

**Aspectos Psicossociais, Estresse e Estilo de Vida em Portadores de Doença Cardiovascular**  
**Psychosocial Aspects, Stress and Lifestyle in Bearers of Cardiovascular Disease**

Alexandro Andrade<sup>1</sup>  
Eunice Steckling<sup>2</sup>  
Cristiane Couto Silveira<sup>3</sup>

**RESUMO:** Esta pesquisa objetivou analisar o estresse emocional e o estilo de vida em indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, quando da manifestação aguda da doença. Este foi um estudo de campo, com uma amostra constituída de 25 indivíduos, participantes do Programa de Prevenção e Reabilitação Cardíaca, do Núcleo de Cardiologia e Medicina do Exercício, da UDESC. Os resultados encontrados indicam que indivíduos que apresentam comportamento tipo A estão mais propensos a desenvolverem doenças cardiovasculares, demonstrando que antes da manifestação aguda da doença, viveram altos níveis de estresse emocional, tensão, ansiedade, competitividade e perfeccionismo. Estes indivíduos não relataram estratégias de controle do stress, sentindo-se muito afetados por problemas de difícil solução. Eles geralmente possuíam um estilo de vida sedentário e maus hábitos alimentares, caracterizado por uma dieta hipercalórica e alta ingestão de gorduras saturadas.  
**PALAVRAS-CHAVE:** Stress emocional; Estilo de vida; Doença cardiovascular.

**SUMMARY:** This research aimed at to analyze the emotional stress and the lifestyle in individuals bearers of cardiovascular diseases, when of the sharp manifestation of the disease. This was a field study, with a constituted sample of 25 individuals, participants of the Program of Prevention and Heart Rehabilitation, of the Nucleus of Cardiology and Medicine of the Exercise, of UDESC. The found results indicate that individuals that present behavior type A are prone to develop cardiovascular diseases, demonstrating that before the sharp manifestation of the disease, they lived high levels of emotional stress, tension, anxiety, competitiveness and perfectionism. These individuals didn't tell strategies of

---

<sup>1</sup> Prof. Doutor do Mestrado em Educação e Cultura e do Mestrado em Ciência do Movimento Humano da UDESC. Coord. do Lab. de Pesquisas em Psicologia do Esporte.

<sup>2</sup> Acadêmica formanda em Educação Física do CEFID – Autora do TCC que fundamenta este artigo.

<sup>3</sup> Fisiologista e participante docente. Integrante do N.C.M.D. do CEFID/UDESC.

control of the stress, feeling very affected for problems of difficult solution. They usually possessed a sedentary lifestyle and bad alimentary habits, characterized by a diet caloric and high ingestion of saturated fats.

KEY-WORDS: Emotional stress; lifestyle; cardiovascular diseases.

### **Considerações iniciais**

As doenças cardiovasculares estão associadas a diversos fatores de risco, sendo que estes fatores podem ser classificados como modificáveis e não-modificáveis. Os fatores modificáveis são: obesidade, colesterol, tabagismo, sedentarismo, estresse; e os não-modificáveis são: herança genética, idade, sexo. A manifestação das doenças cardiovasculares ocorre geralmente por uma associação desses fatores, e não simplesmente pela manifestação de um fator isolado. A identificação e o controle desses fatores constitui um fator preponderante na prevenção de doenças cardiovasculares (Carvalho, Silva & Guedes, 1995).

Segundo Pollock & Wilmore (1993) as coronariopatias geralmente estão associadas à aterosclerose, que resulta em uma estenose das artérias coronárias, ou seja, as artérias que irrigam o músculo cardíaco. Novos estudos têm demonstrado que a aterosclerose está em parte associada ao estilo de vida das pessoas, sendo que pessoas possuem altos níveis de estresse, ansiedade, falta de atividade física, alimentação inadequada, e havendo a associação desses fatores ocasiona maior propensão para o desenvolvimento da aterosclerose.

Um número cada vez maior de estudos tem demonstrado a interligação entre conflitos psicossociais, as emoções e os padrões de comportamentos na patogênese de doenças cardiovasculares. Após a observação de que os fatores de riscos tradicionais como idade, sexo, hereditariedade, dislipidemia, tabagismo, obesidade, entre outros, são responsáveis por apenas metade dos casos de doenças cardiovasculares, tem-se exaltado o interesse pelos papéis desempenhados pelo estresse emocional e o sistema nervoso central como desencadeadores da doença (Eliot, 1992).

Um dos pontos determinantes na gênese do estudo de doenças cardiovasculares é o papel que as emoções desempenham na manifestação da doença. Nas emoções encontramos dois fatores interligados: o estresse e o perfil psicológico do indivíduo (PORTO, 1994).

O objetivo desse estudo foi analisar o estresse emocional e o estilo de vida em indivíduos portadores de doenças cardiovasculares na fase de manifestação aguda da doença.

As doenças cardiovasculares desde o início deste século são a principal causa de morte nos Estados Unidos, em todas as faixas etárias. Se considerarmos as outras doenças, mesmo somadas não são equivalentes aos números de óbitos provocados pelas doenças cardiovasculares (Pollock & Wilmore, 1993).

Segundo Porto (1994), na manifestação das doenças cardiovasculares geralmente ocorre uma associação entre os diversos fatores de risco, observando-se que na maioria da manifestação dos casos de doenças cardiovasculares os fatores psicossociais encontram-se presentes, tendo o estresse como fator em evidência.

A ativação de diversos mecanismos neuroendócrinos provocados pelo estresse emocional ocasionam modificação o sistema fisiológico das pessoas. As modificações fisiológicas que ocorrem dependem primeiramente da predisposição o indivíduo as doenças relacionadas com o estresse. (Blair et al, 1994)

Vários estudos estão associando o conceito de comportamento a uma maior tendência ao desenvolvimento de doença coronariana, que é classificado como comportamento Tipo-A. Mas a modificação deste comportamento em pacientes que sofreram infarto do miocárdio mostrou uma diminuição dos riscos de um novo infarto. Pesquisas recentes demonstraram que a raiva e a hostilidade podem ser responsáveis por um aumento no risco de se provocar um infarto do miocárdio, quando associadas ao comportamento Tipo-A, funcionando como componentes tóxicos. Em recente estudo sobre esta questão, Andrade (2001) apresenta dados importantes evidenciando a associação entre a agressividade e o processo de adoecimento, citando Andrews que afirma ser a hostilidade, o ódio e a fúria inflamada equivalente a tomar uma dose de veneno a cada dia.

As respostas provocadas pelo estresse têm sempre como principal objetivo manter a homeostase do organismo. Para que isto ocorra são ativadas vias neurais, responsáveis pelo estado de alerta, vigilância, cognição, atenção focalizada, como também pela agressão adequada. Ao contrario do que ocorre nas vias de função vegetativa que serão inibidas

(Lipp, 1994; Albert & Ururahy, 1997). Segundo Pelletier apud Goleman & Gurin (1998), as atitudes, crenças e estados emocionais, podem desencadear reações que provocam modificações na composição sanguínea, a frequência cardíaca e atividade das células e órgãos do corpo.

## **Método**

Esta pesquisa foi do tipo descritiva de campo (Rudio, 1992), e também qualitativa e interpretativa, pois buscou captar e compreender as percepções dos participantes da pesquisa, considerando a complexidade dos fatos que foram abordados. Fazem parte dos objetivos do pesquisador qualitativo os dados verbais e não verbais (Andrade, 2001).

A população foi constituída por indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, integrantes do Programa de Prevenção e Reabilitação Cardíaca, do Núcleo de Cardiologia e Medicina Desportiva – NCMD, do Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desporto – CEFID, da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. A amostra se restringiu a um grupo de 25 indivíduos que apresentam doenças cardiovasculares, especificamente coronariopatias e hipertensão arterial, indivíduos que apresentam quadro de intervenção cirúrgica, como também aqueles indivíduos que não se submeteram a tal procedimento. A amostra independeu do tempo de Reabilitação Física, tendo como média deste tempo de 3 anos e 5 meses (maior 9 anos e 3 meses, menor 2 meses;  $s = 3.15$ ).

O instrumento de pesquisa utilizado foi uma entrevista semi-estruturada. O roteiro de questões foi composto de 38 perguntas formuladas com base no questionário dos aspectos psicológicos e estilo de vida de portadores de doença coronariana, de Silveira (1999). Dentre estas, as questões sobre hábitos alimentares foram adaptadas do questionário Avaliação de Hábitos Alimentares (Nahas, 2001). A entrevista foi elaborada com perguntas que foram respondidas com base nas experiências ocorridas na fase de manifestação aguda da doença cardiovascular de cada participante da pesquisa.

Na coleta dos dados, foi realizado primeiramente um contato com os responsáveis pelo Núcleo de Cardiologia e Medicina Desportiva, visando o esclarecimento dos objetivos da pesquisa para a obtenção da autorização para efetuarmos a pesquisa.

Posteriormente foi realizado o levantamento do número de indivíduos portadores de doenças cardiovasculares que fizeram parte da amostra, sendo que os indivíduos deveriam apresentar algum tipo de coronariopatia, hipertensão arterial, ou a associação de coronariopatia e hipertensão arterial.

Com a identificação dos indivíduos que fizeram parte da amostra, efetuou-se o primeiro contato através de conversas realizadas pessoalmente com o objetivo de esclarecer os objetivos da pesquisa. Com isto, foi estabelecido o contato inicial para que eles pudessem perceber a validade da pesquisa e desta forma estabelecer um elo de confiança com os indivíduos portadores de doenças cardiovasculares. Após esta etapa marcamos uma data conveniente com os mesmos para realizar as entrevistas.

A entrevista se realizou em locais pré-determinados pelos participantes da pesquisa para evitar constrangimento, com o esclarecimento anterior de que as perguntas deveriam ser respondidas com base nas experiências vividas na fase da manifestação aguda da doença. Eles foram orientados para narrarem os fatos se reportando ao passado, procurando descreve-los com fidelidade, não havendo necessidade de seguir o roteiro de perguntas na íntegra. Pode ocorrer mudanças tanto na ordem, como também, serem adicionados questões que possivelmente não foram abordadas no roteiro da entrevista, procurando não omitir desta forma informações relevantes com relação à manifestação aguda da doença cardiovascular.

O tratamento estatístico foi do tipo descritivo, resumidos e apresentados em tabelas e gráficos (Barbetta, 1994). Algumas respostas foram colocadas em categorias gerais, com apresentação resumida dos depoimentos considerados relevantes e da comparação dos dados com a literatura para melhor análise crítica (Andrade, 2001). A análise qualitativa e interpretativa buscou identificar, evidenciar e interpretar o significado dos principais resultados e depoimentos dos participantes da pesquisa visando aprofundar a compreensão do problema.

### **Apresentação e discussão dos resultados**

Os entrevistados constituem um grupo formado por 13 (52%) mulheres e 12 homens (48%), dos quais 7 (28%) estão entre 50 e 60 anos e 18 (72%) estão entre 61 e 71 anos.

Destes, 16 (64%) são casados, 5 (20%) são viúvos e 4 (16%) são divorciados. Os entrevistados exerciam profissões diversas entre as quais 5 (20%) comerciantes, 5 (20%) funcionários públicos, 5 (20%) professores, 3 (12%) donas de casa, 2 (8%) costureiros, 1 (4%) bancário, 1 (4%) aeroviário, 1 (4%) engenheiro, 1 (4%) advogado e 1 (4%) militar.

Quando analisamos a faixa etária como fator de risco, podemos observar que a maioria 20 (80%) dos entrevistados se encontravam numa faixa superior a 45 anos, exercendo ou tendo exercido profissões competitivas ou estressantes. A maioria 16 (64%) dos entrevistados soube do diagnóstico da doença a menos de 10 anos. Deve-se considerar que entre os 45 e 60 anos muitos conflitos profissionais e familiares emergem, como a instabilidade profissional e financeira, separações familiares (casal ou filhos), aposentadoria, isolamento e solidão (Silveira, 1999), sendo coerente com muitos depoimentos obtidos e com a faixa etária do grupo. Estes processos são somados as indicações da literatura que analisa as modificações que ocorrem no organismo à medida que a idade avança, ocorrendo mudanças significativas no organismo provocadas pela diminuição de sua eficiência, alterando propriedades elásticas das artérias, tornando-as rígidas e dificultando a passagem da corrente sanguínea (Carvalho, 1995).

### *PERCEPÇÃO DA APOSENTADORIA*

Quando da manifestação da doença 20 (80%) estavam trabalhando e 5 (20%) já estavam aposentados. Para muitos a aposentadoria significou uma mudança radical na maneira de viver. Alguns entrevistados perceberam-na como uma mudança negativa, como ilustra E 11 *”Depois de perceber o real de ser aposentado, ficar sem fazer nada com toda a força que eu tinha, com toda a capacidade de trabalhar ainda.... ficar aposentado foi brabo, eu caí numa espécie de depressão. Parar de trabalhar e parar com o convívio dos amigos e tal, foi muito duro”* e E 06 *“Foi muito ruim parar de trabalhar, eu acho que se eu estivesse trabalhando era capaz de nem ter me dado o enfarte, eu senti muito a falta do trabalho....”*

Mudanças significativas podem provocar aumento do estresse emocional. Uma destas mudanças esta associada à aposentadoria e a maneira como os indivíduos percebem-na pode determinar o surgimento de doenças cardiovasculares (Eliot, 1992). A aposentadoria é relatada pela literatura como uma importante mudança na vida das pessoas,

podendo em muitos casos desencadear problemas somáticos sérios (BUSSE & BLAZER apud SILVEIRA, 1999).

### *HEREDITARIEDADE*

Quando questionados sobre a presença de familiares em primeiro e segundo grau, 21 (84%) dos entrevistados confirmaram possuir um ou mais familiares com doenças cardiovasculares. Ilustram esta questão E 17 *“Toda a minha família tem problemas no coração, meu pai, minha mãe e os meus irmãos”* e E 18 *“Pai, mãe e avô. Por isto, meu problema é hereditário”*.

No estudo realizado por Framingham comprovou-se a vulnerabilidade familiar às doenças coronarianas, independente de outros fatores de risco, os indivíduos que cujos parentes de primeiro grau tiveram doenças coronarianas prematuramente tem um risco de duas a cinco vezes maior de desenvolverem a doenças do que indivíduos com histórico familiar negativo (Eliot, 1992). Os dados obtidos no presente estudo ratificam os pressupostos da literatura na presença do fator hereditário no desenvolvimento das doenças cardiovasculares (Pollock & Wilmore, 1993; Cooper, 1979).

### *PERCEPÇÃO DO PESO CORPORAL*

Dos 21 entrevistados, 16 (64%) afirmaram que estavam acima do peso quando da manifestação aguda da doença, como atesta E 08 *“Tinha excesso de peso, fumava muito, sempre fui inveterado, fumava três carteiras de cigarros por dia, antes do primeiro enfarte e cheguei a 104Kg e estava completamente fora dos padrões de peso e altura. Havia um excesso de peso e cigarro”*.

A obesidade isoladamente não promove um aumento significativo no risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, mas geralmente provoca outras alterações metabólicas importantes como hipercolesteremia, diabetes melito tipo II, hipertensão arterial, mostrando-se desta maneira um fator importante no desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Eliot, 1992; Leite, 1994).

## CONSUMO DE DROGAS

Quanto ao consumo de drogas, 10 (40%) dos entrevistados afirmaram que fumavam antes da manifestação da doença, como atesta E 19 *“Fumava muito, muito, fumava o tempo todo, eu acabava um cigarro e ascendia outro, eu fumava cinqüenta cigarros por dia”*.

Destes entrevistados 2 (8%) asseguram que o motivo de fumarem se deve a fatores emocionais. E 17 afirma que *“Antes do enfarte eu fumava, fiquei de fevereiro até 25 de maio fumando a noite toda. Fumava e comia chocolate, era uma tensão nervosa, porque eu mudei, meu marido morreu, foi uma reviravolta muito grande na minha vida.....”* e E 10 *“Eu fumava em função da ansiedade de ser mal casada, de não ganhar carinho, ele não dava nada, só exigia, tudo deveria ser perfeito, tudo perfeito, tudo como ele queria, mas ele não dava nada em troca, amor então nem pensar.....”*

Quando questionados sobre a ingestão de bebidas alcoólicas um (5%) dos entrevistados relatou o fato de beber por de não saber como gerenciar acontecimentos negativos que aconteceram em sua vida, E 06 *“Nós éramos uma família, bem ou mal uma família, e de repente todo mundo foi embora... e o que eu fiz?! Estava entrando na cachaça... eu chegava do serviço e fazia um copo de caipira”*.

Analisando o consumo de drogas podemos perceber que uma parte significativa do grupo tinha o hábito de fumar em média 30 cigarros por dia antes da manifestação aguda da doença, representando desta maneira um risco aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares, pois o risco cardiovascular relaciona-se mais com o número de cigarros fumados por dia, do que a duração do vício (Eliot, 1992; Ministério da Saúde, 1990).

## PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Com relação ao histórico de atividade física a maioria 19 (76%) dos participantes não praticava nenhum tipo atividade física antes da manifestação aguda da doença, como assegura E 06 *“Não. Nunca pratiquei nenhuma atividade durante a minha vida, eu estava sempre trabalhando e não tinha tempo para mais nada”* e E 18 *“Não. Tinha filhos, tinha trabalho, casa para mim eu não tinha tempo”*.

Em indivíduos sedentários o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares é duas vezes maior do que em indivíduos ativos. O baixo nível de

atividade física favorece o surgimento e ou agravamento da aterosclerose e a prevalência da hipertensão arterial (Andrade, 2001). Confirmando a literatura que interpreta o sedentarismo como fator de risco mais importante entre os fatores de risco de doenças cardiovasculares primários modificáveis (Pollock & Wilomore, 1993; Powers & Howley, 1997) os indivíduos que compõe o grupo estudado apresentavam este importante indicativo de propensão ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

### *HÁBITOS ALIMENTARES*

É característica deste grupo o consumo exagerado de carnes vermelhas e frituras, como assegura E 18 *“Os meus hábitos eram muito irregulares, era muita fritura ate então, até a gente não ter um conhecimento de uma vida saudável. Nós comíamos normal, como todo mundo come: muita fritura, milanesa, batata frita, molhos, galinha, bife frito, arroz, feijão”*, E 19 *“Meus hábitos antes da doença eram completamente desregrados, eu comia de tudo e bastante, eu sempre fui um comedor impulsivo, eu não tinha regras”*.

Outros entrevistados afirmam que os hábitos alimentares dependem não somente de fatores atuais mas também do tipo de alimentação e o ambiente onde foram criados, como atesta E 08 *“Eu exagerava um pouco..... comia muito queijo, presunto, salame. Sempre gostei muito disso, ate mesmo por causa da minha descendência e então eu exagerava neste tipo de alimentação”*.

Um fator relevante que devemos analisar é o consumo contínuo e em grande quantidade de café e refrigerante tipo cola, pois estes apresentam substâncias que provocam o aumento na liberação de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) e aumento da ansiedade, nervosismo, insônia e inquietação. Também pode provocar o aumento do colesterol de baixa densidade, elevar a glicemia sanguínea, provocar a perda de sais minerais e vitaminas, dentre outras alterações, quando o consumo ultrapassar 1 a 2 xícaras de café (Wolinski & Hickson, 1996; Rossi apud Andrade, 2001). Verificando esta variável notamos que 95% dos entrevistados ingeriam pelo menos um destes produtos, como confirma E 14 *“eu tomava uns 40 cafezinhos por dia. Todos os dias eu tomava muitos cafezinhos”*, e E 15 *“Eu tomava muitos café, e também muitas coca-cola o dia todo e durante muitos anos”*.

Tabela 1 - Principais Alimentos Contidos na Dieta dos Indivíduos Portadores de Doenças Cardiovasculares Anterior a Manifestação Aguda da Doença.

	<i>Diariamente</i>	<i>3 a 6 vezes por semana</i>	<i>1 a 2 vezes por semana</i>	<i>3 vezes por mês</i>
<i>Carnes Vermelhas</i>	17	05	03	–
<i>Bebidas Alcoólicas</i>	03	04	11	07
<i>Frituras</i>	21	02	02	–
<i>Alimentos Doces</i>	05	11	09	01
<i>Açúcar Refinado</i>	20	05	–	–
<i>Peixes / Frango</i>	–	04	15	06
<i>Frutas/ Verduras</i>	12	07	03	03
<i>Arroz / Massas / Feijão</i>	25	–	–	–
<i>Laticínios</i>	23	02	–	–
<i>Café / Refrigerantes</i>	23	–	02	–

*Os entrevistados antes da manifestação aguda da doença apresentavam hábitos alimentares bastante irregulares, ingeriam arroz, massas e feijão e também consumiam muito açúcar refinado, frituras e carnes vermelhas, alimentos que contem altos índices de gorduras saturadas, que são reconhecidamente prejudiciais à saúde. Este tipo de gordura está associada a diversas doenças importantes, como as cardiovasculares e certos tipos de*

*câncer (Nahas, 2001). A ingestão exagerada de sal pode provocar hipertensão arterial e outras complicações circulatórias, embora em pequeno grau, este fato é importante para o funcionamento adequado do organismo (Andrade, 2001).*

O principal problema que afeta os países desenvolvidos não é a ausência de nutrientes essenciais, mas o consumo elevado de gorduras saturadas e de carboidratos, fazendo com que os indivíduos tornam-se mais suscetíveis as complicações cardiovasculares, através do desenvolvimento da aterosclerose e da diabetes. Visto que um estilo de vida saudável está diretamente associado à forma como as pessoas se alimentam, podem torna-las mais vulneráveis as doenças crônico-degenerativas ou mais resistentes quando estas praticam uma alimentação correta, equilibrando os nutrientes necessários ao consumo energético adequado (Alvarez, 1997).

#### *AMBIENTE DE TRABALHO*

A maioria dos entrevistados 15 (60%) consideraram o ambiente de trabalho como satisfatório ou bom, porém, 10 (40%) consideraram o ambiente de trabalho ruim, explanando diversos problemas como a falta de reconhecimento, a pressão para cumprir prazos e responsabilidades, o estresse provocado pelo excesso de trabalho e até mesmo perseguições, como confirma E 05 *“Um dos motivos que eu me aposentei, foi por causa que o Banco exercia bastante pressão, o banco, os clientes, e a gente tinha que cuidar daquela coisa toda, e tava escapulindo do controle.... tava muito pesado”*, E 07 *“Eu andava estressado....a mil por hora...a minha relação com os meus colegas era boa, mas eu estava estressado, porque tinha muito serviço.... muita preocupação, muito incomodo”* e E 15 *“Quando eu estava trabalhando, eu sofri perseguições políticas, porque quando você não era do governo..... a gente era mau tratado, sofria perseguições, isto me deixava sem rumo...”*.

Nos depoimentos foi evidenciado que a pressão, a instabilidade profissional, a competitividade no ambiente de trabalho foram situações marcantes na vida dos indivíduos provocando modificações importantes na rotina, em especial a dificuldade de enfrentar as situações de estresse. As exigências no trabalho, eventos que alteram a vida e a segurança da sociedade parecem ter relação com as doenças cardiovasculares. Quando ocorrem situações que diminuem a sensação de estar no controle, observa-se considerável aumento

na incidência de doenças cardiovasculares (Campos apud Mello, 1992 e Eliot, 1992), o que ficou evidenciado neste estudo. Em bancários, Andrade (2001) evidenciou esta relação entre a pressão negativa do trabalho, o nível elevado de estresse e os problemas de saúde decorrentes das reações psicossomáticas.

### *RELAÇÃO FAMILIAR*

Quando questionados sobre a relação familiar, a maioria 20 (80%) afirmou ter uma relação boa ou regular, apesar de reconhecer conflitos, como atesta E 13 “... *Era boa, meu marido.... era cheia de atritos e a gente discutia muito, ele é muito impaciente, durão, ele não aceita muito as coisas, então sempre tinha muito discussão em casa, e isto tudo vai prejudicando a gente, é muito complicado*”. Mas 4 (16%) dos entrevistados afirmaram ter uma relação familiar complicada antes da manifestação aguda da doença. Como assegura E 06 “*Meu marido era uma coisa de outro mundo, até me bater, me batia..... bebia.... eu tive casada 35 anos, eu perdi a minha mocidade. O que eu não agüentei é que depois eu fiquei sozinha. Ele me abandonou e foi morar com outra mulher. Eu sai para trabalhar e quando cheguei em casa.... tinha um bilhete dizendo que ele tinha ido embora.... Eu sofri muito depois disto porque por mais ruim que o marido seja ninguém quer chegar e encontrar somente um bilhete de Adeus... “, e E 10”*Era horrível, horrível, eu fui a mulher mais mal amada e ele me usava muito, eu era muito usada, ele pegava todo o meu dinheiro, nunca fiquei com nada. E meu filho passou por muitas cirurgias, só que ele é super ativo.... entrava em uma cirurgia assim que saia de outra. Mas o que mais me incomodava era o marido...eu acho que enfartei por causa do meu casamento*”.*

A maioria dos entrevistados relataram problemas afetivos sérios, de difícil resolução antes da manifestação aguda da doença, evidenciando o fato das doenças coronarianas estarem associadas a aspectos psico-emocionais. Atualmente a família é uma fonte causadora de angustias e tensões, quando ela deveria atuar como fonte de apoio no combate aos fatores desgastantes da vida competitiva e do estresse emocional (Porto, 1998; Silveira, 1999).

## VIDA SOCIAL

Quando analisamos a vida social dos 21 indivíduos, percebemos que a maioria 15 (60%) dos entrevistados tinham uma vida social irregular ou até mesmo a inexistência da mesma, como confirma E 04 “*(Risos) sou completamente anti-social, não gosto de ir a nada, eu não sou de sair assim*”, e E 13 “*Nunca tive vida social*”. Certos entrevistados relataram não ter vida social em decorrência da existência de conflitos entre cônjuges ou do excesso de trabalho, como demonstra E 10 “*Há eu não tinha vida social, porque ele bebia nos lugares onde nós íamos e depois ele queria voltar dirigindo... então eu comecei a me negar ir as festas, porque na volta ficava com o coração na mão. Eu e meus filhos estávamos sempre em pânico, porque ele andava na via contrária...*” e E 06 “*Eu não tinha vida social nenhuma, era só trabalho e isto foi durante 26 anos...*”

Os depoimentos revelam que a maioria dos entrevistados apresentavam problemas de integração social antes da manifestação aguda da doença. Campos apud Mello (1992) e Eliot (1992) descrevem a importância da integração social entre os indivíduos e o ambiente como fatores desencadeantes de estresse. O nível social, as integrações com os indivíduos e as alterações no ambiente social causam impacto sobre a saúde, podendo provocar doenças cardiovasculares.

## PERFECCIONISMO

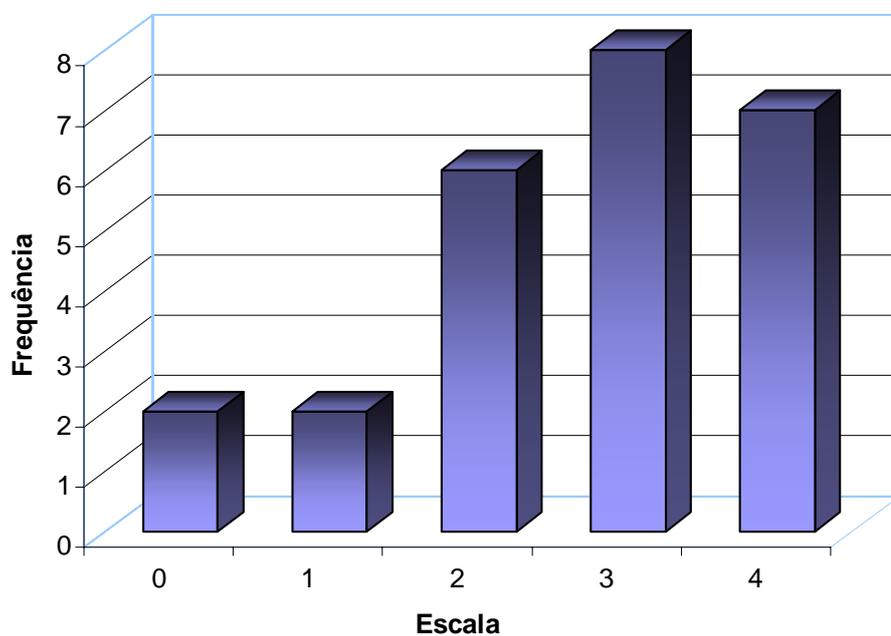
O perfeccionismo foi relatado como uma característica da personalidade por 18 (72%) dos entrevistados, como assegura E 01 “*Gosto das coisas bem organizadas, eu sempre fiz tudo, para não ver as coisas fora do lugar. Nunca espero para fazer as coisas depois*”, e E 04 “*Sou demais, se tem horário pra mim tem horário, se for cronometrado é cronometrado. E nunca confiei no trabalho das outras pessoas, e ainda vou conferir, eu fico em cima fiscalizando direto mesmo*”.

O perfeccionismo é um fator desencadeador do estresse emocional, tensão e ansiedade. A necessidade de fazerem seus trabalhos o mais perfeito possível faz com que os indivíduos tenham uma preocupação constante com todos os acontecimentos que o cercam. Esta característica está geralmente relacionada a falta de confiança no trabalho das outras pessoas, fazendo que estes indivíduos centralizem suas tarefas e se sobrecarreguem de trabalho.

### PERCEPÇÃO DO ESTRESSE EMOCIONAL

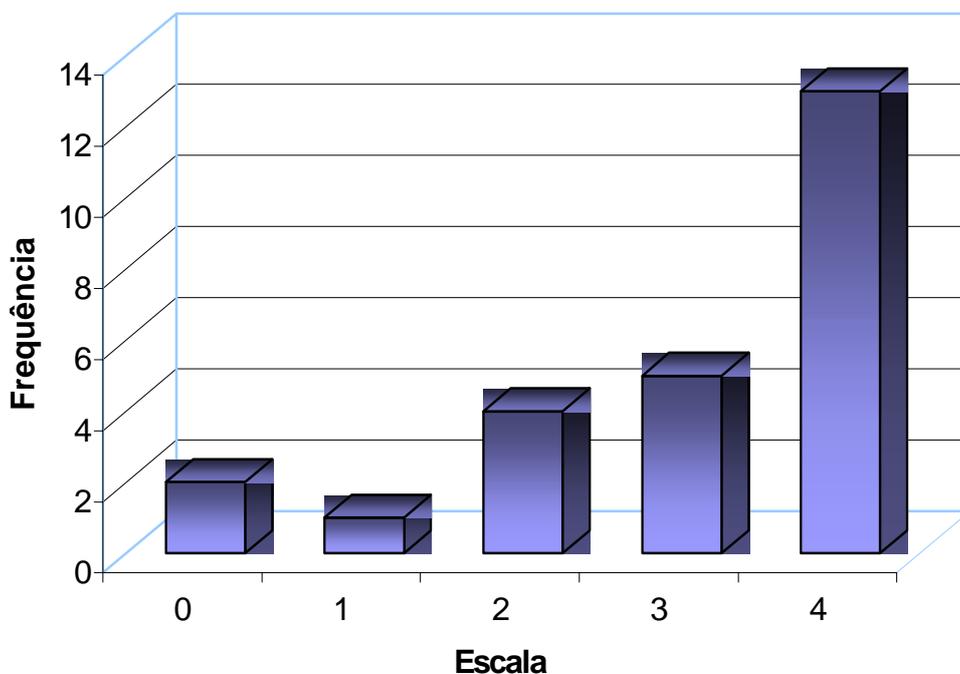
O grupo apresentou um alto nível de ansiedade, tensão e agressividade, como podemos perceber através dos gráficos abaixo e posteriormente através dos depoimentos dos entrevistados.

Figura 1 – Auto-Avaliação do Estresse Emocional Percebido pelos Indivíduos Portadores de Doenças Cardiovasculares Próximo da Manifestação Aguda da Doença ( 0 – Nada; 1 – Pouco; 2 – Aceitável; 3 – Muito; 4 - Extremo)



Dos entrevistados, 60% apresentaram alto nível de estresse sendo que 32% conviveram com um nível muito alto de estresse e 28% com níveis extremos de estresse na época da manifestação aguda da doença.

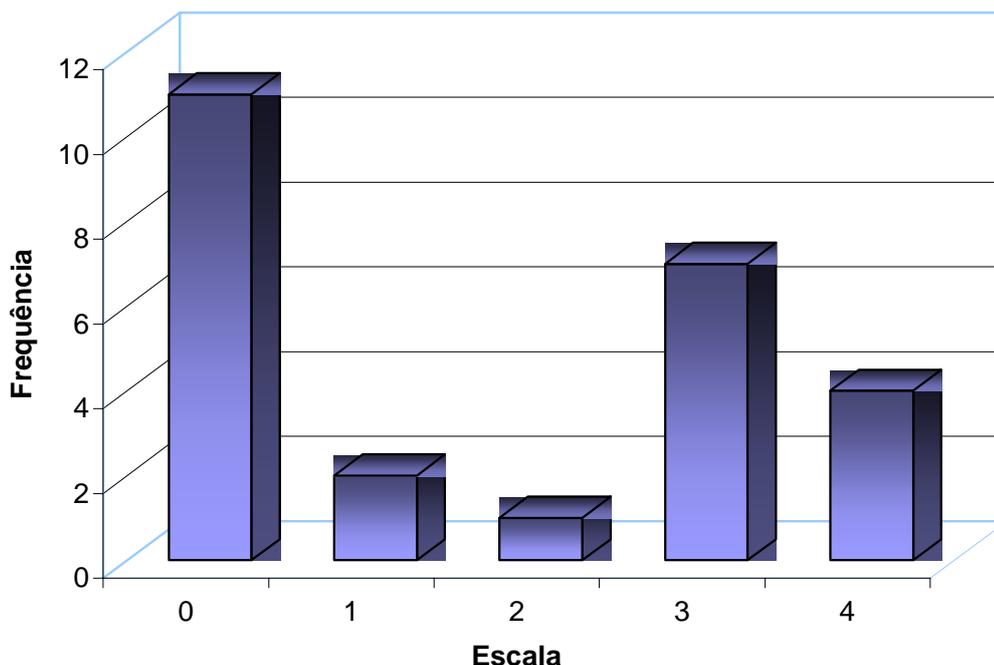
Figura 2 – Auto- Avaliação da Tensão Percebida Pelos Indivíduos Portadores de Doenças Cardiovasculares Próximo a Manifestação Aguda da Doença (\* 0 – Nada; 1 – Pouco; 2 – Aceitável; 3 – Muito; 4 - Extremo)



A maior parte da amostra (72%) apresentou alto nível de tensão antes da manifestação aguda da doença, sendo que 52% viveram situações de extrema tensão e 20% com níveis muito altos de tensão.

Figura 3 – Auto-Avaliação da Agressividade Percebida Pelos Indivíduos Portadores de Doenças Cardiovasculares, Próximo a Manifestação Aguda da Doença (\* 0 – Nada; 1 – Pouco; 2 – Aceitável; 3 – Muito; 4 - Extremo)

Neste gráfico podemos verificar que 44% dos entrevistados relataram estar com



níveis altos de agressividade antes da manifestação aguda da doença, onde 28% apresentavam níveis muito altos de agressividade e 16% níveis extremos de agressividade. Os demais apresentaram agressividade média para baixa.

Para aprofundar este aspecto do estudo, apresentamos a descrição de alguns depoimentos mais significativos com relação ao estresse emocional, tensão, agressividade e ambição.

Os fatores que envolvem o trabalho como pressão, responsabilidades, instabilidade, a supervisão de superiores e falta de reconhecimento profissional foram aspectos relatados pelos entrevistados, provocando desta maneira tensão, ansiedade e até mesmo a agressividade. Confirma-se isto nos relatos de E 04 *“Trabalhei numa multinacional, a tensão era forte, a pressão”* e E 13 *“A falta de compreensão das pessoas, porque às vezes você trabalha e não tem apoio..... isto me deixava.....estressada, com*

*tensão nervosa, muito forte....” e E 19 “Vivia a tensão do trabalho, porque tudo tinha que ficar bem feito, a parte financeira da empresa... eu estava sempre no meu limite de agressividade, isto eu fui notar quando eu me aposentei”.*

A agressividade também foi descrita como uma característica dos entrevistados, relatando que o fator desencadeador era a falta de reconhecimento profissional e segurança no trabalho, como assinalam E 11 *”Era agressivo, explosivo demais, temperamental. O que mais me deixava fora de controle era quando tinha direito a algo e alguém me contrariava...”* e E 09 *“Qualquer coisa eu fico muito tenso, agitado por causa dos “amigos”, que muitas vezes queriam me sacanear ou qualquer coisa que começasse a imaginar dentro do meu trabalho, começava a ficar agitado, nervoso, agressivo, começa a agredir a todos e se não desse certo ficava pior ainda”.*

A separação do cônjuge ou dos filhos foi relada como um acontecimento negativo e que desencadeou muitos problemas emocionais, podendo ter levado a ocorrência do enfarte, nos casos relatados. Mesmo quando esta relação era ruim, a separação foi traumatizante. Com isto podemos perceber o medo e a indisposição das pessoas, quando estas se encontram em situações de mudanças significativas que provocam uma alteração importante na rotina, como atestam E 11 *“Me separei da mulher para viver uma paixão doida, isto modificou completamente minha vida, marcou muito a minha vida e minha família, porque eu tinha um padrão de vida e ninguém esperava isto de mim... de repente você muda tudo.... ”*, E 10 *“Tensão nervosa, ansiedade, angustia... porque eu não tinha um dia de sossego, aquele marido.... preocupação com os filhos. Mas a saída do meu marido, apesar de ser da maneira que era, gosta das coisas sempre em seu devido lugar. Gosto das coisas sempre iguais e estáveis, por isso que resisti tanto tempo, se talvez tivesse colocado a boca no trombone antes, nem tivesse tido o enfarte, mas tenho medo de mudanças, a saída dele foi muito traumatizante”,* e E 12 *“Quando meu filho se separou da mulher, coloquei a culpa nele, por ele ser sempre uma pessoa muito difícil, depois eu descobri que a esposa tinha traído ele, mas eu não sabia.... ele não me contou...eu coloquei a culpa nele. Ele foi embora e ate hoje não sei dele”.*

Paralelo a estes fatores ainda podemos adicionar mudanças no nível social, alterações no ambiente social, mudança de residência, de emprego ou outras mudanças significativas em suas vidas, aumentando o risco de doenças cardíacas em duas a três vezes

(Eliot, 1992). Neste sentido relata E 06 *”Quando ia chegando em casa do trabalho e chegava na escadaria eu ficava tensa porque iria ficar sozinha.....chegar num apartamento grande ficar sozinha, solitária, fazer comida pra ti, olhar preá tudo aquilo sem ninguém, os quartos vazios, era uma sensação muito ruim ... foi muito ruim ter que ficar sem trabalhar, então enfartei”*; E17 *“Eu me mudei, sai da outra casa, mudou tudo, eu tinha depressão, tinha horas que a gente fica meio solitária, isto é instintivo, a gente cria os filhos, a casa cheia de gente depois não fica ninguém. E o meu filho era alcoólatra e isto me deixava meio ansiosa, tensa... uma semana antes do enfarte, ele bebia e deitava, a gente que é mãe fica triste em ver isto, porque é triste....”* e E 16 *“Era muita preocupação, nós morávamos numa cidade e de repente nós perdemos tudo em uma enchente.... de repente nós nos vimos com tudo o que tínhamos conseguido embaixo da água, e isto foi um nível de estresse muito grande. Era um estresse continuo porque eu tinha um problema no intestino e a qualquer momento eu poderia ter que operar. De repente você vê que tudo o que conseguiu em 50 anos esta na lama e você tem que começar do zero..... nós ficamos sem carro, sem dinheiro, sem roupa...”*.

Um fator determinante de alterações emocionais, provocando ansiedade, tensão foi a presença de doenças graves, como atesta E 01 *“Naquela época meu marido ainda era vivo mas estava doente e tinha começado a beber, mas a doença do meu neto.... ele se criou dentro da minha casa e estava muito doente, eu tive uma crise de hipertensão muito forte, eu estava com depressão....”*, E 18 *“a doença da minha mãe deu uma guinada de 180 graus na minha vida....”*. E 07 *“Tinha muito serviço, trabalhava muito, e a preocupação com a minha filha. O caso com a minha filha liquidou comigo, me deixou fora de órbita, eu não esperava.... Quando ela engravidou, não estava preparado para isto, desestruturou toda a minha vida. Três dias antes do meu neto nascer, eu enfartei”*. Analisando este caso específico podemos verificar que fatos inesperados podem desencadear problemas cardíacos graves, e também observar que a forma como as pessoas percebem os acontecimentos em suas vidas é uma causa de tensão, ansiedade e estresse.

A morte de pessoas próximas também foi abordada como um fator importante antes do aparecimento da doença, confirmando este fato E 15 *“Eu estava vivendo uma situação muito difícil, a morte da minha neta, naquele dia ela estava começando a andar e morreu de repente, aquilo me chocou muito, me chocou, me chocou a ponto de que sem a família*

*soubesse.... pegava o carro e ia a sepultura dela e ficava rezando a noite..... e isto marcou bastante”.*

Outro fator relevante que foi observado é o de que aproximadamente 60% dos entrevistados se emocionaram (choraram) durante as entrevistas, principalmente quando estes narravam os fatos que provocaram as mudanças significativas em suas vidas. Este fato também foi evidenciado pelo estudo de Silveira (1999), onde 50% dos entrevistados também se emocionaram ao relatar fatos significativos.

Os fatores emocionais relatados pelos entrevistados tais como problemas afetivos, profissionais e sociais de difícil resolução e aceitação antecederam a manifestação aguda da doença cardiovascular atualmente tem sido evidenciado nos estudos sobre a fisiologia do estresse onde os hormônios ativados em situações de estresse podem provocar o surgimento de alterações patológicas, caso a ativação deste mecanismo torne-se constante. As principais reações que ocorrem são: o aumento de atividade do sistema nervoso parassimpático, da atividade cardíaca e da circulação periférica, possibilitando um esforço físico imediato; a liberação dos hormônios adrenalina e/ou noradrenalina pela adrenal promovendo alterações na pressão arterial, no nível de insulina produzido no pâncreas, entre outros. A ativação crônica e de forma repetitiva do Sistema Nervoso Autônomo provocada pelo estresse, em pessoas que apresentam antecipadamente lesões nas camadas internas das artérias oriundas de problemas como tabagismo, colesterol, diabetes, obesidade, entre outros, pode desencadear diversas complicações provocadas pela adrenalina, a qual tem a característica de contrair os vasos sanguíneos, aumentando dessa forma o problema provocado pela presença das placas de ateroma, podendo levar a morte (Eliot,1992; Silveira,1999; Andrade, 2001).

## **Conclusões**

O nível de estresse emocional percebido relacionado à fase aguda da doença cardiovascular dos indivíduos portadores de doenças cardiovasculares era significativamente alto, indicando a associação do estresse com a manifestação da doença cardiovascular.

O estilo de vida vigente dos portadores de doenças cardiovasculares na fase da manifestação aguda da doença foi caracterizada pela falta de descanso adequado, sedentarismo, aliados a hábitos alimentares irregulares com alto consumo de carnes vermelhas, gorduras saturadas, alimentos doces, excesso de sódio, bem como a utilização de drogas como cigarro e bebidas alcoólicas.

Os fatores psicológicos que estiveram presentes com maior frequência nos indivíduos portadores de doenças cardiovasculares na fase aguda da doença foram o perfeccionismo, estresse, tensão e ansiedade, alta competitividade, características que descrevem o comportamento tipo A, associado ao desenvolvimento da doença cardiovascular.

Estiveram presentes antecedendo a manifestação da doença cardiovascular problemas afetivos, profissionais e sociais de difícil resolução.

### **Referências Bibliográficas**

ALBERT, Eric & URURAHY, Gilberto. *Como Tornar-se um Bom Estressado*. 2º edição. Rio de Janeiro: Salamandra, 1997.

ALVAREZ, Bárbara Regina. *Qualidade de Vida Relacionada ao Trabalho: um estudo de caso*. Florianópolis, Julho de 1996. 117p. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

ANDRADE, Alexandre. *Ocorrência e Controle Subjetivo do Stress na Percepção de Bancários Ativos e Sedentários; A Importância do Sujeito na Relação "Atividade Física e Saúde"*. Florianópolis, 2001. 280p. Tese de Doutorado em Engenharia, curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

BENETTI, Magnus. *Alterações de Fatores de Risco e Qualidade de Vida em Pacientes Coronarianos Acometidos de Infarto Agudo do Miocárdio, Submetidos a Diferentes Tratamentos*. Florianópolis, Maio de 1999. 158p. Dissertação de Mestrado em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

BARBETTA, Pedro Alberto. *Estatística Aplicada as Ciências Sociais*. Florianópolis: UFSC, 1994.

BLAIR, Steven N. et. All. *Prova de Esforço e Prescrição de Exercício*. American College Of Sports Medicine. Rio de Janeiro: Revinte, 1994.

CARVALHO, Tales de.; Silva, José Galdino da. & Guedes, Dartagnan Pinto. *Atividade Física e Saúde*. Coordenação de Doenças Crônicas - Degenerativas: Orientações Básicas sobre Atividade Física e Saúde para Usuários. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Desporto, 1995.

\_\_\_\_\_. Qualidade de Vida: um enfoque atual da medicina desportiva. In: I Congresso Sul Brasileiro de Medicina Desportiva. *I Jornada de Medicina Desportiva*. Florianópolis, 1996. p. 36-37.

COOPER, Kenneth T.. *Saúde Total*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Unilivros Cultural, 1979.

ELIOT, Robert S. *Estresse e o Coração: mecanismos, avaliação, cuidados*. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.

GOLEMAN, Daniel & GURIN, Joel. Equilíbrio Mente e Corpo: *Como Usar sua Mente Para uma Saúde Melhor*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

LEITE, P. F. *Risco Cardiovascular: fatores metabólicos e nutricionais – diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Loyola, 1994.

LIPP, Marilda Novaes. *Como Enfrentar o Stress*. 4ª edição. SÃO Paulo: Ícone; Campinas: Unicamp, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Esporte e Lazer na Empresa*. Brasília, 1990.

NAHAS, Markus V. *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos, e sugestões para um estilo de vida saudável*. 2º ed. Londrina: Midiograf, 2001.

POLLOCK, Michael L.; WILMORE, Jack H.. *Exercícios na Saúde e na Doença: avaliação e prescrição para a prevenção e reabilitação*. 2º edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

PORTO, Celmo Celeno. *Doenças do Coração – Prevenção e Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

POWERS, Scott K.; HOWLEY, Edward T.. *Fisiologia do Exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho*. 3º edição. São Paulo: Manole, 1997;

RUDIO, Franz Vitor. *Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica*. 16ª edição. Petrópolis: Vozes, 1992.

SILVEIRA, Christine Couto. *Aspectos Psicológicos e Estilo de Vida de Portadores de Doença Coronariana*. Florianópolis, Agosto, 1997; 53 p. Monografia de Especialização em Fisiologia do Exercício. Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos, Universidade do Estado de Santa Catarina, 1997.

WOLINSKI, Iva & HICKSON Jr., James F. *Nutrição no Exercício e no Esporte*. 2ª edição. São Paulo: Rocca, 1996.