (KOLB; WHISHAW, 2002; BEAR, 2002).

Kolb e Whishaw (2002) salientam que o organismo mobiliza seus recursos para enfrentar seu desafio e em seguida encerra a resposta ao estresse (se o fator estressante for eliminado). O encéfalo é o responsável pela ativação da resposta ao estresse. Quando a

ameaça é extinta, ele próprio provoca a desativação quando instrui o hipotálamo a cessar a produção do hormônio liberador da corticotropina e conseqüentemente a de ACTH pela neurohipófise (pituitária), e assim cessar a resposta ao estresse. Nesse sentido, o hipocampo tem uma função na desativação da resposta ao estresse. O hipocampo contém uma alta densidade de receptores de cortisol, além de axônios que se projetam para o hipotálamo. Conseqüentemente, o hipocampo é bastante adequado para detectar cortisol no sangue e instruir o hipotálamo a reduzir esses níveis.

Porém isso não é tudo, se tais níveis permanecem elevados por causa de uma situação contínua de estresse induzido, os altos níveis de cortisol podem causar danos ao hipocampo. O hipocampo danificado é incapaz de desempenhar sua função de reduzir os níveis de cortisol. Isso estabelece um círculo vicioso no qual o hipocampo sofre degeneração progressiva e os níveis de cortisol não são controlados. (KOLB; WHISHAW, 2002; PURVES, 2005).

Jeamet, Reinaud e Consoli (2000) consideram que Selye retomou anos mais tarde, os resultados do conjunto de sua obra, vendo sempre no estresse o “resultado não específico” (quer dizer, comum) de todo pedido imposto ao corpo, quer o efeito seja mental ou somático. Uma confusão terminológica foi favorecida pelos escritos do próprio Selye quando aproximadamente no final de sua carreira, ele se propôs a distinguir o “bom estresse” denominado *eustresse*, do estresse intenso gerador de prejuízo denominado *distresse*. Sublinhado com razão que nem toda perturbação de homeostasia do organismo é potencialmente nociva.

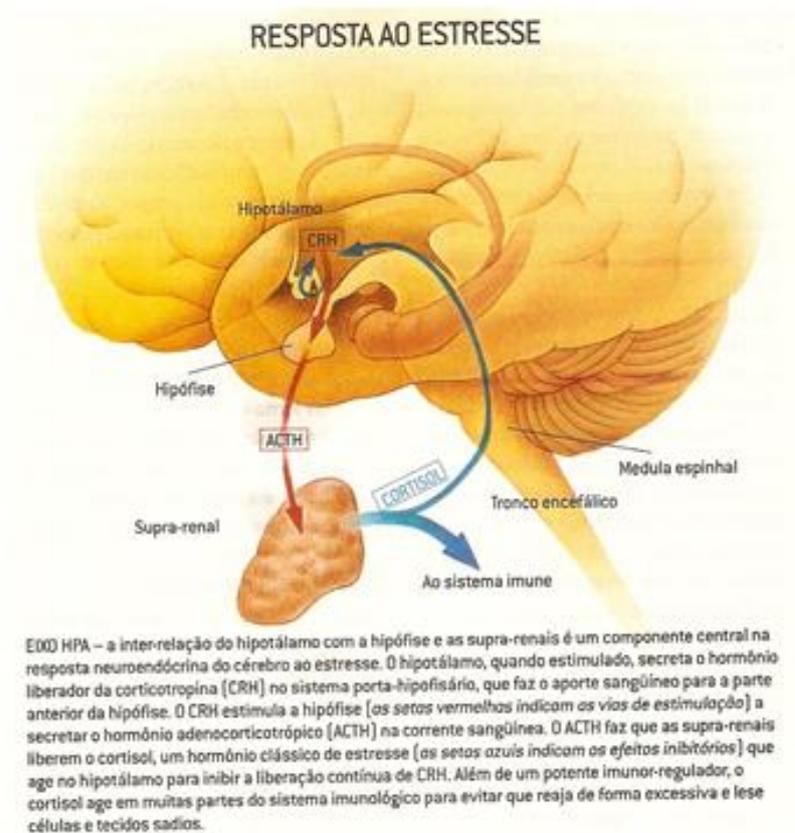


Figura 4 - Atividade do eixo HPA (Hipotálamo – Hipófise (pituitária) – Adrenal)
 Fonte: Revista Scientific American Brasil: Os segredos da Mente – edição especial

1.3.3 O eixo simpático e o eixo corticotrópico

Gazzaniga e Heatherton (2005) postulam que a neurociência não duvida que os estressores levem à ativação do *eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal* (HPA). Durante uma resposta de estresse, o hipotálamo secreta um hormônio chamado *fator liberador de corticotropina* (FLC), que estimula a pituitária (P) a liberar o *hormônio adrenocorticotrópico* (ACTH) na corrente sanguínea. O ACTH age sobre o córtex da glândula adrenal (A), também denominada suprarrenal, para liberar glicocorticoide (geralmente referidos como cortisol), um tipo de hormônio esteroide, das glândulas adrenais (suprarrenais).

Kolb e Whishaw (2002) afirmam que são os glicocorticoides que produzem muitos dos efeitos corporais de resposta ao estresse, tal como decompor o glicogênio e convertê-lo em glicose, o que ajuda a atender as necessidades imediatas de energia. Quando os níveis de glicocorticoides estão suficientemente altos, o sistema nervoso central interrompe o processo que libera o hormônio adrenocorticotrópico. Contudo, como leva de quinze minutos a uma hora para que os glicocorticoides atinjam um nível suficiente para sinalizar a terminação do ACTH, a presença continuada de glicocorticoides na corrente sanguínea sustenta seus efeitos por um tempo considerável após a ocorrência do estressor. Além dos glicocorticoides, as glândulas suprarrenais também liberam noradrenalina e adrenalina, devido à ativação do sistema nervoso simpático.

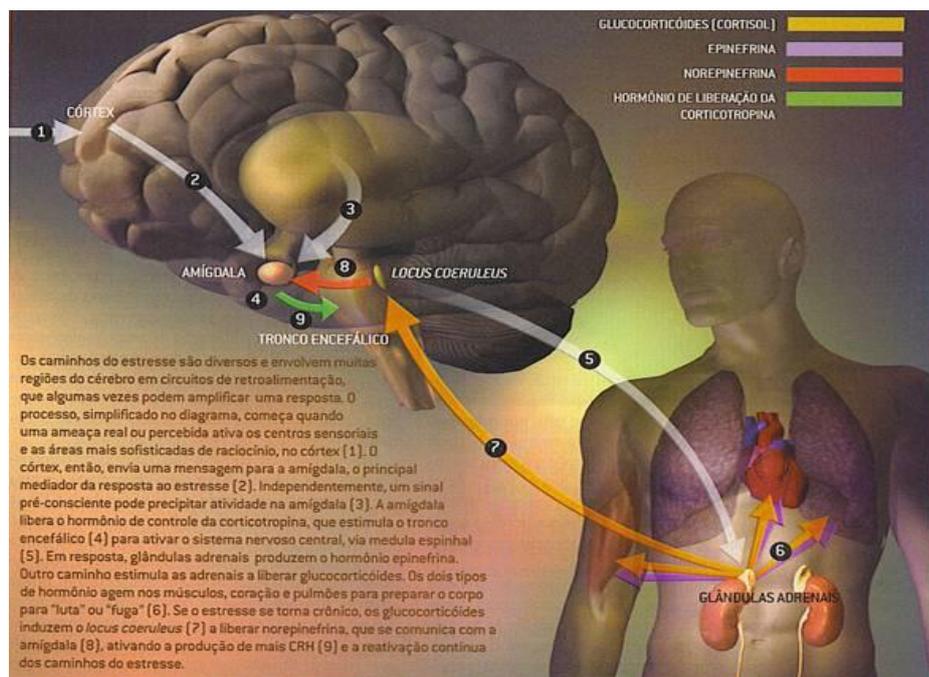


Figura 5 - As vias do estresse no organismo

Fonte: Revista Scientific American Brasil: Os segredos da Mente – edição especial

Quanto à ativação do eixo simpático, Jeamet, Reinaud e Consoli (2000) afirmam que as catecolaminas, adrenalina (secretada pela supra renal) e a noradrenalina (secretada pelas terminações nervosas simpáticas) são responsáveis pela maior parte das respostas imediatas à

agressão (taquicardia, aumento da pressão arterial, vasodilatação muscular, vaso constrição do trato digestivo, aumento do calibre brônquico, hiperglicemia por glicogenólise, hipertrigliceridemia por lipólise, aumento da termogênese, piloereção, etc.).

As catecolaminas são estocadas pelas células enterocromafins da medula suprarrenal e das vesículas das terminações nervosas simpáticas: elas são assim imediatamente liberadas em situação de estresse, com um pico secretor dois minutos após o estímulo (PURVES, 2005).

Bear (2002) atesta que podemos compreender esquematicamente o conjunto das modificações fisiológicas induzidas como uma mobilização muito rápida de energia e uma redistribuição energética a favor dos tratos muscular e cerebral, em vista de um dispêndio imediato no quadro de uma resposta comportamental de *luta* ou de *fuga*.

Jeamet, Reinaud e Consoli (2000) afirmam que a ativação do eixo corticotrópico, ela se reforça e substitui à ação do eixo simpático, ela parece ao mesmo tempo preparar o organismo para resistir, certamente para sofrer passivamente, esperando o afastamento do perigo, e para “resistir”, “perdurar”, sem esgotar seus recursos internos.

Olf, Langeland e Gersons (2005) afirmam que a experimentação animal tende confirmar essa relação e aponta para certa dicotomia funcional entre os eixos simpático e corticotrópico, constatado, por exemplo, nas colônias de ratos obrigados a interagir uns com os outros uma hiperatividade preferencial do sistema simpático nos ratos “dominadores” e inversamente, uma elevação preferencial dos glicocorticoides circulantes nos ratos “submissos”. Essa dicotomia distingue os dispositivos fisiológicos de resposta ao estresse em: o **eixo dito de esforço** (o eixo simpático) e um **eixo de angústia** (eixo corticotrópico).

Jeamet, Reinaud e Consoli (2000) sintetizam que no momento em que toda situação associada ao sentimento de uma manutenção do controle sobre ambiente ou a tentativas ativas para manter tal controle parecem estimular preferencialmente o eixo simpático, enquanto que

toda situação associada a um sentimento de perda de controle, ou a um comportamento de submissão e de passividade parece estimular preferencialmente o eixo corticotrópico.

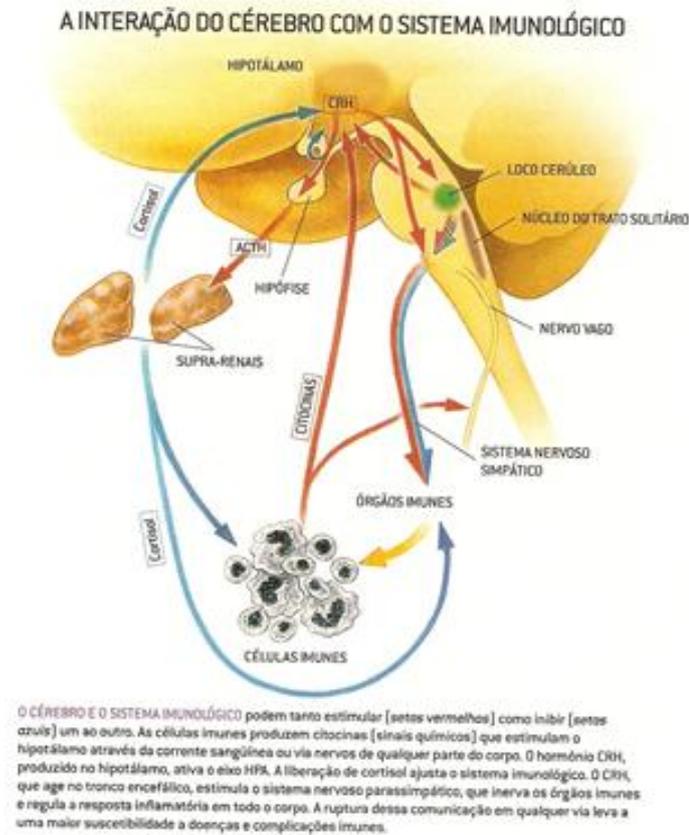


Figura 6 - A atividade do estresse no sistema imunológico
 Fonte: Revista Scientific American Brasil: Os segredos da
 Mente – edição especial

1.4. A doença do coração e o sofrimento emocional

1.4.1 A informação sobre ter doença cardíaca

A possibilidade de ocorrência de transtornos de humor, em particular os episódios depressivos, a partir do diagnóstico médico, está associada ao conjunto de significantes emocionais que a cardiopatia traz ao paciente, em particular a ameaça ou medo da morte (ROMANO, 2000).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de um quarto de todas as mortes no mundo e por aproximadamente metade das mortes em países desenvolvidos (WHO, 2002).

A partir do estudo bibliográfico de Hayasida (2010) verificou-se que o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) indica que as taxas de mortalidade são causadas por doenças isquêmicas do coração, seguido pelo infarto agudo do miocárdio e doença reumática aguda e crônica (BRASIL, 2005). Observou-se ainda, que estas doenças respondem por quase metade das mortes entre homens e mulheres, com mais de 30 anos, e por um terço das mortes na América Latina. Elas também são vistas como a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil: Em 1930 representavam 11,8%, em 1980, 30,8% e em 1994, 28% das mortes (TIMERMAN; SOUZA; SERRANO, 2001). Ao considerarmos os registros do serviço de saúde pública, em 2003, nas internações realizadas no Brasil pelo Serviço Único de Saúde (SUS), as doenças cardiovasculares (DCV) ocuparam o segundo lugar entre os homens, seguidas das doenças respiratórias; em terceiro lugar, entre as mulheres, internações decorrentes de problemas obstétricos e doenças respiratórias. As DCV assumem a principal posição para ambos os sexos (quase 20%) de todo o valor gasto com internação no SUS, que estão associadas a cirurgias ou a procedimentos (LOTUFO, 2005 *apud* HAYASIDA, 2010).

No Brasil, o risco para doença isquêmica do coração tem diminuído nas regiões sul e sudeste, onde ocorre os avanços da política de controle e prevenção e também, da tecnologia. Contudo, o risco aumenta nas regiões menos favorecidas a exemplo do centro-oeste (TIMERMAN; SOUZA; SERRANO, 2001).

1.4.2 Aspectos gerais das implicações da ansiedade, depressão e qualidade de vida sobre a doença cardiovascular

As DCV's representam, entre outras, as doenças que mais contribuem para morbimortalidade precoce, no perfil epidemiológico das sociedades urbano-industriais, principal causa de morte e de incapacidade para 2010 (WHO, 2002).

Hayasida (2010) sintetiza a partir de alguns estudos que na composição etiológica multifatorial das doenças cardiovasculares, o estresse encontra-se entre os principais agentes causadores como a predisposição genética, o tabagismo, a hipertensão arterial, elevação do colesterol sérico, a vida sedentária, a obesidade e a diabetes *mellitus*. Embora as doenças cardiovasculares prevaleçam em pessoas do sexo masculino, elas têm acometido um grande número de mulheres, principalmente após a menopausa quando há a diminuição do hormônio estrogênio.

A dinâmica emocional do doente cardíaco é marcada por um abalo sofrido pela perda da onipotência e a sensação de se tornar uma pessoa com limitações. Esta dinâmica emocional pode levar o paciente a apresentar um conjunto de alterações emocionais que podem ir desde a conduta de agressividade e agitação até a manifestação de episódios afetivos maníacos e em particular, os depressivos (OLIVEIRA, 2001).

Em todas estas situações clínicas, caracterizadas a partir das diretrizes diagnósticas do CID-10, são, portanto, frequentes as queixas clínicas do ponto de vista cardíaco, como a dor torácica, a taquicardia e a dispneia, as quais estão correlacionadas às alterações emocionais ou as chamadas psiconeuroses emocionais.

Frente a estas dimensões emocionais do adoecimento do paciente, sejam elas decorrentes das vivências emocionais diante da cardiopatia e /ou do processo cirúrgico, bem como da correlação estreita entre sintoma cardiovascular e as psiconeuroses emocionais, faz-

se, portanto, necessária a intervenção psicológica como auxílio terapêutico associada ao tratamento médico (ROMANO, 2000).

Os pacientes portadores de cardiopatia isquêmica tem qualidade de vida pior em relação a população em geral. Torres (2004) apud Fleck (2008) p.198, aponta a comparação dos resultados do teste SF-36 de pacientes com infarto agudo do miocárdio e angina instável com os resultados da população espanhola e observaram que os pacientes com cardiopatia apresentavam escores abaixo do percentil 25 dos resultados da população geral em todos os domínios do instrumento, principalmente nas pessoas com menos de 65 anos.

Nas situações clínicas nas quais a existência de quadros psicopatológicos ou de transtornos emocionais é o elemento responsável pelo processo de adoecimento do paciente e suas repercussões do ponto de vista da formação do processo de somatização cardiovascular, o acompanhamento psicológico nesse sentido é sugerido com intuito de possibilitar ao paciente a reestruturação cognitiva, emocional e então a compreensão do paralelo entre o adoecimento psíquico e o adoecimento físico através da correlação dos sintomas (ITO, 2004).

O paciente deve ser capaz de reconhecer o papel que o estilo de vida tem sobre a doença, principalmente os fatores desencadeantes e/ou de agravamento do quadro, e sugerir formas alternativas que promovam melhor adaptação e qualidade de vida (KNAPP, 2004).

A identificação de pensamentos e emoções negativas relacionados com a doença clínica constitui etapa fundamental no processo de mudança de atitude do paciente perante o seu problema. Incertezas sobre a doença geram ansiedade, a qual, por sua vez, pode influenciar mudanças físicas e sensações corporais (KNAPP, 2004).

Nas situações clínicas em que não são evidenciados achados clínicos diagnósticos que apontem para existência de uma determinada cardiopatia, onde as queixas clínicas são decorrentes das chamadas psiconeuroses emocionais, o acompanhamento psicológico atua no sentido de fornecer ao paciente as estratégias, que facilitem a identificação e alteração de

comportamentos relacionados ao desencadeamento e à manutenção da doença e de problemas associados e que permitam maior aceitação das limitações impostas pela situação/doença.

Diante das considerações até aqui expostas envolvendo nuances da compreensão da relação da doença cardiovascular com o sofrimento emocional e qualidade de vida, qualifica-se como relevante o desenvolvimento da pesquisa por servir como mais um instrumento de aprofundamento sobre a temática, porém, desta vez, enfocando a população do centro de referência estadual em tratamento cardiovascular e abordando a relação entre estresse, ansiedade, depressão e qualidade de vida em um mesmo estudo. Existe um número considerável de estudos enfocando esta discussão no Brasil e no mundo, seja partindo da premissa da doença cardíaca e do estresse associado, seja partindo do estresse como fator precipitante para a doença cardíaca. É fundamental que tal reflexão ocorra também em uma perspectiva mais local, a fim de termos um panorama das características dessa população e assim desenvolver uma referência para avançarmos com outros estudos suscitados a partir deste.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo deste estudo foi investigar o sofrimento emocional em pacientes com DCV e a correlação com o estresse, ansiedade, depressão e qualidade de vida.

2.2 Objetivos específicos

- Buscou-se também investigar complementarmente os indicadores de estresse em pacientes com doença cardiovascular;
- Correlacionar o estresse com a ansiedade e depressão em pacientes com doença cardiovascular;
- Averiguar a relação entre o estresse e os indicadores de qualidade de vida em pacientes com DCV;
- Identificar e descrever o estresse e seus desdobramentos biológicos, psicológicos, comportamentais em pacientes com Doença Cardiovascular (DCV).

3 MÉTODO

O estudo referiu-se à investigação de sintomas de estresse, ansiedade, depressão e sua implicação na qualidade de vida de pacientes com doença cardiovascular, todos os participantes eram usuários do serviço de cirurgia cardíaca do Hospital Universitário Francisca Mendes. Foi utilizada amostra de conveniência com um total de 83 (oitenta e três) participantes. Trata-se de uma pesquisa teve quantitativa, com observação de campo sendo apresentadas características descritivas e analíticas.

3.1 Local de estudo

A pesquisa se desenvolveu no Hospital Universitário Francisca Mendes – HUFM o qual foi inaugurado no dia 21 de junho de 1999, pelo então Governador do Amazonas, Amazonino Mendes sob o título de Hospital do Servidor Público Dona Francisca Mendes. A direção do Hospital na época ficou a cargo da Associação Beneficente de Assistência e Hospitalar (Pró-Saúde) que projetou uma administração para ser referência na região norte.

Ao longo dos anos o hospital foi crescendo em todas as direções de tratamento de saúde (clínica médica, neurologia, ginecologia, urologia, endocrinologia, pediatria, cardiologia, ortopedia, oftalmologia e cirurgia geral) tornou-se referência no Estado do Amazonas. Neste contexto a Universidade Federal do Amazonas assumiu em abril de 2003, a direção da unidade hospitalar que passou a ser denominado Hospital Universitário Francisca Mendes que teve como primeira medida a reformulação dos serviços médicos prestados e a universalização dos usuários.

Como instituição de alta e média complexidade, proporciona atendimento ambulatorial nas seguintes especialidades de saúde: neurologia, cirurgia vascular, pneumologia,

cardiopediatria, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, bem como exames simples e complexos, que soma-se a rede do Serviço Único de Saúde – SUS. O HUFM mantém atendimento ambulatorial e cirúrgico em ginecologia, disponibilizando os programas como: Climatério, Pré-Natal, Serviço de Atendimento às Vítimas de Agressão Sexual (SAVAS), Planejamento Familiar, além de manter os serviços em ginecologia geral, mastologia, uroginecologia, tocoginecologia, dentre outros.

No ano de 2010, o Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM), referência no tratamento de doenças cardíacas, continuou prestando diversos serviços, tais como: consultas (na área de cardiologia e em suas ramificações, como: coronariopatia, arritmia, anticoagulação, etc), procedimentos invasivos (cateterismos, angioplastias, embolições, cirurgias cardiovasculares dentre outros) e serviços de apoio diagnóstico (ecocardiograma, teste ergométrico, holter 24h, cintilografias, angiografias, tomografias, angiorressonâncias, ressonâncias, etc) à população geral proveniente da capital e interior do Estado do Amazonas, bem como de outros estados circunvizinhos, atendida por meio do Sistema Único de Saúde. O HUFM constitui-se como um centro de tratamento de doenças do coração, desde o trabalho preventivo até o curativo, dispondo de consultórios, enfermarias, Unidade de Tratamento Intensivo e Centro Cirúrgico preparado para a realização de cirurgias cardíacas de alta complexidade em um serviço de qualidade.

3.2 Participantes

A ocorrência de variáveis intervenientes gerou alterações no desenvolvimento tanto na amostra quanto no tempo de execução. Tal condição suscitou a necessidade de rever os parâmetros, que anterior ao início da pesquisa previa uma amostra composta de 200 voluntários de ambos os sexos, com idade entre 40 e 80 anos, usuários do serviço de saúde

pública em atendimento no ambulatório de cirurgia cardíaca do Hospital Universitário Francisca Mendes. A determinação da amostra se deu em função da busca por relevância estatística na aplicação da porcentagem de 15% a 30% por cento do universo estimado de 960 pacientes atendidos no ambulatório de cirurgia cardíaca durante o período de três meses. Diante das intercorrências inerentes a rotina do hospital ocorrida durante o processo de coleta de dados e considerando o cronograma disponível para execução da pesquisa, até a data limite para coletar dados, a amostra da pesquisa foi composta de 83 voluntários, de ambos os sexos, com idade entre 23 e 89 anos, usuários do serviço de saúde pública em atendimento no ambulatório de cirurgia cardíaca e/ou nas clínicas cardiológica e cirúrgica do Hospital Universitário Francisca Mendes.

Tal procedimento oportunizou avançar no estudo e concomitantemente ampliar a ideia sobre o a execução da pesquisa utilizando a flexibilização como mecanismo para adaptação sem comprometer a relevância dos resultados.

Continuando a descrição da população, os dados apontaram que o tempo médio de diagnóstico da doença cardíaca durante esse processo de análise do estresse, ansiedade, depressão e qualidade de vida foi de 12,76 meses. A distribuição de predominância do intervalo de tempo no tratamento após o diagnóstico ocorreu com 31,3% em até três meses, 19,3% em até seis meses, 18,1% em até 9 meses, 7,2% em até 12 meses, 12% em até 24 meses e 12% em mais de 24 meses. Quanto ao tipo de tratamento, os dados apontaram o maior percentual (53%) para pacientes a serem submetidos à intervenção Revascularização do Miocárdio (RM). Para intervenção Troca de Válvula Aórtica (TVA) 29% e para Troca de Válvula Mitral (TVM) a submissão seria de 12% dos pacientes.

3.3 Critérios de inclusão no estudo

- Pacientes vinculados ao Ambulatório de Cirurgia Cardíaca do HUFM com diagnóstico inicial de doença cardiovascular relacionado à Valvopatia ou Coronariopatia;
- Ambos os sexos;
- Adultos, maiores de 21 anos;
- Aceitar voluntariamente participar da pesquisa registrando-se aval através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO).

A amostra foi composta com participantes de ambos os sexos, com idade entre 23 e 89 anos, sendo 73,5% do sexo masculino e 26,5% do sexo feminino. A idade média encontrada para essa população foi de 57 anos sendo observada a ocorrência de distribuição equilibrada entre os intervalos de idade (intervalo de dez anos).

3.4 Critérios de exclusão da amostra

Não houve nenhum caso de exclusão da amostra. Os sujeitos seriam excluídos se apresentassem:

- Indicativos de problemas neurológicos e psiquiátricos;
- Indicativos de dificuldades sensoriais impeditivas ao uso dos instrumentos utilizados no estudo;
- Solicitação para se retirarem do estudo, em qualquer momento.

3.5 Considerações éticas

O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade federal do Amazonas com registro CAAE nº 0319.0.115.000-11.

Quanto às considerações éticas, foram oferecidos aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, procurando atender as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O termo foi lido e esclarecido em encontro com os participantes minutos antes da aplicação do questionário, sendo assinado pelo próprio participante e pelo pesquisador. Foi impresso em duas vias, onde permaneceu uma cópia para cada uma das partes envolvidas no estudo.

Neste, havia informações sobre os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da participação, a não divulgação da identidade dos participantes utilizando nomes fictícios, a metodologia do processo de coleta e análise de dados, bem como o destino dos questionários. Constatou o direito de retirar-se da pesquisa em qualquer momento sem registro de bônus ou ônus para o participante, e atestou-se ainda que todo o material seria utilizado para fins desta pesquisa, podendo a mesma ser publicada em forma de artigo ou livro.

3.6 Instrumentos

Os instrumentos utilizados na pesquisa para levantamento de dados na avaliação psicológica foram o questionário sócio-demográfico, Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Inventário Beck de Depressão (BDI) e o WHOQOL-Bref.

Questionário sociodemográfico - O questionário sócio-demográfico constitui-se como instrumento na coleta de dados da pesquisa e é concebida como uma ferramenta estruturada por uma série ordenada de perguntas, com objetivo de caracterizar os participantes a partir de um conjunto de variáveis (LAKATOS, 2008). Neste projeto de pesquisa o questionário visa à caracterização em termos de idade, gênero, escolaridade, estado civil, tempo de infecção e tempo de tratamento.

Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (*ISSL*) (Lipp, 2000) - A estrutura teórica desse instrumento parte da premissa de que o estresse emocional é uma reação complexa e global do organismo, envolvendo componentes físicos, mentais, psicológicos e hormonais, que se desenvolve em etapas, ou fases. Lipp identificou após quinze anos de pesquisas no laboratório de Stress da Pontifícia Universidade Católica (PUC) – Campinas, uma expansão do modelo trifásico (alerta, resistência e exaustão) desenvolvido por Hans Selye em 1936. O modelo quadrifásico proposto por Lipp (2000) inclui outra fase denominada de quase-exaustão localizada entre a resistência e a exaustão. Na fase do Alerta – considerada a fase positiva do estresse, o ser humano se energiza através da produção de adrenalina, há ativação do senso de sobrevivência e sensação de plenitude é frequentemente alcançada. Na segunda fase – a da Resistência – a pessoa automaticamente tenta lidar com os seus estressores de modo a manter sua homeostase interna. Se os fatores estressantes persistirem em frequência ou intensidade, há uma quebra na resistência da pessoa e ela passa a fase de Quase-exaustão. Nesta fase o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que possuem uma maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deterioração. Se não há alívio para o estresse por meio da remoção dos estressores ou pelo uso de estratégias de enfrentamento, o estresse atinge a sua fase final – a da Exaustão – quando doenças graves podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como enfarte, úlceras, psoríase,

depressão e outros. O modelo quadrifásico do estresse constitui a base teórica na construção do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp.

O Inventário Beck de Ansiedade (*Beck Anxiety Inventory – BAI*) (CUNHA, 2001) – foi criado por Beck, Epstein, Brown, e Steer, em 1988, que descrevem o desenvolvimento do instrumento e fornecem informações sobre suas propriedades psicométricas. A escala foi construída com base em vários instrumentos de autorrelato, usados para medir aspectos da ansiedade (BECK; STEER, 1993 a), dos quais foram selecionados os itens que passaram a compor o inventário. O BAI é uma escala de autorrelato, que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade. A versão em português foi utilizada em grupos psiquiátricos e não psiquiátricos, inclusive em estudantes, e também em trabalhos que envolveram outros sujeitos da comunidade. Os dados sobre fidedignidade e validade, baseados em dados das amostras originais são amplamente satisfatórios.

Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory – BDI*) – é a sigla pela qual é universalmente conhecido o instrumento Inventário de Depressão, para medida da intensidade da depressão, um dos primeiros dimensionais desse tipo (BECK *et al*, 1975). Foi originalmente criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1982). Foi inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão, para uso com pacientes psiquiátricos, sendo que muitos estudos sobre suas propriedades psicométricas foram realizadas nos anos seguintes ao seu aparecimento (Beck, 1967 b), passando a ser utilizado amplamente, tanto na área clínica como na de pesquisa e mostrou-se um instrumento útil também para a população geral. Trata-se de uma escala de autorrelato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão.

Questionário de Qualidade de Vida (forma reduzida) WHOQOL-*Bref* – A iniciativa da Organização Mundial da Saúde para desenvolver uma escala de qualidade de vida se deu por

diversos motivos. Nos últimos anos tem crescido o foco da avaliação em saúde, indo além os indicadores tradicionais de saúde tais como: mortalidade e morbidade; para a inclusão da mensuração do impacto de doenças e prejuízo no comportamento e atividades diárias; mensuração da percepção de saúde e avaliação do *status* funcional e desadaptativo. Trata-se de uma escala que mensura a qualidade de vida a partir de quatro domínios, a saber: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (WHOQOL GROUP, 1998).

3.7 Procedimentos

As atividades foram desenvolvidas a partir da realização de uma pré-triagem através da verificação de prontuários para pré selecionar os pacientes com os diagnósticos de Valvopatia e Coronariopatia. O contato com o paciente com diagnóstico de doença cardiovascular ocorreu nas enfermarias das clínicas denominadas Cardiológica I, Cardiológica II e Clínica cirúrgica. Os pacientes internados na clínica cardiológica I e II estavam por processo de refinamento do diagnóstico, passando por exames ou tratamentos de doenças coadjuvantes impeditivas à intervenção cirúrgica. Os pacientes da clínica cirúrgica aguardavam a intervenção, pois estavam inclusos no mapa de cirurgia.

Para fins de análise os pacientes foram divididos não por cardiopatologias, mas por formas de tratamento. O estudo se pautou nos tratamentos existentes e mais amplamente utilizados no serviço de cirurgia cardíaca, que são TVAO, TVM e RM.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa durante a visita ao leito nas clínicas cardiológicas e na clínica cirúrgica e em seguida foram encaminhados para uma sala onde se realizaram os seguintes procedimentos: assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), Aplicação do questionário sócio demográfico, Inventário de Sintomas de

Stress para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Inventário Beck de Depressão e WHOQOL-Bref.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O capítulo se inicia com a análise de aspectos sociodemográficos da população em estudo e avança abordando o estresse e sua relação com paciente acometido de cardiopatia a partir das variáveis a serem apresentadas. Seguindo o capítulo, desenvolve-se a análise da ansiedade, focando na prevalência e classificação das condições de incidência. No olhar sobre a depressão, busca-se o enfoque sobre a sua prevalência, classificação clínica e sua relação com o paciente cardíaco. Por fim, apresenta-se a verificação da qualidade de vida com base em quatro diferentes domínios propostos pelo próprio instrumento de avaliação.

A correlação de dados estatísticos foi realizada partindo da aplicação do questionário sócio demográfico e instrumentos psicológicos junto à população investigada. Foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences – SPSS V. 17* para o tratamento estatístico. Este programa possibilitou obter as frequências de dados, análise das médias e proporções para comparação. A pesquisa tem natureza quantitativa e apresenta estrutura de pesquisa de campo.

4.1 Dados sociodemográficos

As características sociodemográficas apontam a população do estudo com idade entre 23 e 89 anos, sendo 73,5% do sexo masculino e 26,5% do sexo feminino. A idade média encontrada para essa população foi de 57 anos sendo observada a ocorrência de distribuição equilibrada entre os intervalos de idade (intervalo de dez anos). Quanto ao tempo dispensado ao estudo ao longo da vida observou-se o reduzido tempo em anos de estudo para a maioria

dos participantes, 47% com até quatro anos de estudo, 24% com até oito anos de estudo e 29% finalizaram o ensino médio ou concluíram ensino superior.

Em relação à situação funcional se identificaram como aposentado 47% da amostra, 24,1% como autônomos, 19,3% como empregados e 9,6% se declararam sem vínculo empregatício. A situação conjugal característica foi 63,9% de casados, 16,9% de viúvos, 10,8% de divorciados e 8,4% de solteiros.

O tempo médio de tratamento da população do estudo foi de 12,72 meses, sendo que predominantemente realizou-se a cirurgia de revascularização do miocárdio com 53,0%.

Variáveis		Freq. (n)	Percentual (%)
Idade	20-40 anos	10,0	12,0
	41-50 anos	20,0	24,1
	51-60 anos	17,0	20,5
	61-70 anos	16,0	19,3
	Acima de 70 anos	20,0	24,1
Sexo	Homens	61	73,5
	Mulheres	22	26,5
Estado Civil	Casado	53	63,9
	Solteiro	7	8,4
	Divorciado	9	10,8
	Viúvo	14	16,9
Situação Funcional	Aposentado	39	47,0
	Autônomo	20	24,1
	Empregado	16	19,3
	Desempregado	8	9,6
Escolaridade	Até 4 anos	39	47,0
	Até 8 anos	20	24,1
	Até 11 anos	15	18,1
	Acima de 11 anos	9	10,8
Tempo de tratamento	Até 3 meses	26	31,3
	De 4 a 6 meses	16	19,3
	De 7 a 9 meses	15	18,1
	De 10 a 12 meses	6	7,2
	De 13 a 24 meses	10	12,1
	Acima de 24 meses	10	12
Tipo de tratamento	RM	44	53,0
	TVA	24	34,9
	TVM	10	12,0

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes do estudo
Fonte: Pesquisa de campo

4.2 Estatística descritiva

Este tópico tem por objetivo apresentar estudos descritivos a partir dos dados colhidos durante a execução do estudo e sistematizá-los em uma sequência de análise e discussão, considerando os elementos mais significativos e relevantes na comparação com a referência teórica e com outros estudos realizados sobre temáticas afins.

4.2.1 Ansiedade

No desenvolvimento desta pesquisa foi solicitada aos participantes a avaliação da ansiedade. Para tal fim, foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), instrumento com relevante confiabilidade quanto às amostras de seus resultados e largamente utilizado em pesquisas na área de saúde. Os critérios utilizados para diagnóstico e classificação clínica seguem as orientações de Cunha (2001), conforme tabela abaixo.

Classificação (BAI)	Diagnóstico	Classificação Clínica	Frequência	Percentual
0-10	Mínimo	Negativo	53	63,8
11-19	Leve	Negativo	19	22,9
20-30	Moderado	Positivo	8	9,6
31-63	Grave	Positivo	3	3,6

Tabela 2 - Descrição do grau de ansiedade dos participantes do estudo
Fonte: Pesquisa de campo

O resultado da análise dos sintomas de ansiedade entre os participantes apresentou um escore médio de 9,89. A maioria dos participantes 86,7% obteve a intensidade dos sintomas considerada como mínimo ou leve. Com classificação clínica considerada positiva, 13,2% dos participantes apresentou intensidade sintomática moderada ou grave.

Em contrapartida, observou-se outra perspectiva para estas análises, como o trabalho conduzido por Pereira (2010) no estudo sobre a prevalência da ansiedade associados à obesidade em mulheres na transição e após menopausa, diferentemente dos critérios de Cunha

(2001), considera a ocorrência da ansiedade a partir do nível leve e avança para o moderado e grave. Desta forma, a análise dos resultados apontaram índices de prevalência sintomatológica com 50,2% de ausência/mínimo para ansiedade e 49,8% para ocorrência da ansiedade considerando o nível leve, moderado e grave.

De acordo com Beck e Clark (2012) uma grande porcentagem da população adulta em geral experimenta sintomas de ansiedade ocasionais ou leves, apresentando assim, risco aumentado de desenvolver transtorno de ansiedade a partir de ataques de pânico, distúrbios do sono ou tiverem preocupações obsessivas, ainda que tais sintomas se desenvolvam em caráter subclínico. Por estas razões não se deve subestimar os resultados encontrados neste estudo, ao contrário, deve-se olhar em perspectiva, adotando em análise uma postura mais preditiva e menos definitiva.

Terra (2010) desenvolveu pesquisa com avaliação da ansiedade em docentes do curso de enfermagem e os dados apontaram que 74,6% da população do estudo apresentavam ansiedade mínima, 19,7% apresentavam ansiedade leve, 4,2% com ansiedade moderada e 1,4% com ansiedade grave. Em um plano geral abrem-se duas hipóteses: considerar que a maioria não estaria sob condição de risco, em termos de saúde mental, considerando os resultados obtidos quanto ao nível de ansiedade da população do estudo; ou ainda, reconsiderar os índices da ansiedade mínima, ampliando as discussões e partindo das fundamentações de Beck, brevemente colocadas no paragrafo anterior.

4.2.2 Depressão

Na avaliação da depressão, foi utilizado como instrumento o Inventário Beck de Depressão (BDI). Quanto aos resultados dos sintomas de depressão, os participantes da pesquisa apresentaram o escore médio de 10,48. O índice de confirmação para depressão na classificação clínica foi de 10,8%, referindo-se à classificação moderado. Não ocorreu

registro de depressão com classificação grave no estudo. Com 61%, predominou a classificação Mínima, seguida da classificação Leve com 28,2%. Os critérios utilizados para diagnóstico e classificação clínica seguem as referências de Cunha (2001), demonstrado na tabela abaixo.

Classificação	Diagnóstico	Classificação Clínica	Frequência	Percentual
0-11	Mínimo	Negativo	51	61,4
12-19	Leve	Negativo	23	27,8
20-35	Moderado	Positivo	9	10,8
36-66	Grave	Positivo	0	-

Tabela 3 - Descrição do grau de depressão na população do estudo
Fonte: Pesquisa de campo

Os resultados apresentados acima entram em consonância com outros estudos sobre depressão e o contexto de hospitalização e condição pré-operatório dos participantes. Duarte (2008) utilizou o BDI para descrever a prevalência da depressão em trabalho sobre a percepção da qualidade de vida e do estado psicológico de candidatos a transplante de fígado. Nos resultados constatou-se que a maioria da população do estudo (76%) apresentou depressão mínima ou leve, e 24% apresentou depressão moderada ou grave. De acordo com Duarte (2008), os pacientes que apresentaram depressão tiveram piora significativa na percepção da qualidade de vida.

Gois (2009), em estudo sobre análise da depressão em pacientes seis meses antes e após a revascularização do miocárdio, constatou-se que a média na avaliação seis meses antes da intervenção cirúrgica é de média 15,1 e que, seis meses após a cirurgia a média foi de 11,9. Confirmando assim, a hipótese de que há uma queda na incidência da depressão no momento pós-operatório. O autor não buscou aprofundar sobre as especificidades desta alteração nos dois momentos da vida dos participantes.

4.2.3 Qualidade de vida

A análise do domínio físico do WHOQOL-Bref se valida pela avaliação de aspectos como: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e descanso; mobilidade; atividade da vida cotidiana; dependência de medicação e tratamentos e capacidade de trabalho.

Neste sentido, identifica-se que a maior concentração percentual dos participantes 57,8% apresenta escore entre 20 e 25 pontos. A média dos escores do WHOQOL físico na população é de 21,55.

Domínio	N	Média	DP	Percentil	Mínimo	Máximo
Físico	83	21,55	4,055	56	10	32
Psicológico	83	23,47	3,070	69	16	29
Relações sociais	83	11,69	1,925	75	5	15
Meio ambiente	83	25,11	4,024	56	17	34
Geral	83	81,82	9,373	-	60	105

Tabela 4 - Descrição da análise da Qualidade de Vida nos quatro domínios segundo o WHOQOL-Bref

Fonte: Pesquisa de campo

A análise do domínio psicológico desenvolve-se a partir da avaliação de: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Em análise os resultados mostraram que 55.5% da população obteve escore entre 20 e 24 pontos. A média dos escores nesse domínio foi de 23,47.

A análise do domínio das relações sociais fundamenta-se na avaliação de aspectos como: relações pessoais; apoio social; atividade sexual. Na análise do domínio das Relações Sociais encontramos que 48,2% da população se concentrou na pontuação de 11 e 12 pontos. O escore médio desse domínio foi de 11,69.

A análise do meio ambiente configura-se uma faceta importante na verificação da qualidade de vida, neste sentido, os aspectos avaliados são: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais – disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e

oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico – poluição, ruído, trânsito e clima; transporte. Em análise do domínio meio ambiente encontra-se que 59% da população apresentou escore entre 23 e 28 pontos. A média obtida na pontuação para este domínio foi de 25,11 pontos.

A análise do domínio geral faz referência à atribuição de um escore que indique a qualidade de vida global e percepções de saúde geral, tendo com plataforma os quatro domínios – físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O escore médio do WHOQOL total foi 81,82. Fleck (2008) sustenta que o escore do domínio geral acima 70 é indicador de qualidade de vida, logo, observamos nos resultados do estudo que a amostra do estudo apresenta a predominantemente aspectos do estilo de vida que fundamentam a percepção de bem estar.

4.2.4 Estresse

A seguir apresentaremos os dados clínicos observados acerca das características psicológicas dos pacientes. Primeiramente abordaremos a análise da ocorrência de estresse na população de pacientes cardiopatas participantes do estudo.

Diagnóstico	Frequência	Percentual
Negativo	27	32,5
Positivo	56	67,5
Total	83	100,0

Tabela 5 - Descrição quanto à presença de estresse na população do estudo

Fonte: Pesquisa de campo

Neste sentido, observou-se o predomínio de sintomas configurando estresse em 67,5% e ausência em 32,5%. A presença do estresse sobre a população em estudo sugere estar relacionada ao tempo de diagnóstico e início do tratamento, nos quais envolvem a informação dos riscos da patologia em si e aproximação ou confirmação da cirurgia cardíaca.

Quanto à ocorrência das fases do estresse, ocorreu a predominância da fase de Resistência com 45,8%. A fase de Alerta apresentou 1,2% de incidência, a fase de Quase Exaustão 7,2% e a fase de Exaustão 13,3%.

Fases do Estresse	Frequência	Percentual
Sem estresse	27	32,5
Alerta	1	1,2
Resistência	38	45,8
Quase exaustão	6	7,2
Exaustão	11	13,3
Total	83	100,0

Tabela 6 - Descrição das fases do estresse na população do estudo

Fonte: Estudo de campo

Os dados acima demonstram que grande parte da amostra (67%) apresenta um significativo sofrimento emocional na sua convivência com as cardiopatias. Dentre eles, observa-se que 45,8% dos pacientes encontram-se na fase de resistência, na qual buscam processos adaptativos para o enfrentamento desta condição. No entanto, nem sempre este processo parece ocorrer, pois observamos também que 7,2% dos pacientes evoluíram para um quadro de quase exaustão e 13,3% entraram no quadro de exaustão, no qual os processos adaptativos não foram eficientes.

4.3 Predomínio das condições do estresse

Este tópico tem por objetivo apresentar as características das condições do estresse entre os participantes do estudo, aplicando considerações.

Na observação quanto à ocorrência do estresse na perspectiva de gênero entre os participantes da pesquisa, obtiveram-se os seguintes dados:

Estresse (P/N)		Frequência	Percentual
Negativo	Feminino	7	25,9
	Masculino	20	74,1
	Total	27	100
Positivo	Feminino	15	26,8
	Masculino	41	73,2
	Total	56	100

Tabela 7 - Descrição quanto à presença de estresse na população seccionada por gênero

Fonte: Estudo de campo

A presença do estresse foi confirmada na maioria dos participantes da população do estudo (67,5%). Comparando os percentuais entre os resultados de estresse negativo e positivo observou-se o equilíbrio na distribuição do desempenho, mesmo considerando o universo masculino sendo maior que o feminino.

Quanto ao predomínio dos sintomas, a condição de sofrimento foi marcada pela presença de sintomas psicológicos, conforme assinalado na tabela abaixo:

	Frequência	Percentual
Negativo	27	32,5
Físicos	17	20,5
Psicológicos	39	47,0
Total	83	100,0

Tabela 8 - Descrição quanto ao predomínio do tipo sintoma de estresse na população do estudo

Fonte: Pesquisa de campo

A captação de dados permitiu identificar a ocorrência de sintomas físicos com percentual de 20,5%, índice bem menor do que os sintomas psicológicos com 47%. Essa condição parece estar associada com a apreensão do diagnóstico e condição de tratamento. Em análise quanto à presença de sintomas psicológicos, observou-se que “pensar constantemente em um só assunto” e “sensibilidade emotiva” relaciona-se com a fase de resistência e tentativa de adaptação à tensão da internação e dos riscos da intervenção cirúrgica.

Observando a incidência do estresse e sua relação com a situação conjugal dos participantes da pesquisa, os dados destacam os casados com maior índice (66,1%) de estresse. Valor este, bem acima da categoria dos viúvos com 14,3%, segunda maior incidência.

Estresse	Situação conjugal	Frequência	Percentual
Positivo	Casado	37	66,1
	Divorciado	6	10,7
	Solteiro	5	8,9
	Viúvo	8	14,3
	Total	56	100,0

Tabela 9 - Descrição da relação do estresse com o estado civil dos participantes do estudo
Fonte: Pesquisa de campo

Os participantes casados apresentam maior condição de sofrimento relacionado ao estresse do que os outros participantes de situação conjugal diferente. O estudo não buscou aprofundar-se nas razões precipitantes desta condição, contudo, a hipótese mais próxima perpassa pela situação hospitalização do paciente associada ao afastamento dos vínculos familiares. Em pesquisa sobre a incidência de estresse em pacientes hospitalizados, Macena e Lange (2008), apontaram que a hospitalização confere um agente estressor que acentua o enfraquecimento das energias adaptativas.

Em relação às características funcionais, os dados apontam o nível de estresse mais marcante entre o grupo de pacientes aposentados (42,9%), seguido dos autônomos (25,0%), empregados (23,2%) e por último desempregados (8,9%). De acordo com resultados do estudo, o estresse acomete de forma mais proeminente os participantes economicamente ativos, com vínculo empregatício, autônomo ou com acesso ao benefício da aposentadoria.

Estresse	Situação Funcional	Frequência	Percentual
Positivo	Aposentado	24	42,9
	Autônomo	14	25,0
	Empregado	13	23,9
	Desempregado	5	8,9
	Total	56	100,0

Tabela 10 - Descrição quanto à presença de estresse e à situação funcional
Fonte: Pesquisa de campo

Pressupõe-se que sejam pacientes adultos com idade superior a 45 anos, pois 79,5% da população do estudo possui idade superior a 46 anos. A outra hipótese sobre esses resultados, gira em torno do impacto financeiro que a hospitalização pode causar, desde a impossibilidade de realizações financeiras como recebimentos e pagamentos até a diminuição na arrecadação mensal, causando sofrimento (estresse) nos indivíduos.

Na análise do estresse em relação ao tempo de tratamento, os resultados estão distribuídos apontando três pontos de maior incidência de estresse entre a população do estudo. O primeiro ponto de maior incidência ocorre no registro do primeiro mês de tratamento (16,1%). A compreensão desse aspecto decorre da hipótese de que a percepção de risco de vida ante o diagnóstico médico, a internação hospitalar, ou ainda, o agendamento da cirurgia de urgência pode estar associado a ocorrência dos sintomas de estresse em um nível mais elevado neste momento de vida do paciente.

Estresse	Tempo de tratamento (meses)	Frequência	Percentual
Positivo	1	9	16,1
	2	4	7,1
	3	2	3,6
	4	7	12,5
	5	1	1,8
	6	3	5,4
	7	9	16,1
	8	2	3,6
	9	2	3,6
	10	3	5,4
	11	1	1,8
	15	2	3,6
	24	2	3,6
	33	1	1,8

	36	4	7,1
	48	1	1,8
	60	1	1,8
	108	1	1,8
	120	1	1,8
	Total	56	100,0

Tabela 11 - Descrição quanto à presença de estresse e o tempo de tratamento entre os participantes do estudo

Fonte: Pesquisa de campo

O segundo ponto de maior frequência do estresse se encontrou no quarto mês (12,5%) e no sétimo mês (16,1%) de tratamento. Ambos os momentos parecem estar relacionados ao tempo médio de tolerância na espera pela cirurgia. A não resolução do quadro clínico confere um argumento importante na manutenção dos sintomas de estresse.

Na análise da predominância do estresse em relação ao tipo de intervenção do tratamento, os dados apontam que pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio apresentam maior incidência de estresse correspondendo a metade de toda incidência do grupo que apresentou estresse. Ao contrário de que se possa imaginar, a cirurgia de revascularização não se distingue por ser mais invasiva ou complexa do que as outras.

A hipótese mais próxima para esse resultado refere-se à condição em que a cirurgia se torna necessária na vida do paciente. Na maior parte dos casos, a cirurgia justifica-se pela interação de um conjunto de fatores de risco como obesidade, tabagismo, sedentarismo, diabetes, estresse entre outros, e que até o momento do primeiro infarto e atendimento de urgência, não considerados como aspectos relacionados ao risco real de morte ou comprometimento da saúde.

Estresse	Tipo de tratamento	Frequência	Percentual
Positivo	Revascularização do miocárdio	28	50,0
	Troca de válvula aórtica	20	35,7
	Troca de válvula mitral	8	14,3
	Total	56	100,0

Tabela 12 - Descrição quanto à presença de estresse e o tipo de tratamento na população do estudo

Fonte: Pesquisa de campo

As intervenções cirúrgicas como a troca de válvula aórtica e a troca de válvula mitral ocorreram em número menor, contudo, a incidência de estresse nos pacientes também ocorreu de forma importante. Entre os pacientes submetidos à troca de válvula mitral 80% apresentaram estresse, já entre os pacientes que foram submetidos à cirurgia de troca de válvula aórtica 65% apresentaram estresse.

A análise de prevalência dos sintomas de estresse foi desenvolvida com o intuito de descrever a atuação do estresse sobre o organismo nessa população, considerando os cinco sintomas mais predominantes em cada um dos três recortes de tempo utilizados no inventário Lipp.

Na análise sintomatológica, o inventário Lipp das últimas 24 horas caracteristicamente observaram-se a insônia (38,6%), mãos e pés frios (36,1%), mudança de apetite (31,3%), aumento súbito de motivação (30,1%) e entusiasmo súbito (28,9%).

SINTOMAS – 24 horas	Percentual
Mãos e pés frios	36,1%
Boca Seca	25,3%
Nó no Estomago	13,3%
Aumento da sudorese	9,6%
Tensão Muscular	18,1%
Aperto da mandíbula	8,4%
Diarréia passageira	4,8%
Insônia	38,6%
Taquicardia	25,3%
Hiperventilação	26,5%
Hipertensão arterial	24,1%
Mudança de apetite	31,3%
*Aumento súbito de motivação	30,1%
*Entusiasmo súbito	28,9%
*Vontade súbita de iniciar novos projetos	16,9%

Tabela 13 - Descrição dos sintomas de estresse nas últimas 24 horas na população do estudo

Fonte: Pesquisa de campo

Palavras assinaladas com (*) relacionam-se a sintomas psicológicos

Conforme apresentado anteriormente na fundamentação teórica, a sintomatologia acima compreende a um recurso de ativação do organismo para responder a uma percepção de perigo e ameaça que se instala. A ativação psicofisiológica no quadro acima compreende a fase de alarme, que no caso da população do estudo tendeu a responder caracteristicamente via sintomas psicológicos (aumento súbito de motivação e entusiasmo súbito), mesmo apresentando índices elevados de sintomas físicos dentre os quais se destacam: insônia (38,6%), frio nos pés e nas mãos (36,1%), Hiperventilação (26,5%), Boca seca (25,3%) e Taquicardia (25,3%). Estes resultados estão em consonância com a premissa teórica e com outros estudos sobre estresse. O estudo de Camelo e Angerami (2004) que avaliou estresse em servidores da área da saúde sustenta que a tensão muscular (61%) e a insônia (48%) estiveram entre os sintomas físicos mais encontrados. Aponta ainda que, a vontade súbita de iniciar novos projetos (52%), se destacou como sintoma psicológico mais proeminente. Os achados em ambas as pesquisas indicam que essas populações não estão atingindo realizações e necessidades pessoais e que, diante de situações estressantes, a reação orgânica mais adaptativa será a de colocar em funcionamento todo um sistema que permita preservar a autonomia do indivíduo, preparando-o para uma condição de luta ou fuga.

Na análise sintomatológica do quadro abaixo, é possível ter acesso às respostas físicas e psicológicas de maior predominância e que marcam a incidência da fase de resistência e de quase exaustão no estudo.

SINTOMAS – ÚLTIMA SEMANA	Percentual
Problemas com a memória	36,1%
Mal estar generalizado sem causa específica	32,5%
Formigamento das extremidades	34,9%
Sensação de desgaste físico constante	32,5%
Mudança de apetite	26,5%
Aparecimento de problemas dermatológicos	18,1%
Hipertensão arterial	27,7%
Cansaço constante	39,8%

Aparecimento de ulcera	2,4%
Tontura/sensação de estar flutuando	39,8%
*Sensibilidade emotiva excessiva	48,2%
*Duvida quanto a si próprio	7,2%
*Pensar constantemente em um só assunto	59%
*Irritabilidade excessiva	47%
*Diminuição da libido	31,3%

Tabela 14 - Descrição dos sintomas de estresse ocorridos na última semana entre os participantes do estudo

Fonte: Pesquisa de campo

Palavras assinaladas com (*) relacionam-se a sintomas psicológicos

Segundo o contexto teórico do inventário de Lipp, a análise sintomatológica da última semana constitui-se como recurso para relação às fases de resistência e quase exaustão. Na estratificação dos cinco sintomas mais proeminentes temos: pensar constantemente em um só assunto (59%), sensibilidade emotiva excessiva (48,2%), irritabilidade excessiva (47%), cansaço constante (39,8%) e problemas com a memória (36,1%). O estudo aponta a predominância da fase de resistência (45,8%) e incidência de 7,2% da fase de quase exaustão entre os participantes, e assinala ainda, a presença dos sintomas psicológicos caracterizando o estresse. Os dados apontam que a população do estudo está em uma condição de busca por um equilíbrio psicofisiológico, a identificação e compreensão das razões que mantém o quadro não compuseram o foco no levantamento dos dados, contudo, o tempo na espera da cirurgia configura-se como a hipótese mais concreta a partir da correlação entre a variável presença do estresse e o tempo de tratamento.

A predominância da fase de resistência observada neste estudo está em consonância com a pesquisa desenvolvida por Macena e Lange (2008), na qual, avaliava em uma amostra de 40 pessoas a incidência de estresse em pacientes hospitalizados. Tal estudo demonstrou a prevalência do estresse em 82,5% dos participantes, os quais foram distribuídos em número igual de homens e mulheres. Ocorreu o predomínio da fase de resistência com 62,5% e a presença em maior intensidade dos sintomas psicológicos. A amostra estudada, já apresentava alguma patologia e se encontrava em um contexto hospitalar, é possível que os indivíduos

estudados em fase de resistência se encontrassem com enfraquecimento em relação às energias adaptativas ao evento estressor (a hospitalização), conseqüentemente, não havendo uma intervenção por parte dos profissionais envolvidos, poderia haver um agravamento da saúde como um todo.

Na análise quanto a fase de resistência, Miquelim *et al* (2004) conduziram uma pesquisa sobre o estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de saúde com pacientes portadores de HIV-Aids. Esses autores sustentaram no estudo que a pessoa automaticamente tenta lidar com os seus estressores de modo a manter a homeostase interna. Se os fatores estressantes persistirem em frequência ou intensidade, ocorre uma quebra na resistência da pessoa e ela passa à fase de quase exaustão. Nesta fase, o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que apresentarem uma maior vulnerabilidade genética ou adquirida, passam a mostrar sinais de deterioração.

Continuando a avaliação sintomatológica, o quadro abaixo aponta os índices tendo como referência os últimos trinta dias. Todos os sintomas estão inclusos, mas a análise parte da verificação dos cinco mais frequentes.

SINTOMAS – ÚLTIMO MÊS	Percentual
Diarreia frequente	14,5%
Dificuldades sexuais	20,5%
Insônia	51,8%
Náusea	19,3%
Tiques	15,7%
Hipertensão arterial continuada	44,6%
Problemas dermatológicos prolongados	18,1%
Mudança extrema de apetite	33,7%
Excesso de gases	49,4%
Tontura frequente	33,7%
Úlcera	6%
Infarto	21,7%
*Impossibilidade de trabalhar	42,2%
*Pesadelos	19,3%
*Sensação de incompetência em todas as áreas	20,5%

*Vontade de fugir de tudo	34,9%
*Apatia, depressão ou raiva prolongada	39,8%
*Cansaço excessivo	27,7%
*Pensar / Falar constantemente em um só assunto	36,1%
*Irritabilidade sem causa aparente	55,4%
*Angústia / ansiedade diária	57,8%
*Hipersensibilidade emotiva	51,8%
*Perda do senso de humor	30,1%

Tabela 15 - Descrição dos sintomas de estresse ocorridos no último mês na população do estudo

Fonte: Pesquisa de campo

Palavras assinaladas com (*) relacionam-se a sintomas psicológicos

A partir das considerações de Lipp sobre os recursos de análise do instrumento, entende-se que esta última avaliação do estresse compete à verificação da fase de exaustão. Considerando os dados levantados no estudo, a fase de exaustão apresentou 13,3% de presença na população. Quanto à predominância dos sintomas de estresse nos últimos trinta dias observaram-se: angústia/ansiedade diária (57,8%), irritabilidade sem causa aparente (55,4), hipersensibilidade emotiva (51,8%), insônia (51,8%), Excesso de gases (49,4%). Se comparada com a fase de resistência, a fase de exaustão apresentou incidência bem menor, o que remete a conclusão de que, embora em número menor, existem pacientes apresentam a condição de estresse em sua fase final, ou seja, quando doenças podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como enfarte, úlceras, psoríase, depressão e outros. E por se tratar de pacientes cardíacos, o risco de agravar com óbito deve ser considerado.

Para estabelecer uma correlação dessa fase de exaustão com outros estudos, Lima, Amazonas e Motta (2007) em pesquisa sobre a incidência de estresse em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool identificaram na incidência da fase de exaustão a predominância de 12,9%. Neste estudo destacou-se a presença dos sintomas psicológicos (70,9%) caracterizados por sintomas como “pensar constantemente em um só assunto” (83,8%), “irritabilidade excessiva” (77,4%), e “diminuição da libido” (58,0%).

Os dados sugerem a predominância de ocorrência do estresse e suscitam a reflexão sobre encaminhamentos e intervenções que possam atuar na interrupção do agravamento do estresse em pacientes com doença cardiovascular. É sabido que os dados não são definitivos, mas ainda assim, apontam para a questão, e são apoiados pela conclusão de outros estudos que também sugerem atenção para o cuidado do estresse em circunstâncias diferentes da vida.

4.4 Estatística Analítica

Este tópico apresenta as relações estatísticas entre os resultados encontrados na amostra do estudo. Essa análise se dá via emprego do Coeficiente de Correlação de Pearson (“r”). Aspectos como o estresse, ansiedade, depressão e qualidade de vida são discutidos e são apontados segundo o grau de relevância estatística. A tabela abaixo aponta os valores da correlação e para compreensão considere:

a) valores com 1 asterisco (*) expressam um nível de significância de 0,05, ou seja, com 95% de confiabilidade;

b) valores com 2 asteriscos (**) expressam um nível de significância de 0,01, ou seja, 99% de confiabilidade.

4.4.1 Estudo de correlação do estresse, ansiedade e depressão

A análise correlacional dos resultados da ansiedade (BAI), da depressão (BDI) e estresse (ISSL) aponta correlação positiva entre os fatores no estudo em questão. Conforme assinalado na tabela abaixo, a variação do índice geral na análise do estresse estaria diretamente associada a uma variação nos índices de ansiedade e depressão. Aponta ainda que, essa relação não se dá somente na questão da presença, mas na intensidade do estresse, uma vez que a correlação direta ocorre também quando correlacionada com a fase do estresse nos participantes. Neste sentido, o estudo demonstrou que a verificação da condição do

estresse representa um elemento preditor de confiança para apontar a possibilidade de ocorrência da ansiedade e depressão.

	BAI	BDI	Estresse (P/N)	Fase (Ordinal)
BAI	1			
BDI	,685**	1		
Estresse (P/N)	,447**	,529**	1	
Fase (Ordinal)	,490**	,543**	,864**	1

Tabela 16 - Descrição da análise de correlação entre estresse, ansiedade e depressão entre os participantes da pesquisa

Fonte: Pesquisa de campo

Nível de significância de (p):*p≤0,05; **p≤0,01

4.4.2 Estudo de correlação entre qualidade de vida e estresse

A análise correlacional do estresse e qualidade de vida ocorre pela necessidade de atribuir foco sobre o aspecto da qualidade de vida mais afetado na condição de estresse dos pacientes cardiopatas envolvidos neste estudo. A tabela abaixo mostra essa correlação.

	Estresse	Fase
WQ-FISICO	-0,121	-0,211
WQ-PSICOLOGICO	-,272*	-,262*
WQ-REL SOC	-,315**	-,255*
WQ-M AMB	-0,155	-0,092
WQ-TOTAL	-,273*	-,269*

Tabela 17 - Descrição da análise de correlação entre qualidade de vida e estresse na população do estudo

Fonte: Pesquisa de campo

Nível de significância de (p):*p≤0,05; **p≤0,01

A qualidade de vida foi avaliada via emprego do questionário WHOQOL-Bref e para avaliação do estresse o inventário Lipp. Os domínios pertinentes à qualidade de vida foram correlacionados com fatores como a presença e a fase do estresse.

A análise mostra haver uma correlação inversa entre os fatores, ou seja, quanto mais elevada à qualidade de vida em cada dimensão, menor o indicador de estresse. Conforme descrito acima, observa-se significativa correlação entre os fatores: a) estresse e domínio psicológico; b) estresse e relações sociais e c) estresse e o índice geral de qualidade de vida.

A relação entre o estresse e o domínio psicológico entra em consonância com os resultados obtidos no tópico anterior, corroborando a hipótese de que o estresse gerencia a precipitação e a manutenção da ansiedade e depressão entre os participantes do estudo.

A presença de estresse frente à condição de hospitalização, em geral, pelas circunstâncias de fragilidade e risco de morte pela gravidade do problema de saúde, retira, na maioria dos casos, o indivíduo da convivência com os familiares e parentes. Tal condição tende a colaborar para a redução dos recursos de adaptação à internação. A análise de correlação entre estresse e o domínio das relações sociais sustenta estatisticamente esta condição entre os indivíduos na amostra do estudo.

De uma forma geral, análise apontou correlação significativa de queda na qualidade de vida a partir da presença do estresse. Os resultados entram em acordo com pesquisas sobre qualidade de vida em pacientes cardiopatas. Fleck (2008) afirma que pacientes portadores de cardiopatia isquêmica têm qualidade de vida pior em relação à população geral.

Não foi evidenciada correlação estatística significativa entre o estresse e os domínios físico e meio ambiente entre os participantes do estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ocorrência das doenças cardíacas predominou em pacientes com idade média de 57 anos, do sexo masculino, com poucos anos de estudo, aposentado e casado. Com tempo médio de tratamento girando em torno de 12 meses e em geral com indicação de revascularização do miocárdio como tratamento da cardiopatia. A ansiedade com intensidade mínima dos sintomas esteve em 63,8% dos participantes. A depressão mínima em 61,4%. Quanto à qualidade de vida, o escore médio total dos participantes aponta para existência de qualidade de vida, porém com restrições quando comparadas com fatores como estresse, ansiedade e depressão.

A grande maioria dos participantes do estudo apresentou estresse (67,5%) e se caracterizou com predomínio de 45,8% da fase de resistência e com incidência maior sobre os homens com 73,2%. Os sintomas psicológicos se destacaram com 47% de frequência. Os casados e aposentados estiveram mais estressados com 66,1% e 42,9%, respectivamente. A revascularização do miocárdio esteve como tratamento mais comum entre os participantes estressados da amostra.

Na análise sintomatológica, o inventário Lipp das últimas 24 horas caracteristicamente observaram-se a insônia (38,6%), mãos e pés frios (36,1%), mudança de apetite (31,3%), aumento súbito de motivação (30,1%) e entusiasmo súbito (28,9%). Na estratificação dos cinco sintomas mais proeminentes na análise da última semana constatou-se: pensar constantemente em um só assunto (59%), sensibilidade emotiva excessiva (48,2%), irritabilidade excessiva (47%), cansaço constante (39,8%) e problemas com a memória (36,1%). E na análise sintomatológica do último mês observou-se angústia/ansiedade diária (57,8%), irritabilidade sem causa aparente (55,4), hipersensibilidade emotiva (51,8%), insônia (51,8%), Excesso de gases (49,4%).

A variação do índice geral na análise do estresse estaria diretamente associada a uma variação nos índices de ansiedade e depressão. Neste sentido, o estudo demonstrou que a verificação da condição do estresse representa um elemento preditor de confiança para apontar a possibilidade de ocorrência da ansiedade e depressão.

O estudo mostrou haver uma correlação inversa entre os fatores estresse e qualidade de vida, ou seja, quanto mais elevada à qualidade de vida em cada dimensão, menor o indicador de estresse.

REFERÊNCIAS¹

ARAÚJO, Cláudio Gil Soares; CHAVES, Christianne Pereira Giesbrecht. Prolapso da Valva Mitral em Mulheres Adultas: características clínicas, fisiológicas e cineantropométricas. *Revista da SOCERJ*, 2007, 20(2):112-120.

BARLOW, John B.; POCOC, Wendy A. The significance of late systolic murmurs and mid-late systolic clicks. *American Heart Journal*, 1963 oct, vol 66; issue 4: 443-452.

BEAR, Mark F. *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A. *O Poder Integrador da Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 173p.

BICKERSTAFF, Linda, et al. Thoracic aortic aneurysms: a population-based study. *Surgery*. 1982; 92: 1103-1108.

BONOW, Robert, et al. Guidelines for the management of patients with valvular heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (committee on management of patients with valvular heart. *Circulation*. 1998, Nov 3, 98 (18):1949 -1984.

BONOW, Robert, et al. ACC/AHA 2006. Guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients with Valvular Heart Disease): developed in collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists: endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*, 2006. Aug 1; 114(5):450-527.

BORGES, Fátima, et al. Características clínicas demográficas em 99 episódios de febre reumática no Acre, Amazônia Brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Vol 4. N.2, São Paulo, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. Racial ethnic and socioeconomic disparities in multiple risk factors for heart disease and stroke – United States, 2003. *MMWR MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT*. Atlanta, v. 54, n.5, p.113-117, fev. 2005.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO. CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

¹ As diretrizes metodológicas foram aplicadas de acordo com o Guia para normalização de relatórios técnicos científicos/ Célia Regina Simonetti Barbalho; Suelly Oliveira Moraes. Manaus: EdUA, 2003. 103 p.; il.

CONWAY, Michael, et al. Mitral Regurgitation Impaired Systolic Function, Eccentric Hypertrophy, and Increased Severity Are Linked to Lower Phosphocreatine/ATP Ratios in Humans. *Circulation*. 1998, May (5); 97(17):1716-1723.

CUNHA, Jurema Alcides. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ELEFTERIADES, Jonh; FARKAS, Attila. Thoracic Aortic Aneurysm: Clinically Pertinente Controversies and Uncertainties. *Journal of American College of Cardiology*. 2010;55:841-857.

ENRIQUEZ-SARANO, Maurice, et al. Quantitative determinants of outcome of asymptomatic mitral regurgitation. *New England Journal of Medicine*. 2005, Mar 3: 305(9); 875-883.

FAVARATO, Maria Elenita Corrêa de Sampaio. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre gêneros. São Paulo, 2004, 69p. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida *et al.* A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GAZZANIGA, Michael M.; HEATHERTON, Todd F. Ciência Psicológica: mente, cérebro e comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GRIFFIN, Brian P. Timing of Surgical Intervention in Chronic Mitral Regurgitation. Is vigilance enough? *Circulation* 2006, May 9, 113 (18):2169-2172.

HAYASIDA, Maria de Nazaré Albuquerque. Intervenção cognitivo comportamental pré e pós cirurgia de revascularização do miocárdio em Manaus. Tese de doutorado apresentado a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

HIRATZKA, Loren F., et al. 2010 ACCF/ AHA/ AATS/ ACR/ASA/ SCA/ SCAI/ SIR/ STS/ SVM Guidelines for the Diagnosis and Management of patientswith thoracic aortic disease: a report of the American College of Cardiology Foudation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologist, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Inteventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. *Circulation*, April 6, 2010; 121 (13): e261 – e269. Acessado em 12 de agosto de 2012.

HOLMES, David. Psicologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2001.

HOVNANIAN, André Luiz, et al. Isquemia miocárdica silenciosa. In: LOPES, A.C. Tópicos em Clínica Médica. Editora Médica e Científica LTDA. Rio de Janeiro, 2003. p. 55-64.

JOHANSSON, Gunnar; MARKSTRÖM, Ulf; SWEDENBORG, Jesper. Ruptured thoracic aortic aneurysms: a study o incidence and mortality rates. *Journal of Vascular Surgery*. 1995; 21:985-988.

JEAMET, Philippe; REINAUD, Michel; CONSOLI, Silla. *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

KNAPP, Paulo (Org.). *Terapia Cognitiva Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 520p.

KOLB, Bryan; WHISHAW, Ian. *Neurociência do comportamento*. Barueri: Manole, 2002.

KRAYENBUEHL, Hans, P.; HESS, Otto M. Chronic valvular Insuficiency. In WILLIAM W. PARMELEY, KANU CHATTERG. *Cardiology-Physiology, Pharmacology, Diagnosis*. Lippincott-Raven Pubhishshers, 1995, 1-11.

ISSA, Mário. *Variáveis Prognósticas de Evolução Hospitalar e no Prazo Longo de Pacientes Portadores de Dissecção Crônica de Aorta Tipo A de Standard e Aneurisma de Aorta Ascendente, Submetidos ao Procedimento Cirúrgico*. (Tese) Doutorado – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Universidade de São Paulo, 2012.

ITO, Lígia M. *Terapia Cognitiva Comportamental na Clínica Médica In: Terapia Cognitiva Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

LLOYD-JONES, Donald, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2010 Update A Report From the American Heart Association. *Circulation* 2010; 121:e46-e215. Acessado em 12 de agosto de 2012.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. *Manual do Inventário dos sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MANSANO, Joyce. Amaral Genta. *Fibrose Miocárdica associada à Insuficiência Mitral Crônica: estudo pela ressonância magnética*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia Científica*. São Paulo. Editora Atlas. 2000.

_____. *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo. Editora Atlas. 2008.

MELLO-JORGE, Maria Helena Prado.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; LAURENTI, Ruy. *A Saúde no Brasil: a análise do período de 1995 a 1999*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. p.244.

OLSSON, Christian, et al. Increased Prevalence and Improved outcomes Reported in a nationwide population-based study of more than 14.000 cases from 1987 to 2002. *Circulation*. 2006; 114: 2611-2618.

OLIVEIRA, Maria de Fátima; ISMAEL, Silvia M. Cury. *Rumos da Psicologia Hospitalar na Cardiologia*. São Paulo: Editora Papirus, 2001.

OLFF, Miranda; LANGELAND, Willie; GERSONS, Berthold P. R. Effects of Appraisal and coping on the neuroendocrine response to extreme stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 29 (2005): 457-467.

PÊGO-FERNANDES, Paulo M.; GAIOTTO, Fábio Antônio; GUIMARÃES-FERNANDES, Flávio. Estado atual da cirurgia de revascularização do miocárdio. *Revista Médica, Brasil*, v.87, n.2, p.92-98,2008.

PELLERIN, Dennis; BRECKER, Stephen.; VEYRAT, Colette. Degenerative mitral valve disease with emphasis on mitral valve prolapse. *Heart*, 2002, nov; 88 suppl. 4: 20-28.

PEREIRA, A. M. S. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de *coping*. In: TAVARES, J. (Org.). *Resiliência e educação* (pp.13-42). São Paulo: Cortez. 2000.

PEREIRA, Wendry Maria Paixão. Prevalência de depressão e ansiedade associada à obesidade em mulheres na transição e após menopausa. (Dissertação) Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2010.

PIEGAS, L. S.; AVEZUM, A.; PEREIRA, J. C. *et al.* AFIRMAR Study Investigators. Risk factors for myocardial infarction in Brasil. *American Heart Journal*, v.146, p.331-8, 2003.

PURVES, D. *et al.* *Neurociências*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROSAMOND, Wayne, et al. Heart disease and stroke statistics – 2007 update. A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, Dallas, n.115, 2007. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/115/5e69.pdf>> Acessado em 12 de agosto de 2012.

ROMANO, Wilma Bellkiss. *A Prática da Psicologia nos Hospitais*. São Paulo: Pioneira, 2000.

SKOOP, M. S. Public health burden of chronic stress in transforming society. *Psychological Topics*. 16 (2): 297-310, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretrizes da cirurgia de revascularização do miocárdio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Brasil, v.82, suppl. 5, p. 1-20, 2004.

SOUZA, Domingos S. R.; GOMES, Walter José. O futuro da veia safena como conduto na cirurgia de revascularização miocárdica. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, Brasil, v. 23, n.3, 2008.

STARLING, Mark, et al. Impaired left ventricular contrarille function in patients with long term mitral regurgitation and normal ejection fraction. *Journal of American College of Cardiology*. 1993, Jul; 22(1):239-250.

STOLF, Noedir A. G.; JATENE, Adib D. *Tratamento cirúrgico da insuficiência coronária*. São Paulo: Ed. Atheneu, 1998. p.97-111.

THOMAS, James D. Doppler Echocardiographic assessment of valvar regurgitation. *Heart*. 2002, Dec 88(6):651-657.

TIMERMAN, R. S.; SOUZA, M. F. M.; SERRANO, C. V. Aspectos epidemiológicos das doenças cardiovasculares em nosso meio: tendência de mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil de 1979 a 1996. *Revista da Sociedade de Cardiologia*, v. 11, n. 4, jul./ago. 2001. Disponível em: <<http://www.socesp.br>> Acesso em: 16 jan. 2011.

- TOPOL, Eric. Tratado de Cardiologia. Volume 1; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties, 1998. Social Science Medicine v.46, p. 1569-85, 1998.
- WOODS, Susan L.; FROELICHER, Erika S. S.; MOTZER, Sandra Underhill. Enfermagem em cardiologia. 4 ed. São Paulo: Manole, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Atlas of Heart Disease and Stroke. English, 2004. p.112.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO FAO expert consultation. Geneva, 2002.
- ZOGHBI, William, et al. Recommendations for Evaluation of Severity of Native Valvular Regurgitation with Two Dimensional and Doppler Echocardiography. Journal of American Society of Echocardiography.2003. Jul 16 (7):777-802.
- ZORNOFF, Leonardo, et al. Conceito e avaliação clínica da doença arterial crônica. In: NOBRE, F.; SERRANO JR, C. V. Tratado de Cardiologia SOCESP. São Paulo: Malone, 2005. Cap. 3, p. 563-570.

ANEXOS

Anexo A – Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos

Andamento do projeto - CAAE - 0319.0.115.000-11				
Título do Projeto de Pesquisa				
Análise do perfil do estresse em pacientes com diagnóstico de doença cardiovascular				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	12/07/2011 11:03:39	16/09/2011 11:04:49		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	12/07/2011 11:03:39	Folha de Rosto	0319.0.115.000-11	CEP
4 - Protocolo Aprovado no CEP	16/09/2011 11:04:49	Folha de Rosto	295/11	CEP
3 - Protocolo Pendente no CEP	04/08/2011 21:02:57	Folha de Rosto	295/11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	04/07/2011 17:35:01	Folha de Rosto	FR444190	Pesquisador

[Voltar](#)

Anexo B – Ofício de encaminhamento do projeto

Andamento do projeto - CAAE - 0319.0.115.000-11				
Título do Projeto de Pesquisa				
Análise do perfil do estresse em pacientes com diagnóstico de doença cardiovascular				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	12/07/2011 11:03:39	16/09/2011 11:04:49		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	12/07/2011 11:03:39	Folha de Rosto	0319.0.115.000-11	CEP
4 - Protocolo Aprovado no CEP	16/09/2011 11:04:49	Folha de Rosto	295/11	CEP
3 - Protocolo Pendente no CEP	04/08/2011 21:02:57	Folha de Rosto	295/11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	04/07/2011 17:35:01	Folha de Rosto	FR444190	Pesquisador

[Voltar](#)

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética

Andamento do projeto - CAAE - 0319.0.115.000-11				
Título do Projeto de Pesquisa				
Análise do perfil do estresse em pacientes com diagnóstico de doença cardiovascular				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	12/07/2011 11:03:39	16/09/2011 11:04:49		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	12/07/2011 11:03:39	Folha de Rosto	0319.0.115.000-11	CEP
4 - Protocolo Aprovado no CEP	16/09/2011 11:04:49	Folha de Rosto	295/11	CEP
3 - Protocolo Pendente no CEP	04/08/2011 21:02:57	Folha de Rosto	295/11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	04/07/2011 17:35:01	Folha de Rosto	FR444190	Pesquisador

[Voltar](#)

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS FACULDADE DE PSICOLOGIA - PPGPSI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) senhor (a) a participar do projeto de pesquisa cujo título é “*Análise do perfil de estresse em pacientes com doença cardiovascular*”. O objetivo deste estudo é verificar a presença de estresse em pacientes com doenças do coração atendidos em um hospital universitário. Necessito que o (a) Sr.(a) participe de dois procedimentos; dois momentos de avaliação psicológica. A sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto, ficando a coleta dos dados restrita a entrevistas.

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

Informo que o Sr (a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Prof. Dr. Walter Adriano Ubiali (Orientador), Profa. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida (Co-orientadora) e/ou Gutemberg Jailson Rocha de Carvalho (Pesquisador), através do telefone (092) 3305-4550 da Faculdade de Psicologia da UFAM localizado na avenida Rodrigo Otávio nº3000, Coroado.

Consentimento Pós-informação

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

_____ Data ____/____/_____
Assinatura do Participante

Impressão do polegar direito do(a) paciente ou responsável caso este não saiba escrever.

_____ Data ____/____/_____
Assinatura do (a) pesquisador(a)

Apêndice C – Declaração de propriedade de informação

DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DE INFORMAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, preservando a identidade dos participantes com nomes fictícios.

Gutemberg Jailson Rocha de Carvalho

Manaus, 30 de Junho de 2011.

Apêndice D – Termo de compromisso do responsável pelo projeto

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS**

Eu, Gutemberg Jailson Rocha de Carvalho, aluno do programa de Pós-Graduação do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Gutemberg Jailson Rocha de Carvalho

Manaus, 30 de junho de 2011.

Apêndice E – Declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados

DECLARAÇÃO SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL E/OU DADOS
COLETADOS.

Eu, Gutemberg Jailson Rocha de Carvalho, aluno do programa de Pós-Graduação do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, declaro que o material e/ou dados coletados serão utilizados exclusivamente para a realização do projeto de pesquisa apresentado sob o título “*Análise do perfil do estresse em pacientes com doença cardiovascular*”.

Gutemberg Jailson Rocha de Carvalho

Manaus, 30 de Junho de 2011.

Apêndice F – Carta de encaminhamento de projeto científico ao Comitê de Ética

**CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO CIENTÍFICO AO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA DA UFAM**

Ao

Prof. MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM

Senhor Coordenador,

Encaminhamos para a apreciação deste Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o Projeto de Pesquisa, envolvendo seres humanos, intitulado *“Análise do perfil de estresse em pacientes com doença cardiovascular”*, tendo como pesquisador responsável o docente do curso de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, Profº. Dr. Walter Adriano Ubiali, e Gutemberg Jailson Rocha de Carvalho, aluno do curso de Mestrado em Psicologia da mesma instituição.

Em anexo estão todos os documentos exigidos pela Resolução No. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Na expectativa de desfecho favorável, apresento votos de consideração e total reconhecimento de vosso trabalho e deste Comitê.

Manaus, 30 de Junho de 2011.

Gutemberg Jailson Rocha de Carvalho
Faculdade de Psicologia/UFAM
Contato (FAPSI): 3605-4550