

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**QUANDO O MAL-ESTAR SOCIAL ADOECE O CORAÇÃO:
O INFARTO À LUZ DA PSICOSSOCIOLOGIA.**

Suzana de Albuquerque Paiva

Belo Horizonte

2008

Suzana de Albuquerque Paiva

**QUANDO O MAL-ESTAR SOCIAL ADOECE O CORAÇÃO:
O INFARTO À LUZ DA PSICOSSOCIOLOGIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Dr. José Newton Garcia de Araújo

Belo Horizonte

2008

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

P149q Paiva, Suzana de Albuquerque
 Quando o mal-estar social adoece o coração: o infarto à luz da psicossociologia
 / Suzana de Albuquerque Paiva. Belo Horizonte, 2008.
 134f.

Orientador: José Newton Garcia de Araújo
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Infarto do miocárdio – Aspectos sociais. 2. Modernidade. 3. Psicologia social. I. Araújo, José Newton Garcia de. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.922.27

Suzana de Albuquerque Paiva

Quando o mal-estar social adoece o coração: o infarto à luz da psicossociologia.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Belo Horizonte, 2008.

Dr. José Newton Garcia de Araújo

José Newton Garcia de Araújo (Orientador) – PUC Minas

Dra. Jacqueline de Oliveira Moreira

Jacqueline de Oliveira Moreira – PUC Minas

Dr. José Paulo Giovanetti

José Paulo Giovanetti – FEAD - Minas

*Para Nicole Aubert
e José Newton Garcia de Araújo*

Agradecimentos

Meus agradecimentos a todos que enriqueceram não só a minha pesquisa, como também a minha vida.

Em especial ao meu orientador, professor Dr. José Newton Garcia de Araújo, mestre de tempos anteriores. Foi ele o maior motivo de inspiração para a minha busca do Mestrado na PUC. Agradeço-lhe pelo profissionalismo exemplar e pela orientação cuidadosa e precisa.

À Dra. Nicole Aubert, que, de forma gentil e atenciosa, encontrou tempo para ler os textos enviados às vésperas de sua viagem ao Brasil, e para estar presente na Banca de Qualificação, não obstante tantos compromissos em Belo Horizonte. Agradeço-lhe de coração pelas contribuições à minha pesquisa e por todo o incentivo, característica típica dos mestres que compartilham o saber.

À Dra. Jacqueline de Oliveira Moreira, por suas contribuições e pela maneira profissional e instigante de tratar os temas das aulas, motivo de inspiração e entusiasmo. Agradeço-lhe pelo incentivo a algumas das minhas idéias, que iam surgindo durante as aulas, atitude demonstrada para com todos os alunos em geral.

Ao Dr. José Paulo Giovanetti, pelo muito que me ensinou, com o entusiasmo que lhe é típico. Mestre que dá sentido ao ato de lecionar. Mestre que sabe mesclar ensinamentos e afeto.

Ao Dr. Francisco Rezende Silveira, por sua co-orientação, extremamente dedicada. Agradeço-lhe pelos ensinamentos e pelas observações referentes aos temas da clínica médica e, inclusive, pela leitura atenta dos capítulos desta tese. Exemplo de profissionalismo e seriedade. Demonstra atenção e cuidado permanentes para com seus pacientes, abordando-os de forma serena e afetuosa.

Agradeço profundamente aos diretores do hospital, médicos cardiologistas, Dr. Rubens Nassar Darwich, Dr. José Vieira, Dr. Mussi Assad, Dr. Benedito Amaro e Dr. Renato Miari (in memoriam), que sempre me apoiaram incondicionalmente, estimulando-me no atendimento psicológico aos pacientes internados como também na pesquisa e docência, com o curso de Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática, ministrado na mesma instituição hospitalar.

Agradeço também aos cardiologistas e médicos de outras especialidades do hospital, como os Drs. Aldegyo Caldeira, José Ignácio Dutra, Sidney São José, Rodrigo Gomes, João Carlos Dionísio e à Dra. Daniela Lage, pela atenção e confiança.

E em especial aos pacientes entrevistados, que abriram para mim seus corações, por amor, apesar de todo o sofrimento vivido em decorrência do infarto, da dor e da hospitalização.

Agradeço ao meu pai Danilo (in memoriam) e à minha mãe Aída, pelo amor e carinho. Aos meus filhos, Aline e Duane, pelo apoio e amizade. Aos meus netos Mateus, verdadeiro “presente de Deus” e a recém-chegada Larissa, “cheia de alegria”, por me fazerem sentir intensamente feliz.

Aos meus amigos e amigas, pela fidelidade.

À coordenadora do Mestrado em Psicologia da PUC Minas, Dra. Jacqueline de Oliveira Moreira, e aos professores do Mestrado, pelos ensinamentos e pelo estímulo.

Aos colegas do Mestrado, por compartilharem comigo as alegrias e os estudos, as festas e as apresentações dos trabalhos e projetos. A todos eles, o meu carinho especial.

A Marília e ao Celso, pela dedicação cuidadosa às tarefas administrativas do Mestrado e aos alunos, o meu agradecimento e amizade. Agradeço também ao Flávio e à Gabriela, pelos cuidados.

E não poderia deixar de agradecer aos meus mestres monges do Oriente, sempre tão verdadeiramente disponíveis para me transmitir conhecimentos e ensinamentos ancestrais de forma amorosa, e pelo interesse e apoio em relação a esta pesquisa.

O mundo em que vivemos talvez seja um mundo de aparências, a espuma de uma realidade mais profunda que escapa ao tempo, ao espaço, a nossos sentidos e a nosso entendimento. Mas nosso mundo da separação, da dispersão, da finitude significa também o mundo da atração, do reencontro, da exaltação. E estamos plenamente imersos neste mundo que é o de nossos sofrimentos, felicidades e amores. (MORIN, 1999, p. 8).

RESUMO

Este estudo busca desvelar alguns aspectos da sociedade hipermoderna considerados fatores de risco para as doenças cardiovasculares, especificamente para o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). O objetivo principal é compreender a realidade do sujeito coronariano infartado, no contexto das “patologias da urgência”. As obras de Nicole Aubert dão suporte teórico especial à temática investigada. Procedeu-se à análise dos determinantes psicossociais, relacionados à dinâmica do adoecimento do coração, em sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino, respeitadas as suas especificidades. Tentou-se compreender, na ótica da pesquisa qualitativa, novos aspectos do mal-estar na contemporaneidade. Temas como a hipermodernidade e a constituição do sujeito contemporâneo foram relacionados ao acometimento do infarto, fenômeno abordado segundo a clínica médica, em sua articulação com a clínica psicossociológica. Através dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, o infarto e a iminência da morte foram associados à maneira “adoecedora” de assumir o cotidiano e os próprios projetos de vida, tendo como foco o vivido laboral e o vivido amoroso. Buscou-se articular elementos do universo social e do mundo psíquico, reconhecendo as tensões vividas entre indivíduo e sociedade, sem desconsiderar as predisposições fisiopatológicas já instaladas em cada sujeito. Foram analisadas sete entrevistas de pacientes e um relato de caso clínico da literatura. Seus conteúdos foram organizados em cinco grandes temas: causas psicossociais do IAM, vivido laboral, vivido amoroso, angústia de morte, reflexões pós-infarto. Concluiu-se que a vivência do adoecimento possibilitou, para cada sujeito, momentos de reflexão, resultando numa tomada de consciência orientada para uma melhor qualidade de vida e uma relação menos estressante com o tempo, especialmente quanto aos vividos laborais e amorosos.

Palavras-chave: Hipermodernidade; Patologias da Urgência; Infarto; Vivido Laboral; Vivido Amoroso.

RÉSUMÉ

Cette étude cherche à dévoiler certains aspects de la société hypermoderne considérés comme facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires, spécifiquement pour l'Infarctus Aigu du Myocarde (IAM). L'objectif majeur est de comprendre la réalité du sujet coronarien ayant subi un infarctus, dans le contexte des "pathologies de l'urgence". Les oeuvres de Nicole Aubert soutiennent la thématique recherchée. Une analyse de certains déterminants psychosociaux, liés à la dynamique des maladies du coeur, a été réalisée auprès des sujets du sexe masculin et du sexe féminin, tout en gardant leurs respectives spécificités. La recherche est qualitative et essaie de comprendre de nouveaux aspects du malaise dans la contemporanéité. Des thèmes tels que l'hypermodernité et la constitution du sujet contemporain ont été liés à l'avènement de l'infarctus, abordé sous l'angle de la clinique médicale et articulée à la clinique psychosociologique. À travers le témoignage des sujets de la recherche, l'infarctus et l'imminence de la mort ont été associés à une façon morbide de s'engager au quotidien et de mener les projets de vie, ayant comme points de départ le vécu laboral et le vécu amoureux. Des éléments de l'univers social ont été articulés à ceux du monde psychique, étant données les tensions vécues entre individu et société, sans négliger les prédispositions physiopathologiques déjà ancrées chez chaque individu. Sept entretiens de patients et un récit de cas clinique de la littérature ont été analysés. Les contenus ont été organisés à partir de cinq grands thèmes: causes psychosociales du IAM, vécu laboral, vécu amoureux, angoisse de mort, réflexions post-infarctus. On a conclu que le vécu de la maladie a rendu possible, chez les sujets, des moments de réflexion et la prise de conscience orientée vers une meilleure qualité de vie et un rapport moins stressant avec le temps, surtout en ce qui concerne les vécus laboral et amoureux.

Mots-clé: Hypermodernité; Pathologies de l'urgence; Infarctus; Vécu laboral; Vécu amoureux.

ABSTRACT

The aim of this study is to reveal some aspects of a hypermodern society, regarded as risk factors for cardiovascular diseases, especially for the acute myocardial infarction (AMI). The main purpose is to understand the reality of the coronarian infarcted subject, within the context of the “pathologies of the urgency”. The works of Nicole Aubert offer a special theoretical support to the thematic investigated. An analysis on the psychosocial determiners was conducted relating to the dynamics of heart illness, in males and females, respecting their particularities. There was an attempt at understanding, from the point of view of the qualitative research approach, new aspects of the malaise in the contemporary society. Themes like hypermodernity and the constitution of a contemporary subject were related to the occurrence of the infarction, a phenomenon studied according to the medical clinic in its articulation with the psychosociological clinic. Through statements collected from the subjects studied, infarction and the imminence of death were associated with their “morbid” way of facing daily life and their own life projects, having as a focus the “grasp of the life experience” at work, and, in love. Elements of the social universe and psychic world were articulated, recognizing the tensions experienced between individual and society, without disregarding the physiopathological predispositions inherent to each individual. Seven interviews with patients and a report on a clinical case from the literature were analyzed. Their contents were organized into five main themes: AMI psychosocial causes, “grasp of the life experience” at work, “grasp of the life experience” in love, death anguish, reflections post-infarction. It was concluded that the experience of falling ill, lead, each subject, to moments of reflection that propitiated awareness towards a better quality of life and a less stressing relation with time, especially regarding the “grasp of the life experience” at work and in love.

Key words: Hypermodernity; Pathologies of urgency; Infarction; “Grasp of the life experience” at work; “Grasp of the life experience” in love.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Crescimento da placa aterosclerótica.....	36
FIGURA 2 Risco de oclusão coronária	36
FIGURA 3 Cineangiocoronariografia e ventriculografia - diástole e sístole.	65
FIGURA 4 Tako-tsubo = formato do VE do coração na Síndrome Takotsubo.	66

LISTA DE SIGLAS

CTI - Centro de Terapia Intensiva

DAC - Doença Arterial Coronária

Data SUS/MS - Serviço Único de Saúde/Ministério Saúde

DCV - Doença Cardiovascular

ECG - Eletrocardiograma

ECO - Ecocardiograma

FC - Frequência Cardíaca

FV - Fibrilação Ventricular

HA - Hipertensão Arterial

HDL - *High Density Lipoprotein* = Bom Colesterol

HVE - Hipertrofia Ventricular Esquerda

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IRM - *Imagerie par Résonance Magnétique* = RNM – Ressonância Nuclear Magnética

ISIS - 3, GUSTO I – Estudos Clínicos Multicêntricos

IV - Intra Venosa

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pronto Atendimento

TECLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCO - Unidade Coronariana

USA - *United States of America* = Estados Unidos

VE - Ventrículo Esquerdo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Psicossociologia: uma visão dialética e articuladora	21
2 A SOCIEDADE HIPERMODERNA.....	24
2.1 O indivíduo hipermoderno	25
2.2 As “patologias da urgência” e do “hiperfuncionamento de si”	30
2.3 Cardiopatias e contemporaneidade	32
2.3.1 O estresse como fator de risco para a doença cardiovascular.....	40
3 A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO CONTEMPORÂNEO.....	45
3.1 A reconstituição do coronariano infartado	47
3.2 Vivido Laboral e Vivido Amoroso	49
3.2.1 O mal-estar no mundo do trabalho: “hiperformance e combustão de si”	51
3.2.2 O mal-estar amoroso na contemporaneidade.....	59
3.2.2.1 <i>Caso clínico da literatura</i>	64
3.3 Vivências de Éros e de Thánatos: o coração como órgão vital e simbólico.....	67
3.4 Trabalho, amor e morte: a alteridade em questão, nas vias da felicidade e do sofrimento.....	70
4 O SUJEITO CORONARIANO INFARTADO DIANTE DE SI E DA MORTE	79
4.1 A relação vivida com a temporalidade	83
4.2 A angústia de morte na dinâmica da vida e do adoecimento	88
5 DISCUSSÃO DOS DADOS	90
5.1 Definição do universo dos sujeitos e descrição da amostra	90
5.2 Análise de Conteúdo.....	93
5.2.1 Causas Psicossociais do IAM	93
5.2.2 Vivido Laboral.....	98
5.2.3 Vivido Amoroso	102
5.2.4 Angústia de Morte	105
5.2.5 Reflexões Pós-Infarto	109
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS	118
ANEXOS	128
ANEXO A - ENTREVISTA	129
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	130

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema o adoecimento do coração, face aos impactos da sociedade contemporânea. Busca compreender a realidade do sujeito coronariano infartado sob a influência das “patologias da urgência” e do “hiperfuncionamento de si.” São patologias típicas da sociedade hipermoderna, de acordo com Nicole Aubert (2004a). As obras dessa autora, que pertence à corrente da psicossociologia, dão um suporte especial à temática pesquisada.

A idéia de se pesquisar sobre o infarto na contemporaneidade surgiu a partir de um estudo previamente realizado sobre a Síndrome Pós-Infarto. A chefia do Centro de Terapia Intensiva (CTI) e Unidade Coronariana (UCO) do Hospital¹ havia feito a solicitação de uma pesquisa sobre a Síndrome Pós-Infarto ao Setor de Psicologia, o qual eu coordeno, visando compreender melhor os pacientes coronarianos e oferecer-lhes um tratamento mais eficiente e integrado, na fase de recuperação e de prevenção secundária.

O estudo centrou-se na reconstituição do sujeito e suas implicações em pacientes que haviam sofrido infarto agudo do miocárdio (IAM), e necessitavam uma nova organização e estruturação pessoal, pois haviam perdido o seu referencial existencial diante do evento coronariano, sem, contudo, terem perdido a vida.

Discutir a constituição do sujeito, no contexto dos paradigmas históricos, filosóficos e sociais da contemporaneidade, não é uma tarefa fácil. Muito menos buscar uma reconstituição psíquica e emocional desse sujeito, num momento tão delicado como o da hospitalização em função de um evento cardíaco. Sabemos que o coração, por ser o centro do processo circulatório, é considerado um órgão vital.

Ele é o centro, senhor da vida e da morte; ele nos determina, ele nos ameaça, e ele também nos anima. Ele nos faz pulsar para o amor e para a vida; ele nos faz pulsar por temor e pela morte, a finitude. O coração é também o ‘senhor do tempo’; o tempo e o limite ele é quem faz. Ele se inscreve e preenche as dimensões anatômicas e fisiológicas, como também as dimensões emocionais e simbólicas. Ele preenche o tempo da vida e ele pára, no momento da morte. (PAIVA, 2002a, p. 42-43).

Constatamos, na nossa prática clínica, que o processo de hospitalização parece tirar do

¹ Sendo chefe do CTI e da UCO o Dr. Francisco Rezende Silveira, e o pedido, feito em 2002. O hospital tem como referência maior a cardiologia, apesar de ser um hospital geral.

sujeito, parcialmente e provisoriamente, sua identidade e seu referencial de vida. Ele deixa de ser chamado pelo seu nome, em alguns momentos da dinâmica hospitalar, e passa a ser “o paciente do *box* número tal”; ele deixa de ser sujeito para ser paciente, aquele que espera “pacientemente”, ou, como na maioria das vezes, ansiosamente pelos cuidados do outro. Ele perde suas roupas, seu cargo, o contato diário com seus familiares, perde a autonomia, a independência e, conseqüentemente, perde a autoconfiança. Sente medo. Medo da doença, da dor, da vida e da morte.

Ao longo deste estudo realizado previamente sobre a Síndrome Pós-Infarto, foi possível observar que as pressões sociais e o estresse faziam parte dos fatores de risco para o acometimento do infarto. Mas que pressões seriam essas? De onde viriam e como agiriam? Quais seriam os determinantes psicossociais do infarto, na contemporaneidade? Poderíamos considerar o infarto como um “sintoma” do mal-estar contemporâneo, visto ter ligações intrínsecas com as “patologias da urgência” e do “hiperfuncionamento de si”, tais como definidas por Aubert (2004a)?

Apesar de essas questões sobre as pressões sociais e o estresse não terem sido analisadas, por não fazerem parte da fase pós-infarto que estava sendo estudada naquela época, elas marcaram as observações e indicaram possibilidades futuras de aprofundamento e de pesquisa. O infarto e os motivos psicossociais, dados pelos pacientes como sendo os causadores do adoecimento e do evento coronariano, tornaram-se temas de interesse maior e, conseqüentemente, minha proposta de pesquisa para o Mestrado.

Passamos a trabalhar, primeiramente, com a noção de “fato social total”, definida por Marcel Mauss (2003), como “[...] fenômenos de *totalidade*, dos quais participam não apenas o grupo, mas também, por ele, todas as personalidades, todos os indivíduos em sua integridade moral, social, mental e, sobretudo, corporal e material.” (MAUSS, 2003, p. 336). Esta noção nos permite compreender melhor o cotidiano, os componentes emocionais e os aspectos referentes à saúde do sujeito.

Em segundo lugar, pensamos debruçar nosso olhar sobre as reflexões que seriam feitas pelos sujeitos da pesquisa, em relação ao infarto e à vida, naquele momento que, como observado na pesquisa anterior, é vivido e sentido por eles como o de um verdadeiro encontro com a morte. “*Eu já dancei com a morte três vezes*”, contou-nos um paciente, afirmando que já havia sofrido três infartos. Quando lhe perguntamos como tinha sido essa dança, ele afirmou que “*a morte é levinha, levinha, levinha; mas é também, pesada... Ela é aterrorizante.*” Outro paciente infartado comenta: “*Cheguei lá e São Pedro disse: Não, ainda*

não! Ainda tem muita coisa para fazer. Volta!”

Partindo de uma série de colocações como essas, comuns por parte dos pacientes coronarianos em geral, questionamo-nos sobre os seus aspectos mais significativos. E também nos indagamos se o estudo das reflexões sobre o infarto, sobre a vida e sobre a morte, feitas pelos sujeitos desta nova pesquisa, poderia nos levar a uma compreensão mais ampla sobre o mal-estar na contemporaneidade, principalmente quando relacionado aos vividos laboral e amoroso, com possíveis impactos no aumento das decorrências do IAM.

“Apesar dos avanços marcantes nas últimas três décadas no diagnóstico e no tratamento, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) continua sendo o maior problema de saúde pública no mundo industrializado.” (ANTMAN & BRAUNWALD, 1999, p. 1265).

Quanto ao vivido laboral, observamos uma preocupação constante dos sujeitos hospitalizados, evidenciando alguns traços do atual sujeito trabalhador. No cenário da urgência no hospital, vemos as conseqüências das mudanças e das atuações nesse campo, como, por exemplo, as repercussões do estresse na saúde do trabalhador. O estresse é considerado fator de risco para as doenças coronarianas, segundo a *American Heart Association*. (*Fighting Heart Disease and Stroke*, AHA, 1997).

As pesquisas atuais mostram, para além das clássicas representações populares sobre a incidência de infartos só em homens, um índice cada vez mais elevado de infartos entre mulheres,² comprovando os efeitos do estresse na saúde física, marca da contemporaneidade, em que as mulheres estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho e, conseqüentemente, sofrendo os impactos causados pelo ritmo acelerado do dia-a-dia, pelas múltiplas opções de atividades e da conseqüente fragmentação de sua identidade.

Aubert (1989) questiona se o estresse não seria, por excelência, a doença da vida moderna. Visto como um tipo de “mal do século”, o estresse seria um mal devido às agressões cotidianas suscitadas por uma sociedade em movimento contínuo, um mal em relação às adaptações necessárias para um mundo em constante mudança.

O progresso tecnológico e as mudanças no mundo do trabalho, como a reestruturação produtiva das últimas décadas, o incremento das terceirizações ou a pressão cada vez maior por lucros e resultados, por exemplo, estariam forçando o homem a um distanciamento cada vez maior de si mesmo e do outro, na vivência de suas relações?

² Numa reportagem sobre doenças cardiovasculares, intitulada: ‘Coração mata mais que o câncer da mama’, fala-se da campanha “Coração de Mulher”, feita pela Pfizer com apoio científico da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que alerta sobre o risco de doenças cardiovasculares, a principal causa de morte entre as mulheres acima de 35 anos. (Folha de São Paulo, 19 de setembro de 2004).

O mundo do trabalho se tornou uma fonte permanente de incertezas e ameaças, face ao desemprego estrutural. Para Enriquez (1999, p. 69), as mudanças em curso no mundo do trabalho são extremamente importantes, pois podem ser consideradas como produtoras de saúde e de doença. Este autor afirma que “toda perda de trabalho provoca uma ferida profunda na identidade de diferentes pessoas, concorrendo para a desagregação de suas personalidades.”

Questionamos também as formas em que certas características marcantes da hipermodernidade, como a instantaneidade do tempo vivido, o individualismo, as comunicações e as relações “vivas” num mundo virtual, as mudanças constantes e a pressa, estariam influenciando e transformando o vivido amoroso dos sujeitos.

Ao analisar as sociedades ocidentais contemporâneas, Enriquez (2003, p. 13) observa que é fácil apaixonar-se, aceitar ou mesmo desejar a “paixão à primeira vista”, e que a razão para este comportamento é que arrisca-se pouco, ou nada. *“O laço rapidamente estabelecido pode ser desatado tão depressa quanto foi atado.”*

E ao perder os vínculos sociais, laborais e afetivos, ao quebrar os laços que o fariam sentir-se mais integrado na sociedade, estaria o sujeito adoecendo, perdendo as ligações vitais consigo mesmo, com o outro e com o mundo? A parada cardíaca representaria, simbolicamente, um conseqüente impacto dessa ruptura, dessa quebra de laços sociais e afetivos?

A nossa hipótese é de que o infarto poderia ocorrer, considerando-se o enfoque psicossociológico, a partir de experiências de rupturas de laços sociais, seja no vivido laboral ou no vivido amoroso, em sujeitos com predisposições fisiopatológicas já instaladas, e que têm, inclusive, mais fatores de risco contribuindo para gerar o desenlace do infarto. As rupturas de vínculos importantes abalariam diretamente a subjetividade e a identidade dos sujeitos, o campo emocional e, conseqüentemente, a saúde, deixando-os fragilizados, à mercê de um evento coronariano.

Buscamos, portanto, pesquisar sobre a vivência do infarto e seus significados, acreditando que a experiência daquilo que é vivido mostra-se como um caminho importante para a descoberta de verdades subjetivas. Lévi-Strauss, em sua “Introdução à obra de Marcel Mauss”, no livro de Mauss, intitulado “Sociologia e Antropologia” (2003), fala da complementaridade dinâmica do psíquico e do social. Afirma que, para tanto, “toda interpretação deve fazer coincidir a objetividade na análise histórica ou comparativa com a subjetividade da experiência vivida.” (LEVI-STRAUSS, 2003, p. 25).

Consideramos a experiência vivida como um fator enriquecedor para as pesquisas. E a possibilidade de oferecer a experiência, como uma sabedoria adquirida na vida, tem também um componente de realização e de importância vital para os sujeitos que contribuem para com os estudos e as pesquisas. Quando me preparava para dar início às entrevistas sobre a Síndrome Pós-Infarto, obtive na resposta e na reação de um sujeito que havia infartado, e cujo relato incluiu a seguir, uma força que me serviu de inspiração durante todo o tempo que se seguiu, durante a realização das entrevistas, e ainda hoje me acompanha.

Quando do primeiro encontro com esse paciente, no semi-intensivo do hospital, após a intervenção, o fato de ele estar ainda debilitado, com dificuldades para respirar, evoluindo com insuficiência cardio-respiratória em fase de compensação clínica, tornava o atendimento psicológico bem limitado. Ainda assim, foi possível estabelecer uma relação e saber um pouco sobre o seu estado emocional. Era preciso ter cuidado, devido a sua fragilidade, pensei. O paciente apresentava sinais de desânimo e de depressão. Mesmo assim, falei a ele sobre a pesquisa e pedi seu consentimento em participar dela, em um outro momento. Ele concordou e ficou pensativo.

No dia seguinte, logo ao chegar, noto um sorriso e um entusiasmo, seguidos da seguinte colocação, antes mesmo de responder ao meu “bom-dia”:

“Quando você falou da pesquisa, eu me senti importante, fiquei feliz até. Eu já pensava que não servia para mais nada. É bom saber que ainda posso ser útil.” O paciente, do sexo masculino, com 65 anos de idade, se emociona e chora.

Percebi, nesse momento, mais um motivo de grande valor para a realização de uma pesquisa: a valorização da experiência humana.

Esperamos que os conhecimentos obtidos a partir deste estudo sobre os aspectos psicossociais do IAM possam trazer benefícios, no sentido de compreendermos melhor o paciente coronariano infartado e, conseqüentemente, oferecermos a ele um tratamento mais adequado. Julgamos que tais conhecimentos possam alertar para a importância do trabalho da psicologia nas instituições hospitalares e trazer ainda uma compreensão do campo social e de suas influências na saúde dos sujeitos. E, finalmente, esperamos que esta pesquisa possa contribuir tanto para os estudos sobre o tema e o tratamento do infarto, quanto para as questões de prevenção das doenças cardíacas.

O nosso objetivo é o de compreender o evento cardíaco a partir do estudo da articulação entre o universo social e o mundo psíquico, considerando também os aspectos da clínica médica. Buscamos analisar, no âmbito do social, as influências da sociedade na saúde

e na doença coronariana e, no âmbito do psíquico, a relação dos sujeitos com os aspectos, considerados por eles como os verdadeiros causadores do adoecimento do coração e do IAM.

Mais especificamente, buscamos desvelar certos determinantes psicossociais do mal-estar contemporâneo, principalmente por meio das experiências do vivido laboral e do vivido amoroso. Buscamos ainda fazer uma análise dos efeitos do mal-estar psicossocial na dinâmica do adoecimento de sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino, em suas especificidades. Enfim, questionamos se, através das reflexões feitas pelos sujeitos da pesquisa sobre o infarto, sobre seus projetos de vida e sobre a iminência da morte, novos modos de compreensão do mal-estar na contemporaneidade poderão ser colocados em discussão.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem como ferramenta metodológica a entrevista semi-estruturada para a coleta de dados. Minayo (1996, p. 22) enfatiza o caráter “essencialmente qualitativo” do objeto das ciências sociais, dizendo que a realidade social só se apreende por aproximação; ela é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela. Portanto, os códigos das ciências que por sua natureza são sempre referidos e recortados são incapazes de contê-la. “O objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.”

A opção por uma pesquisa qualitativa baseou-se no fato de acreditarmos ser a melhor maneira de estudarmos e conhecermos a realidade viva do sujeito coronariano infartado, e no fato de que esta trará à luz o fenômeno vivido por cada paciente, em sua especificidade.

Como a pesquisa qualitativa busca o “sentido vivido” e identifica o significado psicológico das expressões dos sujeitos, pensamos ser o método de análise mais apropriado para o nosso intuito, que é o de compreender as causas psicossociais do infarto na hipermodernidade à luz da experiência dos sujeitos da pesquisa. Esses conhecimentos e essas verdades poderão trazer benefícios para os próprios sujeitos e para a atuação e compreensão dos profissionais de saúde e dos familiares. Enfim, para a prática clínica hospitalar e social.

Em relação às entrevistas de pesquisa, elas são consideradas por Bleger (2001, p. 01) um instrumento fundamental do método clínico, “uma técnica de investigação científica em psicologia, e, enquanto tal, tem seus próprios procedimentos ou regras empíricas com os quais não só se amplia e se verifica como também se aplica o conhecimento científico.”

Segundo Michelat (1975), as informações sintomáticas que são fornecidas pelas entrevistas permitem apreender cada indivíduo em suas peculiaridades, em sua cultura e

subcultura, e, em consequência, quanto mais importante o material produzido na entrevista, mais ele se enriquece ao atingir níveis mais profundos. Afirma que a ordem afetiva e da experiência é mais determinante dos comportamentos do que o lado racional ‘intelectualizado’ e, ainda, que quanto menos estruturada for a entrevista, maior será a possibilidade de fazer surgir e comunicar esse nível social-afetivo-existencial.

As entrevistas semi-estruturadas indicam uma direção e, ao mesmo tempo, uma abertura para as expressões espontâneas dos sujeitos, possibilitando uma compreensão de seu “mundo vida.”

Usamos a técnica de entrevista semi-estruturada para a coleta de dados, mantendo a observação e a escuta na postura de “conversa ao pé do leito.” A própria condição da entrevista nos permitiu evocar o sentido grego do termo, ou seja, “da clínica ao pé do leito”, visto ser o sujeito um paciente hospitalizado que requer atenção e cuidados especiais. Como foi dito na medicina que “a arte de descrever os fatos é a suprema arte em medicina: tudo empalidece diante dela” (FOUCAULT, 1980, p. 130), assim também, talvez pudéssemos dizer que a arte da escuta é a suprema arte da psicologia. Segundo Foucault (1980, p.131), existe “um olhar que escuta e um olhar que fala: a experiência clínica representa um momento de equilíbrio entre a palavra e o espetáculo.”

Foram realizadas sete entrevistas semi-estruturadas individuais, (Anexo A), com sujeitos internados no hospital com diagnóstico de IAM. Todos adultos, conscientes e orientados, ou seja, não mais sob os efeitos dos medicamentos e da anestesia, e cientes de terem sofrido um infarto. Não tivemos como objetivo nesta pesquisa analisar ou escolher o tipo de tratamento dedicado aos pacientes infartados, se clínico ou cirúrgico, para a escolha dos sujeitos.

Visto que o índice de infartos tem aumentado entre a população feminina, para analisar os efeitos do mal-estar psicossocial na dinâmica do adoecimento dos sujeitos em suas especificidades, quatro deles são do sexo masculino e quatro do sexo feminino, sendo que um dos sujeitos do sexo feminino é um caso clínico da literatura.

O médico do (a) paciente assegurou à pesquisadora que o (a) paciente sabia de sua condição clínica, tendo consciência de ter sofrido um infarto, e tendo recebido as informações sobre o seu estado de saúde, através de seu médico.

As entrevistas foram realizadas quando os pacientes já se encontravam em condições físicas e emocionais estáveis, e prestes a ter alta do hospital. Foi feita uma preparação para a aplicação da entrevista de pesquisa, que consistiu num breve atendimento psicológico ao

paciente, caso não o estivesse recebendo desde a internação. Após a entrevista de pesquisa, o atendimento foi sempre estendido até a alta do sujeito, devido aos cuidados para com o paciente e à postura profissional da pesquisadora, não implicando em dados para a pesquisa.

Explicitamos a cada paciente a importância da pesquisa em hospital, bem como sua possível participação nela e suas implicações éticas. Explicamos a necessidade do uso do gravador e pedimos que fosse lido e assinado o “Termo de Compromisso Livre e Esclarecido” (TECLE). (Anexo B).

O projeto desta pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética do Hospital e pela Diretoria do Hospital, composta por cinco médicos cardiologistas, tendo sido aprovado por unanimidade. Foi também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Para a temática pesquisada, recorremos às obras de Aubert, especificamente: *Les Pathologies de l'urgence* (2003a), *L'individu hypermoderne* (2004a), *Le culte de l'urgence*, *La société malade du temps* (2003b), *Le coût de l'excellence* (1991), *El coste de la excelência* (1993), *Le stress professionnel* (1989), *L'aventure psychosociologique* (1997), *Intensité de soi, incandescence de soi* (2004b), *L'individu hypermoderne: une mutation anthropologique?* (2006a) e *Hyperformance et combustion de soi* (2006b), nas quais os temas da sociedade hipermoderna, das “patologias da urgência”, do “hiperfuncionamento de si”, da “hiperformance e combustão de si”, dos excessos vivenciados pelo indivíduo hipermoderno, das doenças do tempo e da urgência, do estresse e das mutações antropológicas são enfocados, e servem de suporte especial para a nossa pesquisa.

No primeiro capítulo apresentamos a introdução e enfocamos a Psicossociologia, buscando encontrar suporte nos pressupostos básicos desta disciplina, acreditando ser possível alcançar um significado mais amplo a partir do encontro e da articulação entre dois mundos diversos: o da instância psíquica e o universo social, pois é assim que realizamos o trabalho terapêutico com os pacientes hospitalizados, que tentam encontrar um sentido na doença, na vida e no impacto psíquico e social causado pelo IAM. Em suas reflexões, durante o acompanhamento psicológico, afloram, com efeito, as tensões que são pertinentes às relações dos indivíduos com a sociedade contemporânea.

No segundo capítulo tratamos da sociedade hipermoderna e seus indivíduos. Das “patologias da urgência” e do “hiperfuncionamento de si”, vivenciados pelos sujeitos em sua correlação com o IAM, fundamentados nas obras de Aubert (2003a, 2003b, 2004a, 2006a) e no *Tratado de Medicina Cardiovascular* de Braunwald (1980, 1999).

No terceiro capítulo, pesquisamos sobre a constituição do sujeito contemporâneo fundamentando-nos em textos e anotações de aula de Giovanetti (2002a, 2002b, 2002c). Enfocamos as experiências no vivido laboral e no vivido amoroso que foram consideradas adoecedoras, ou traumáticas, retratando alguns aspectos do mal-estar diante do trabalho, com bases teóricas nas obras de Aubert (2004b, 2006b). Abordamos também o simbolismo do coração, além de questões sobre Éros e Thánatos e suas correlações nas produções discursivas relativas à felicidade e ao sofrimento, com base nas obras de Freud (1969a, 1969b, 1969c), especificamente, *Moral Sexual 'Civilizada' e Doença Nervosa Moderna; Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte; O futuro de uma ilusão* e *O mal-estar na civilização*.

No quarto capítulo, apresentamos o sujeito coronariano infartado diante de si e da morte. Para a questão da temporalidade recorremos à obra de Araújo (1983) sobre a vivência do tempo, e as anotações de aula do curso do Mestrado da PUC (2006). Buscamos fazer uma reflexão sobre a angústia de morte que se fez presente na dinâmica da vida e do adoecimento dos sujeitos da pesquisa, tendo como referência as obras e as anotações de aula do curso do Mestrado da PUC, de Araújo (2000, 2002, 2006), sobre o tema da angústia.

No quinto capítulo apresentamos a discussão dos dados fundamentada na análise de conteúdo das entrevistas semi-estruturadas realizadas no hospital, cujas referências são Bardin (1977) e Machado (2002), bem como um breve relato sobre o universo dos sujeitos da pesquisa. Os conteúdos das sete entrevistas analisadas foram organizados em cinco grandes temas, enquanto categorias de análise. São eles: causas psicossociais do IAM, vivido laboral, vivido amoroso, angústia de morte, reflexões pós-infarto.

No sexto capítulo apresentamos, sumariamente, o que foi desvelado pelas entrevistas. São as considerações finais.

1.1 Psicossociologia: uma visão dialética e articuladora

A psicossociologia define o eixo epistemológico desta pesquisa. A sua importância para nós fundamenta-se no fato de ser a psicossociologia uma disciplina que aborda os fenômenos sociais em sua complexidade psíquica e social, além de buscar articulações com diversas outras disciplinas, no campo das ciências humanas e sociais.

Para Pagès (1997), a psicossociologia não está centrada apenas nas teorias e nas

práticas grupais, apesar de estas ainda fazerem parte do campo de ação de seus seguidores, através da intervenção em organizações do trabalho, em instituições, comunidades abertas ou fechadas, etc. Segundo este autor, em seu estágio atual, a psicossociologia é polimorfa, policêntrica.

Ela conserva sua ambição original de ligar os campos e as disciplinas das ciências humanas, mas sua concepção de integração disciplinar se transformou. Ela passou de uma visão unitária a uma visão multipolar, da prática das sínteses e das amálgamas teóricas ao estudo das articulações. Sua unidade deverá ser buscada, não bem no nível de uma teoria e de uma técnica particulares, mas em um nível epistemológico mais geral. Sua vocação é a dialetização interdisciplinar nas ciências humanas. É uma epistemologia da complexidade. (PAGÈS, 1997, p. 114, tradução nossa).

Pagès diz que a Psicossociologia caracteriza-se também por um espírito de abertura, que é parte integrante de seu método e de seus procedimentos. Ele crê que ela preservou certa “marginalidade criativa”, elemento motor que se observa ao longo de toda sua história. (PAGÈS, 1997, tradução nossa).

Aubert (1997) acredita que a psicossociologia, em suas diligências e em sua epistemologia específica, é insubstituível para a compreensão dos indivíduos, das coletividades, das sociedades em mutação. Pois ela faz ligações; “ela é o espírito de abertura que atravessa, interroga e fertiliza as diferentes disciplinas.” (AUBERT, 1997, p. 330, tradução nossa).

Enquanto disciplina de conexões entre diversos campos do saber, tais como a antropologia, a psicanálise, a história, a política ou a economia, a psicossociologia procura compreender o seu objeto na dimensão da complexidade. Uma das disciplinas que a inspiram, nesse aspecto, é a antropologia, com a noção de “fato social total.”

Lévi-Strauss (2003), ao discorrer sobre a noção de fato social total, observa a relação direta com a sua dupla preocupação de ligar o social e o individual de um lado, o físico (ou fisiológico) e o psíquico, de outro, afirmando a complementaridade entre o psíquico e o social.

Porém, segundo este autor, essa complementaridade não é estática, como o seria a das duas metades de um quebra-cabeça. Ela é dinâmica, e o seu dinamismo provém da compreensão de que o psíquico é, ao mesmo tempo, simples elemento de significação para um simbolismo que o ultrapassa, e único meio de verificação de uma realidade cujos aspectos múltiplos não podem ser apreendidos em forma de síntese fora dele.

Para Mauss (2003), a explicação sociológica termina quando se compreende o que é que as pessoas pensam e em que crêem, e quem são as pessoas que pensam e crêem em

determinados assuntos. Os fatos sociais dão sentido à vida, pois o social e o psicológico são tecidos juntos, através das práticas e instituições. São considerados fenômenos sociais totais.

Lidamos sempre com [o homem] seu corpo, com sua mentalidade por inteiro, dados de maneira simultânea e imediata. No fundo, tudo aqui se mistura, corpo, alma, sociedade. Não são mais fatos especiais dessa ou daquela parte da mentalidade, são fatos de uma ordem muito mais complexa, a mais complexa imaginável, que nos interessam. (MAUSS, 2003, p. 336).

Aubert e Gaulejac (1991) em seu livro *“Le coût de l'excellence”*, explicam que os processos sociais e os processos psíquicos são heterogêneos, pois respondem a fenômenos de natureza distinta, porém, isto não impede a existência de vínculos de correspondência e ligação entre ambos.

A ação das estruturas sociais sobre os indivíduos se exerce por mediação de mecanismos que regem os processos psíquicos e, inversamente, os processos psíquicos não geram as organizações sociais e suas relações, mas se integram a elas de maneira mais ou menos coerente. (AUBERT; GAULEJAC, 1993, p. 18, tradução nossa).

Gaulejac observa que os campos psíquicos e sociais se articulam, ainda que guardando certa independência um do outro. Apesar de afirmar a diferença e a autonomia dos dois campos, um como o *irredutível psíquico* e o outro como o *irredutível social*, não deixa de enfatizar os imprescindíveis nexos entre os determinantes sociais e os determinantes psíquicos. (ARAÚJO; CARRETEIRO, 2001).

Para a nossa pesquisa, é de extrema importância a articulação entre estes dois “irredutíveis” campos e os “vínculos de correspondência e ligação entre ambos.”

Não é objetivo nosso, nesta dissertação, focar as dimensões teóricas da Psicossociologia, mas sim observar a inter-relação e as articulações do campo psíquico com o campo social, no estudo específico de algumas características da sociedade hipermoderna e seus impactos para a ocorrência e a vivência do IAM.

Este trabalho se baseia, pois, numa articulação integradora dos campos psíquico e social e das dimensões de tempo, presente, passado e futuro, cuja relação se integra nas expressões deste estudo.

Como tentamos estabelecer uma outra ponte teórico-prática entre os planos do conhecimento e o da existência, acreditamos que estas articulações são fundamentais para o nosso estudo, no sentido de desvelar as influências e os impactos do mal-estar social para o acometimento do infarto, à luz das experiências dos sujeitos da pesquisa.

2 A SOCIEDADE HIPERMODERNA

Atualmente, inserido no panorama da hipermodernidade, o indivíduo vivencia a dimensão do “hiper”, no sentido de excesso, em vários aspectos de sua vida, de uma forma quase que imposta. Seja para corresponder às demandas de ser hipermoderno, ou por não ter outra opção que lhe dê a idéia de alcançar o sucesso, a conquista e a evolução. Mesmo que não veja sentido na pressa constante, no ritmo acelerado do tempo vivido, característica marcante da hipermodernidade, busca corresponder às demandas da sociedade para obter reconhecimento, para ser valorizado e para não ser deixado para trás, ainda que esta postura possa incorrer em danos para a sua saúde. Ele fica pressionado entre o ideal e o real, e o ideal é o que o instiga, muitas vezes transformando-se em uma obrigação, quase que um dever. Mas é um dever que pesa e que, muitas vezes, se levado aos extremos do “hiper”, faz adoecer.

A sociedade hipermoderna vem exibindo características de uma nova relação com o tempo e com o imaginário dos indivíduos, que acabam por sentir-se insuficientes, necessitando agir a todo custo e cada vez mais rápido, num cenário que é de uma urgência e de uma imediatividade intensas, influenciando na pulverização do tempo, dentro de um contexto de sacralização do presente. (AUBERT, 2003a).

De acordo com Aubert (2004a), a sociedade hipermoderna tem um sentido de “exacerbação da modernidade e superação do próprio pós-moderno.” A modernidade, segundo esta autora, baseava-se fundamentalmente em três conceitos: a idéia de progresso, a idéia da razão e a da felicidade. Quando estas idéias e valores que a representavam entram em crise, pois a felicidade prometida pelo progresso e pela razão dá lugar a um adoecimento e um sentimento de perda de sentido, surge a noção de pós-modernidade, exprimindo uma idéia de ruptura com aquilo que sustentava a modernidade, notadamente o progressismo ocidental, as descobertas científicas e, mais globalmente, a racionalização do mundo. A noção de pós-modernidade, utilizada a princípio na arquitetura, ao se estender progressivamente aos domínios da arte, da música, do cinema, da literatura, da sociologia ou da tecnologia, representaria uma emancipação pela humanidade.

Na realidade, ao substituir o conceito de pós-modernidade pelo de hipermodernidade, esta autora afirma que a sociedade, na qual se mobilizam os indivíduos contemporâneos, mudou. (AUBERT, 2004a).

“Os indivíduos contemporâneos são os mesmos, quer o batizemos de “pós-modernos” ou de “hipermodernos.” A diferença está nos postulados explicativos que se referem à sociedade em que se mobilizam.” (AUBERT, 2004a, p. 15, tradução nossa).

Um tempo depois surge um conceito similar ao da hipermodernidade, o da “supermodernidade”, proposto por alguns antropólogos. Inserido no mesmo espírito de exacerbação da modernidade, especificamente na noção de excesso e da “superabundância” (AUGE, 1992), este conceito aponta alguns aspectos marcantes da sociedade contemporânea.

Esta idéia de exacerbação da modernidade, com os efeitos que ela induz, baseia-se na primeira formulação do termo hipermodernidade, cunhado em 1979, por um grupo de pesquisadores dirigidos por Max Pagès, entre eles Vincent de Gaulejac, Michel Bonetti e Daniel Descendre, em função de um estudo realizado sobre uma célebre multinacional de origem americana. (AUBERT, 2004a).

Gaulejac (2004a) explica que a hipermodernidade se caracteriza pela exacerbação das tensões nas relações entre o indivíduo e a sociedade;

Ela evoca um mundo hiperparadoxal que confronta cada indivíduo às contradições múltiplas, heterogêneas, objetivas e subjetivas. A “perda de sentido” vivenciada por muitos dos nossos contemporâneos é a expressão de um mundo vivido como incoerente no qual “cada um procura seu gato” para tomar o título de um filme emblemático,³ que descreve os indivíduos um pouco perdidos à procura de coerências improváveis. (GAULEJAC, 2004a, p. 128, tradução nossa).

Uma amostra dos paradoxos que caracterizam a hipermodernidade seria o aumento da irresponsabilidade ao mesmo tempo em que avançam as condutas responsáveis. Os indivíduos hipermodernos são, ao mesmo tempo, “mais informados e mais desestruturados, mais adultos e mais instáveis, menos ideológicos e mais tributários das modas, mais abertos e mais influenciáveis, mais críticos e mais superficiais, mais céticos e menos profundos.” (CHARLES, 2004, p. 27).

2.1 O indivíduo hipermoderno

O indivíduo hipermoderno vem sofrendo com as demandas implacáveis de superação de seu ser em quase todos os sentidos, mais especificamente nos sentidos físico, intelectual,

³ Filme traduzido para o português com o título: “O gato sumiu”.

profissional e afetivo. O indivíduo hipermoderno vem se esforçando para ultrapassar, cada vez mais, o seu *métron*, lançando-se numa espécie de *démesure*, ou seja, desmesura.

A hipermodernidade do indivíduo lhe impõe a superação de si em todos os sentidos e em todos os momentos. Até na hora da morte, o importante é superar-se, o importante é transcender a sua condição humana. É o que vemos acontecer com os pacientes coronarianos infartados, que sofrem com as demandas e expectativas excessivas, impostas pela sociedade e por eles próprios, de superar-se cada vez mais, de agir constantemente em acordo com uma concepção heróica. Uma das conseqüências dessas pressões, externas e internas, é o adoecimento. É quando a hospitalização vem romper com esse desejo de corresponder a tantas demandas. Observamos que, neste momento de impacto e quebra em suas trajetórias de vida, neste momento específico da hospitalização, eles pressentem e reconhecem viver uma solidão existencial, condição típica dos heróis de todos os tempos, ligada a uma angústia profunda, agora mais exacerbada, diante da possibilidade mais concreta e imediata da morte, em função do infarto.

É um momento de grande impasse. Ainda assim, se comprometem a resistir, se comprometem a enfrentar a morte e sobreviver, sob qualquer dor, a qualquer custo. Como se fosse possível, para o ser humano, evitar a experiência da morte.

Em uma pesquisa realizada sobre a urgência e o tempo, Aubert (2003b) depara com o depoimento de um executivo que diz que anda a duzentos por hora para impedir que a morte o alcance.

Ao refletir sobre as mutações econômicas, tecnológicas, sociais e culturais da segunda metade do século XX, Aubert (2006a) constata certas questões que conduziram à emergência de um novo tipo de indivíduo, cujas maneiras de ser, de fazer e de sentir, diferem profundamente das de seus predecessores. Cita como exemplo as descobertas científicas, a globalização da economia e a flexibilidade generalizada, com suas exigências de desempenho, e ainda, a revolução proveniente das tecnologias da comunicação, que desempenham um papel essencial para o surgimento desse novo indivíduo.

O triunfo da lógica mercadológica e o esfacelamento de todos os limites, estruturando a construção das identidades individuais, contribuem também para definir quem ele é, pelo que passa e o que sofre. Este indivíduo nós o qualificamos de hipermoderno, para acentuar a noção de excesso e de superação que caracteriza a nossa sociedade de modernidade exacerbada. (AUBERT, 2006a, p. 01, tradução nossa).

De que maneira essas transformações afetam o homem em sua identidade mais profunda, em sua maneira de vivenciar os sentimentos, em sua relação com o tempo, com os corpos, com os outros, assim como com as patologias que o afetam, foi o que se questionou durante um colóquio que reuniu vários pesquisadores, e que culminou com o surgimento de um livro sobre o indivíduo hipermoderno.⁴ Para Aubert (2006a), o retrato do indivíduo contemporâneo que dali surgiu mostra facetas contraditórias:

Centrado na satisfação imediata de seus desejos e na intolerância à frustração, ele persegue, no entanto, novas formas de superação do eu, uma busca do Absoluto, sempre atual. Sobrecarregado de solicitações, somando-se a isto o fato de ser sempre mais performático, perseguido pela urgência, desenvolve comportamentos compulsivos, visando preencher cada instante de um máximo de intensidade, ele pode, também, cair num “excesso de inexistência”, quando a sociedade lhe retira os suportes indispensáveis para ser um indivíduo no sentido pleno do termo. (AUBERT, 2006a, p. 1-2, tradução nossa).

Na análise de Aubert (2004a), esta seria a face negativa da hipermodernidade.

Diante da pergunta feita por Marcel Gauchet (2004a), ao final do referido livro, se nós não estaríamos assistindo a uma mutação antropológica do indivíduo, Aubert propõe cinco registros sobre os quais importantes mutações são produzidas, numa tentativa de responder a esta questão. São eles: a relação com o corpo, a relação com o tempo, a relação com os outros, a relação consigo mesmo e a relação com a transcendência. E, através dessa análise, tenta avaliar a amplitude das modificações que se produziram.

Sobre a relação com o corpo, observa o tempo em que este estava a serviço das doenças, da dor, da maternidade, até o presente momento, quando se observa uma mudança para a era do corpo autocriado, na qual o homem torna-se responsável pela duração e qualidade de sua vida.

Na relação com o tempo, fala sobre a submissão ao tempo e à tirania do tempo. A mutação se produz visto que os indivíduos tentavam dominar o tempo e, hoje, são dominados pelo tempo e pela urgência.

Na relação com o outro, discorre sobre as relações flexíveis e efêmeras que hoje envolvem os indivíduos e os relacionamentos, mudanças que aconteceram particularmente, induzidas pelas novas tecnologias da comunicação, com a instantaneidade que geram. Adição à comunicação e hiperconsumo, “corrosão do caráter”, são termos que representam o tipo de relação com os outros.

⁴ Aubert, Nicole. *L'individu Hypermoderne*, Erès, 2004.

Quanto à relação consigo mesmo, aponta o indivíduo na vivência do excesso; excesso de consumo, de regozijo, mas também excesso de pressões, de solicitações, de estresse, o que resulta em uma hiperatividade, uma busca de prazer sem limites, nas drogas, no sexo ou nos esportes radicais, de uma forma extrema que envolve riscos.

Em relação à transcendência, não é a vida eterna ou a saúde de sua alma que o indivíduo hipermoderno busca adquirir ou assegurar; é um bem-estar no imediatismo, o que Aubert chama de “transcendência de si.” Não de ter um Deus transcendente, mas um Deus que ele coloca no interior de si mesmo, um Deus instantâneo, que faz parte de si mesmo, que o leva a transgredir, a praticar esportes radicais para viver a eternidade em um segundo, gozar da sensação de existir, para superar a angústia de morte. É a mutação antropológica em atuação. (AUBERT, 2006a).

Através desses registros sociológicos definidos por Aubert, buscamos aprofundar a nossa análise. Eles nos permitem observar o sujeito de nossa pesquisa de uma forma mais sistemática. Ele é a princípio um “corpo”, doente. Um corpo da urgência, da pressa; ele traz em si, em seu próprio peito e em seu coração o corte, como sinal da emergência, que se situa para além da urgência, pois implica na possibilidade da morte.

Ao pensarmos sobre esse primeiro registro, o corpo, nos apoiamos na concepção de Moreira (2007), que observa que devemos pensar o corpo enquanto um conceito criado pelo homem com o objetivo de nomear um objeto e de dar sentido para uma dada experiência. Que o corpo depende da mente e que a existência humana é essencialmente psicossomática. Diz ser o conceito de corpo um constructo da psique, e que a idéia de um corpo, enquanto unidade e identidade, só é possível na inter-relação entre soma e psique.

De uma forma ou de outra, esse corpo já trazia em si, anteriormente ao infarto, o registro da urgência, dos excessos, das rupturas, nas experiências de seus vividos laborais e amorosos. Os pacientes cardiopatas, diante do medo e da angústia de morte, esperam uma salvação para o seu coração, pois acreditam que a ciência, com a evolução e a descoberta, por exemplo, das células-tronco e o seu uso nas cirurgias cardíacas, poderá levá-lo a um tipo de cura para a sua cardiopatia. Eles criam uma expectativa grande, em relação à superação de sua doença, e podem sofrer uma decepção, quando essas novas possibilidades não estiverem à sua disposição para serem realizadas.

Ele luta contra o tempo: o infarto é “tempo dependente” e a corrida contra o tempo, já instalada em sua história de vida, provoca uma aceleração física e psíquica e, conseqüentemente, um estresse.

Ele depende do “outro”; ele está nas mãos do médico. Submete-se ao tratamento, aos medicamentos, à relação de dependência com o seu médico e com os outros profissionais de saúde. Ele é “escravo” e seu médico, o “senhor”. E esta questão permeia também a sua vida, permeia as relações, sejam as de trabalho ou as relações amorosas.

Principalmente, ele está “diante de si mesmo.” Diante de suas reflexões, de seus medos, desafios e contradições, de uma forma mais intensa, porque inevitável, neste momento da doença e da hospitalização. Sente-se só em sua luta pela vida, na busca e resgate de sua identidade. Geralmente é mais fácil ver o outro, olhar e criticar o que está fora; difícil é olhar para dentro de si, refletir e reconhecer os conteúdos do próprio mundo interno. É mais comum pensar que os outros poderão sofrer um infarto; porém, ele mesmo nunca se viu nessa condição. Os pacientes nunca pensam no infarto como uma possibilidade, e sim, como algo bem distante deles. Mesmo sabendo sobre os fatores de risco, tendo consciência da presença deles, ou mesmo sabendo que estão aderidos a eles, como certos vícios, por exemplo, a primeira reação ao infarto é sempre a mesma: *“Eu nunca imaginei que aconteceria comigo, que eu fosse infartar!”* Por este motivo, o evento cardíaco é sempre algo que impacta, que surpreende, colocando o sujeito, inevitavelmente, diante de si mesmo e de profundas reflexões.

E ele também está diante de uma das questões fascinantes da hipermodernidade, que é a “transcendência de si”, colocada por Aubert (2006a), a partir de seu enfoque sociológico, como o desejo de alcançar um bem-estar no imediatismo, um desafio ao tempo e à morte.

Quem é, enfim, este indivíduo denominado hipermoderno? Acreditando em sua evolução e na do mundo, estará ele evoluindo em acordo com seus desejos, suas necessidades reais, sua humanidade? Estará ele indo ao encontro da almejada felicidade nesta corrida contra o tempo, contra os limites e muitas vezes contra a sua própria vida? Não estará ele esquecendo de pensar e refletir sobre a sua desmesura?

De acordo com Barus-Michel (2004a), o homem hipermoderno, ao invés de pensar, calcula.

“O homem hipermoderno sonha se fabricar, ele mesmo com a ajuda das tecnologias de ponta: não somente operar ou reparar, ou mesmo transplantar, mas fabricado, feito um clone, imagem de um eu ideal improvável, puramente narcísico e perverso.” (BARUS-MICHEL, 2004a, p. 241, tradução nossa).

A referida autora acredita que o indivíduo hipermoderno seja um personagem mítico, suscitado pela nossa fascinação diante do progresso fulminante da tecnologia. Para ela, o

homem moderno é um príncipe, e o homem hipermoderno é uma ficção, “uma representação proposta, imposta aos indivíduos oriundos da cultura moderna ocidental à força de *slogans*, de imagens, de injunções paradoxais, em conformidade com seu ambiente técnico, econômico e social.” Enfim, diz ser a hipermodernidade um sonho de desumanização. (BARUS-MICHEL, 2004a, p. 242, tradução nossa).

2.2 As “patologias da urgência” e do “hiperfuncionamento de si”

Segundo Aubert (2003a), vivemos em uma sociedade “doente do tempo e da urgência”, na qual a urgência e a angústia criam uma pressão constante sobre o nosso equilíbrio físico e psíquico. Vivemos entregues às tiranias do tempo, que se traduzem atualmente por uma prática fundada em uma ideologia invasora, ou seja, a ideologia da ação na urgência.

“Os últimos anos do século XX parecem, com efeito, ter sido marcados pela ascensão irresistível do reino da urgência. A urgência está em vias de tornar-se um modelo privilegiado de regulação social e uma modalidade dominante de organização da vida coletiva.” (AUBERT, 2003a, p. 1, tradução nossa).

Vista como uma revolução na relação com o tempo, a urgência se estendeu também para a vida pessoal; pois, segundo esta autora, o modo de funcionamento profissional influencia o modo de vida privada.

A instantaneidade do tempo mundial que sustenta as trocas econômicas e financeiras corresponde atualmente, em função do desenvolvimento incessante das tecnologias da comunicação e o surgimento das mensagens instantâneas, a uma instantaneidade do “tempo relacional” que estrutura a partir de agora, o campo das relações entre os indivíduos. (AUBERT, 2003a, p. 03 tradução nossa).

Podemos observar que essa instantaneidade se faz presente também na relação do indivíduo com ele mesmo; ainda que percebendo alguns sinais de alerta em relação ao estado físico, muitos pacientes hospitalizados comprovam esta afirmação com seus depoimentos expressivos, dizendo que não tiveram tempo de olhar para si mesmos com mais cuidado. A saúde fica esquecida, relegada frente à importância dada às demandas dos outros e do trabalho.

De acordo com Aubert (2003a), o homem contemporâneo é pressionado pelo tempo e pelas ilusões: a ilusão moral, a religiosa, a social, a ontológica e a ilusão prática, e, mais especificamente, estaríamos inseridos nas duas últimas: “somos uma sociedade fundada na possessão e na ilusão do fazer e do agir. As duas são interligadas: agir para possuir mais, para conquistar novos mercados, novos objetos.” (AUBERT, 2003a, p. 05 tradução nossa).

Essas pressões mostram que necessitamos agir para criar a ilusão de que não morreremos, de que teremos um lugar que será por excelência nosso, que poderemos assegurar nossa sobrevivência, mas, acima de tudo, que poderemos ampliar as fronteiras da morte, num confronto com a nossa ilusão de onipotência. (AUBERT, 2003a).

Na fase pós-infarto, os pacientes refletem mais profundamente sobre essa idéia de imortalidade, esse desejo quase inconsciente ou disfarçado, arquetípico, que acompanha os seres humanos, mortais, e em especial, os coronarianos. Tivemos a oportunidade de observar e avaliar essas questões sobre a ilusão de onipotência e o desejo de ampliar as fronteiras da morte, que caracterizam a personalidade dos coronarianos, durante quinze anos de trabalho realizado com pacientes internados no hospital.

Com relação aos limites e à busca cada vez mais intensa em ultrapassá-los, fato este que tem afetado o indivíduo hipermoderno, Aubert (2004a) cita não só as patologias referentes à urgência em relação ao tempo e à ação, como também as que se encontram na dinâmica dos “excessos” dos limites corporais; são as patologias alimentares, entre elas, a obesidade e a anorexia, que se traduzem por um exagero alimentar ou a restrição extrema. Cita também as patologias da embriaguez toxicomaníaca, ou seja, a adição de substâncias destinadas a surtir um ritmo de desempenho cada vez mais intenso.

As patologias profissionais, do desgaste físico ou psíquico, são patologias que resultam do “hiperfuncionamento de si”, a que os indivíduos têm sido submetidos, atuando como máquinas, que se ligam e se desligam brutalmente, podendo causar “curtos-circuitos”, ou seja, patologias sociais da exaustão, podendo levar à depressão ou ao *burn-out*. Essa dimensão de excesso, quando vivenciada pelos indivíduos considerados pela sociedade como “*losers*”, ou seja, fracassados, implicará num sentido de “excesso na inexistência”, um sentimento de vacuidade, em relação à sua própria existência. (AUBERT, 2004a). Essas manifestações têm ligações com o estresse, que é considerado fator de risco para o acometimento do IAM, assim como a depressão.

Portanto, para o indivíduo hipermoderno, que vivencia o excesso, a fragmentação, a incerteza quanto à definição de si mesmo e a intensidade, na qual a complexidade e a

multiplicidade de facetas não só o definem como também mostram a diferença marcante entre os que o precederam (AUBERT, 2004a), resta a possibilidade de conscientização das vivências que o afastam da sua condição humana, levando ao esquecimento e ao descuido de si.

2.3 Cardiopatias e contemporaneidade

São dois os motivos significativos para a inclusão deste item das cardiopatias na presente dissertação: além da sua importância para uma compreensão mais abrangente dos sujeitos da pesquisa, há também o aspecto que se refere ao meu interesse particular pelas cardiopatias e pelos indivíduos acometidos pelas doenças do coração. Lembro-me de quando iniciei meu trabalho de acompanhamento aos pacientes internados no CTI, e do meu primeiro contato com os pacientes cardiopatas. Como a grande maioria dos pacientes do CTI pertencia à cardiologia, visto ser esta a clínica de maior referência do hospital, fui tendo a oportunidade de adentrar o universo do “coração” dos pacientes. Anteriormente, eu vinha trabalhando na equipe da Mastologia e da Cirurgia Plástica, acompanhando os pacientes nas fases do pré, per e pós-cirúrgico. Por alguns anos, tive a oportunidade de conhecer esse universo feminino (em dez anos, acompanhei só um caso de câncer de mama em paciente do sexo masculino) e suas questões em relação à mastectomia, à reconstrução mamária e à cirurgia de mama, em suas especificidades e dimensões: corporal, anatômica, emocional e simbólica.

Com a entrada no CTI, passei, a princípio, a conviver com o universo masculino, que era em maioria, e a vivenciar uma outra dinâmica, em função das diferentes características relativas à personalidade dos pacientes e de suas doenças específicas, ou seja, o câncer e a cardiopatia. Com o tempo, acompanhamos o aumento de pacientes do sexo feminino, no decorrer das internações em função dos eventos cardíacos, motivo de interesse e de estudo, realizado na nossa atual pesquisa sobre o IAM.

Com o trabalho de docência e de preceptoria aos alunos do curso de psicologia hospitalar, fui desenvolvendo teoricamente os temas que eram pertinentes aos atendimentos, para a sustentação teórica e prática do curso, buscando sempre assistir às conferências sobre cardiopatias, apresentadas nas reuniões clínicas do hospital pelos médicos do corpo clínico. A Cardiologia é a clínica à qual eu me dedico mais especificamente, enquanto psicóloga

hospitalar. O Dr. Francisco Rezende Silveira leu este capítulo e fez observações pertinentes, no que concerne à área da clínica médica, contribuindo para a exatidão e a coerência do tema.

A Cardiopatia Isquêmica é considerada a *Prima Dona* da cardiologia; pois, de acordo com Carvalho e Macruz (1989), “se clinicamente o campo da cardiologia congênita é o mais exuberante e permite maiores vôos da imaginação, o da isquemia miocárdica, seja pela pesquisa terapêutica, epidemiológica e frequência, é o mais proeminente.” (CARVALHO; MACRUZ, 1989, p. 1). Para Verani (1989, p. 73, tradução nossa), “sob o ponto de vista científico, um dos aspectos mais interessantes da cardiopatia isquêmica é o fato de que muitas das manifestações clínicas têm uma base fisiopatológica sólida que permite uma abordagem inteligente e uma terapêutica bem fundamentada.” Porém, este autor adverte que ainda resta muito a ser elucidado.

Existem grupos de cardiopatias com etiologias diferentes, como, por exemplo: coronariana, hipertensiva, alcoólica, valvar, infecciosas, etc. Em nosso estudo, iremos nos concentrar nas coronariopatias, mais especificamente no Infarto Agudo do Miocárdio, IAM.

A coronariopatia caracteriza-se pela diminuição do fluxo sanguíneo ao miocárdio devido a uma ou mais obstruções dos vasos coronarianos. Essa redução do fluxo sanguíneo pode acarretar Insuficiência Coronária, Angina ou resultar em um Infarto Agudo do Miocárdio. A manifestação clínica magna da insuficiência coronária é a dor, chamada de *angor* ou angina de peito.

“O IAM origina-se de isquemia miocárdica prolongada, com necrose de segmentos do miocárdio, determinado pela ausência regional de fluxo sanguíneo coronário.” (SILVEIRA, 2008). É considerado:

Quadro clínico caracterizado por *angor* de duração prolongada, mais de 30 minutos, de intensidade variável, porém maior do que na angina de peito, que torna intranquilo o paciente, vai num crescendo, até atingir o máximo e estacionar; não responde aos vasodilatadores nem ao repouso (como na angina). (CARVALHO; MACRUZ, 1989, p. 155).

Outras manifestações do IAM são: Pródromo de angina instável, sendo o pródromo caracterizado, em geral, por “desconforto precordial assemelhando-se à *angina pectoris* clássica, que ocorre em repouso ou com atividade física diminuída além da habitual, podendo, portanto, ser classificada como angina instável” (ANTMAN; BRAUNWALD, 1999, p. 1281); sensação de mal-estar geral ou de franca exaustão; desconforto descrito como aperto no peito e, ainda, esmagamento, sufocamento ou compressão.

No idoso, muitas vezes, o IAM não se manifesta clinicamente por dor torácica, mas por sintomas de aperto no peito ou fraqueza importante ou ainda por síncope franca, que caracteriza-se por perda súbita e transitória da consciência e do tônus postural seguida de recuperação espontânea. Tonturas, palpitações, sudorese fria e sensação de morte iminente são sintomas que podem vir ou não acompanhados de dor torácica. (ANTMAN; BRAUNWALD, 1999).

De acordo com Ramos e Magalhães (2000), o infarto agudo do miocárdio (IAM) continua a ser a emergência médica de maior causa de morbidade e mortalidade cardiovascular. Segundo os autores, o objetivo de seu tratamento é salvar o miocárdio, e o ideal é que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível. O diagnóstico do IAM, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, requer pelo menos dois dos seguintes critérios: história característica de dor precordial prolongada; alterações eletrocardiográficas típicas e elevação enzimática seriada. (RAMOS; MAGALHÃES, 2000).

Porém, segundo Silveira, Miguel e Oliveira (2005, p. 209), os mais recentes avanços técnicos, incorporados à prática clínica, têm permitido, com grande acurácia, o diagnóstico de pequenos infartos, até então não diagnosticados. “A nova definição de IAM deve ser avaliada, considerando-se: fisiopatologia, marcadores bioquímicos, eletrocardiografia, exames de imagem, epidemiologia, estudos clínicos e políticas de saúde.” Estes autores afirmam ser importante, também, a avaliação da história prévia de coronariopatia e a irradiação da dor.

A irradiação mais freqüente se faz para membros superiores, especialmente o esquerdo, pescoço, mandíbula e, menos comumente, para o epigástrio e o dorso. A dor pode não ser tão intensa, especialmente nos idosos, nas mulheres e nos diabéticos, que podem manifestar somente dispnéia ou simular quadros de redução do fluxo cerebral. (SILVEIRA; MIGUEL; OLIVEIRA, 2005, p. 210).

Em relação ao estado emocional, segundo Antman e Braunwald (1999), pacientes com IAM exibem, muitas vezes, alterações que incluem ansiedade intensa, negação e depressão. Eles sugerem que a equipe médica deve ser sensível a tais alterações que surgem nos estados emocionais dos pacientes, procurando propiciar uma atmosfera calma, profissional, dando explicações completas sobre os equipamentos e prognóstico, pois isto ajudará a aliviar a angústia associada ao IAM.

A Coronariopatia é considerada uma patologia do estilo de vida. Mas, se houver uma conscientização e uma mudança nos hábitos de vida que são considerados adoecedores, o indivíduo poderá viver mais. No Brasil, segundo dados do DATASUS/MS “somente no ano

de 1998 a mortalidade por doenças do aparelho circulatório atingiu 256.333 casos. São as doenças de maior letalidade entre nós, responsabilizando-se por praticamente metade dos óbitos que ocorrem em indivíduos com mais de 64 anos, destacando-se as doenças isquêmicas do coração, e, de forma especial, o IAM, com 57.940 óbitos.” (SILVEIRA; MIGUEL; OLIVEIRA, 2005, p. 209).

De acordo com Braunwald (1980), a doença cardiovascular é o maior flagelo que aflige a população das nações industrializadas, pois,

Como nos flagelos anteriores - peste bubônica, febre amarela e varíola - a doença cardiovascular não aplica seu manto de destruição apenas pela subtração inusitada de uma fração significativa da população, mas também causa sofrimento e invalidez a um número ainda maior de indivíduos. (BRAUNWALD, 1980, p. xx XVII).

Apesar dos avanços da medicina, somente nos Estados Unidos (EUA) a doença cardiovascular ainda é responsável por quase um milhão de fatalidades a cada ano e bem acima dos outros óbitos; cerca de cinco milhões de indivíduos portadores de doença cardiovascular são hospitalizados a cada ano. O custo desta doença, em termos de sofrimento humano e recursos materiais, é quase incalculável. Braunwald (1980) reconhece que, felizmente, as pesquisas que enfocam as causas, o diagnóstico, tratamento e prevenção da doença cardíaca avançam rapidamente, principalmente nos últimos 25 anos, quando a aplicação dos conhecimentos adquiridos começa a prolongar a expectativa de vida humana – “recurso mais valioso do planeta.”

Hoje em dia, os aspectos considerados de risco para a saúde e, principalmente para a saúde do coração, como o estresse, a obesidade, a hipertensão, o alto nível de colesterol, o tabagismo, o diabetes, a má alimentação, a depressão e o sedentarismo, fazem parte do nosso cotidiano. Independentemente desses fatores, devemos destacar também os riscos devidos ao fator genético.

Os fatores de risco para a Doença Arterial Coronária (DAC) podem ser classificados quanto à possibilidade de serem ou não modificáveis por intervenções do tipo mudança de estilo de vida e/ou medicamentosa. “Os não modificáveis são: idade, sexo e história familiar positiva para DAC. Os modificáveis são: dislipidemia (= a hipercolesterolemia), diabetes, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e estresse. E os parcialmente modificáveis são: HDL-c baixo (<35mg/dL), Lp(a) e fibrinogênio.” (LOURES VALE; MARTINEZ, 2000, p. 100).

Discorreremos resumidamente sobre cada um desses fatores de risco:

Evidências biológicas, epidemiológicas e terapêuticas comprovam a íntima relação do fator de risco hipercolesterolemia, com o desenvolvimento, evolução e agravamento da doença arterial coronária. O “Estudo dos Sete Países” - *The Seven Countries Study* -, com cerca de 12.700 homens de diferentes regiões em sete países, comprovou a relação entre o nível sérico do colesterol e a ingestão de gorduras na alimentação, além da correlação positiva com a mortalidade por DAC. O “Estudo de Intervenção sobre Múltiplos Fatores de Risco” - *Multiple Risk Factor Intervention Trial / MRFIT* - acompanhando mais de 360.000 pacientes nos Estados Unidos, por cerca de seis anos, demonstrou que, à medida que o nível de colesterol aumenta, sobe também o risco de aparecimento da doença aterosclerótica: duplicado quando os níveis de colesterolemia passam de 200 para 250 mg/dL e quadruplicado quando o nível é de 300 mg/dL. (LOURES VALE; MARTINEZ, 2000).

A aterosclerose poderá causar oclusão coronária aguda, provocando o IAM.

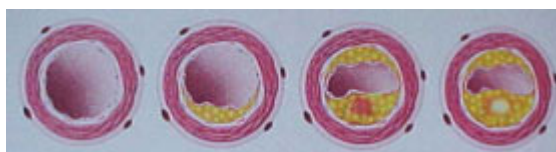


Figura 1: Crescimento da placa aterosclerótica

Fonte: Imagem: DOENÇAS Cardiovasculares Aterosclerose e Fatores de Riscos, 2008



Figura 2: Risco de oclusão coronária

Fonte: Imagem: DOENÇAS Cardiovasculares Aterosclerose e Fatores de Riscos, 2008

Com o crescimento da placa aterosclerótica, basta um espasmo, provocado pelo estresse, para que a passagem da circulação se feche. Também pode ocorrer um crescimento maior da placa aterosclerótica, que poderá obstruir o fluxo sanguíneo completamente. Dessa forma, as células no trecho que deixou de ser banhado pela circulação acabam morrendo. A

interrupção da passagem do sangue nas artérias coronárias também pode ocorrer devido à contração de uma artéria parcialmente obstruída ou à formação de coágulos, que levam à trombose.

Pacientes com diabetes têm um risco para cardiopatia coronariana aumentado em cerca de duas a quatro vezes. Os “estudos reforçam o conceito de uma relação gradativa entre glicemia e eventos cardiovasculares, que começa abaixo dos níveis considerados “alterados”.” (LOURES VALE; MARTINEZ, 2000, p. 101). De acordo com as autoras, a glicemia é hoje considerada um fator de risco contínuo para DAC, de forma semelhante ao que acontece com os níveis de colesterol e de pressão arterial.

O tabagismo é considerado como um dos fatores de risco ditos maiores para DAC, e o único totalmente modificável. Alguns dos efeitos adversos são: alterações das lipoproteínas (diminuição do HDL-c), aumento na frequência cardíaca e, na pressão arterial, incremento na ativação e agregação plaquetária, elevação do fibrinogênio e disfunção endotelial. O tabagismo atua de forma sinérgica com os outros fatores de risco, e o fumante passivo está sujeito a aumento considerável no risco cardiovascular. Ainda de acordo com Loures Vale e Martinez (2000), a magnitude do risco coronariano tem relação com o número de cigarros consumidos, e, nas mulheres em fase pós-menopausa, o risco é aumentado em seis vezes. Nos pacientes em prevenção secundária, o fumo pode aumentar a mortalidade por DAC em cerca de 50%; porém, quando interrompido o tabagismo, o risco para DAC declina progressivamente.

Quanto ao sedentarismo, as mesmas autoras atestam que a atividade física rotineira, em especial a diária, diminui o risco de DAC.

Segundo Orsini (2005), a inatividade física é identificada como fator de risco independente para DCV, e, além disso, associa-se a outros fatores de risco cardiovasculares como obesidade, estresse e depressão.

Quanto à Hipertensão Arterial (HA), apesar de ser causa muito freqüente de doença coronariana, a repercussão do controle pressórico diminui de forma mais significativa o risco de doença cerebrovascular (em torno de 40%) do que o de DAC (cerca de 15%). Talvez pela característica multifatorial da cardiopatia coronariana e os possíveis efeitos adversos da medicação anti-hipertensiva utilizada, segundo Loures Vale e Martinez (2000), principalmente metabólicos.

A obesidade, definida como o excesso de gordura corporal em relação à massa magra, é a doença metabólica mais antiga que conhecemos e está freqüentemente associada a

inúmeros outros fatores de risco. De acordo com Orsini (2005), o risco de morbimortalidade aumenta se a obesidade estiver associada a fatores ou situações de risco como: “circunferência abdominal aumentada, diabetes e/ou resistência à insulina, HA e/ou Hipertrofia Ventricular Esquerda (HVE), dislipidemia, apnéia do sono ou pCO₂ elevado, hirsutismo ou elevada relação entre hormônio luteinizante e folículo estimulante, e tabagismo.” (ORSINI, 2005, p.164).

O estresse psicossocial contribui para o surgimento de diversas doenças e estimula, segundo Orsini (2005, p. 165), “a coexistência de fatores como tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e ingestão excessiva de bebidas alcoólicas.”

De acordo com Loures Vale e Martinez (2000, p. 101), existem controvérsias sobre o papel do estresse emocional e/ou tipo de personalidade na determinação do risco para DAC, mas essas autoras apontam para “a importância do estresse como “gatilho” no desencadeamento de um evento agudo.”

Estes são alguns dos aspectos clínicos pesquisados. Em relação ao campo psicossocial, observamos que, nas sociedades contemporâneas, vigoram as ideologias baseadas nas demandas do sucesso, da força e do vigor, tanto físicas quanto intelectuais, da beleza e da saúde. Elas parecem desconsiderar os aspectos naturais da vida e do ser humano, como a velhice, a doença, o insucesso e a morte.

Essas ideologias geram cobranças, culpas, sentimentos de inabilidade, ansiedade e, conseqüentemente, uma angústia profunda diante da condição contraditória entre o ser real e o ser ficção, que se expressa pela sensação de fragmentação do ser, considerada como uma das características marcantes da pós-modernidade.

Na análise de Hall (2002, p. 7-9), “as velhas identidades, que por tanto tempo estabilizaram o mundo social, estão em declínio, fazendo surgir novas identidades e fragmentando o indivíduo moderno, até aqui visto como um sujeito unificado.” As identidades modernas estão sendo “descentradas”, ou seja, deslocadas ou fragmentadas. É o que Hall chama de perda de um “sentido de si” estável, considerada, algumas vezes, como deslocamento ou descentração do sujeito. Para esse autor, “esse duplo deslocamento - descentração dos indivíduos tanto de seu lugar no mundo social e cultural quanto de si mesmos - constitui uma “crise de identidade” para o indivíduo.”

Além de fragmentado, o sujeito contemporâneo vem vivenciando o que Melucci (1996) denomina de relações interplanetárias, pois os sujeitos hoje mais parecem nômades, vivendo num tempo múltiplo e descontínuo.

A pós-modernidade reforça a autonomia, o hedonismo e a liberdade, descartando facilmente o passado, e até mesmo as pessoas e as relações. Segundo Birman (2003, p. 167), vivenciamos a cultura do narcisismo e do espetáculo, em que a alteridade tende ao apagamento e quase ao silêncio na economia do sujeito. Não importam mais os afetos, mas sim a tomada do outro como objeto de predação e gozo, enquanto o sujeito se enaltece e se glorifica. É o sujeito “fora de si” que a pós-modernidade está em vias de constituir, em que as formas perversas de gozar realizam o projeto da subjetividade. Esse autor também observa que instituiu-se a hegemonia da aparência, pois o sujeito vale pelo que parece ser, apresentando-se no cenário social “lambuzado pela brilhantina eletrônica.”

Para Morin (1999, p. 59), a vida é um tecido mesclado de prosa e de poesia. Prosa, seriam as atividades práticas, técnicas e materiais, necessárias à existência, e poesia, aquilo que nos coloca num estado segundo: a poesia em si mesma, a música, a dança, o gozo e, “é claro”, o amor. Segundo ele, prosa e poesia eram intimamente entrelaçadas nas sociedades arcaicas. Porém, hoje, “encontramo-nos numa sociedade que tende a disjuntar prosa e poesia e na qual há uma imensa ofensiva da prosa ligada ao gélido e cronometrado desenvolvimento técnico, mecânico, em que tudo se paga, tudo é monetarizado.”

A plataforma da pós-modernidade exhibe um cenário de complexidade. Melucci (1996) aponta para os novos dilemas que surgem nas sociedades da informação, sugerindo que a consciência alcance novos níveis de reflexividade. Afirma que nós nos transformamos em terminais sensíveis, transmitindo e recebendo uma quantidade de informação que, de longe, excede o que já foi visto em qualquer cultura prévia. O ritmo de mudança, o tempo múltiplo e descontínuo, a incessante necessidade de fazer escolhas e o sentimento de perda diante de tantas possibilidades geram ansiedade, medo e desconforto, exigindo um processo profundo de transformação e, portanto, da própria identidade.

Na percepção de Haraway (2000), criam-se novos homens; pois, nesta era pós-moderna, a máquina está sendo considerada uma extensão do humano.

No final do século XX, neste nosso tempo, um tempo mítico, somos todos quimeras, híbridos - teóricos e fabricados - de máquina e organismo; somos, em suma, ciborgues. O ciborgue é nossa ontologia: ele determina nossa política. O ciborgue é uma imagem condensada tanto da imaginação quanto da realidade material: esses dois centros, conjugados, estruturam qualquer possibilidade de transformação histórica. (HARAWAY, 2000, p. 41).

Este é o atual desafio pessoal e cultural do mundo contemporâneo: o desafio das máquinas e das comunicações instantâneas, gerando sujeitos sedentários digitais; o desafio

das novas tecnologias que surgem e são modificadas, aprimoradas, sendo superadas a cada dia, exigindo dos homens e das mulheres um contínuo avançar, nos desafios incessantes da transformação e da evolução, obrigando-os a viverem como nômades digitais, sem tempo para o descanso, sem tempo para a reflexão e o cuidado de si; sem tempo para as pequenas coisas importantes da vida. Diante dessa pressa em viver o impossível, constantemente desafiando os limites do possível, homens e mulheres estão fadados ao adoecimento do coração.

2.3.1 O estresse como fator de risco para a doença cardiovascular

O médico Hans Selye, em 1936, publica seu primeiro artigo sobre a síndrome do estresse, intitulado “Síndrome produzido por vários agentes nocivos”, na revista inglesa *Nature*. Mais tarde, ele chega a afirmar que “*stress* é, essencialmente, o grau do desgaste total causado pela vida.” (SELYE, 1965, XV - 34).

O *stress* não é necessariamente danoso para você; é também o sal da vida, pois qualquer emoção, qualquer atividade causa *stress*. Contudo, é claro que nosso sistema deve estar preparado para recebê-lo. O mesmo *stress* que torna uma pessoa doente pode constituir, para outra, uma experiência revigorante. (SELYE, 1965, p. XIII).

O estresse, geralmente, é definido como qualquer pressão imposta a uma pessoa, seja de origem física, psicológica ou psicossocial. Portanto, qualquer situação que desperte uma emoção forte, independente de ser considerada boa ou má, poderá provocar estresse. E, em decorrência do estresse, observa-se não somente o aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial, como também tensão muscular, irritabilidade e depressão, entre outros sintomas. O estresse se transforma em descarga de adrenalina, substância que provoca o aumento dos batimentos cardíacos e da pressão arterial, comprovando sua relação com os eventos cardíacos.

O estresse é, portanto, uma reação causada pelas alterações do corpo e da mente, toda vez que um indivíduo se encontra diante de situações de perigo, de ameaça, de competição, de desejo de superação, de pressa, de luta ou mesmo de alegria. Inclusive, toda e qualquer situação que exija mudanças pode ser geradora de estresse.

Dentro de uma medida apropriada, o estresse tem o seu lado positivo. Um pouco de

estresse pode ser um fator de motivação e de estímulo; abaixo de certo nível, pode causar tédio, apatia e dispersão, enquanto que, acima, provoca ansiedade e cansaço.

Segundo Orsini (2005),

A hiperestimulação simpática que ocorre em situações de estresse relaciona-se à fisiopatologia da hipertensão arterial. Ocorrem elevações nos níveis de catecolaminas circulantes, maior demanda de oxigênio pelo miocárdio, alterações da coagulação do sangue e fenômenos vasoespásticos. (ORSINI, 2005, p. 165).

O controle dessa hiperestimulação pode ser alcançado com a mudança no estilo de vida, pois “o estresse psicossocial é definido como a má adaptação individual ao estilo de vida.” (ORSINI, 2005, p.165).

Muito se fala sobre qualidade de vida. Muita ênfase tem sido dada à prática regular de exercícios físicos, à busca por uma alimentação saudável e adequada, enfim, aos hábitos de vida saudáveis para que se conquiste e se preserve uma boa saúde.

O conceito de saúde está associado à realização do potencial humano, em todas as suas dimensões: física, mental, emocional, social e espiritual. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde representa o bem-estar, tanto físico e psíquico como social. Para Blum (1990), a saúde consiste na

capacidade do organismo em manter um equilíbrio apropriado para sua idade e necessidades sociais, permanecendo razoavelmente livre de insatisfações, desconfortos, doenças e limitações, como também, em encontrar formas de comportamento que promovam a sobrevivência da espécie, a auto-realização e o prazer individual. (BLUM, 1990, p.150).

Mas como alcançar uma boa saúde e uma qualidade de vida, diante de tantos desafios pessoais e sociais? Hoje em dia, existem várias formas de lidar com o estresse, de manejo do estresse, numa tentativa de alcançar um domínio sobre ele, para administrá-lo de forma apropriada. Esta conquista é fundamental. Espera-se ter certo domínio sobre o estresse, para que ele não venha a ter o poder de dominar e, conseqüentemente, adoecer o indivíduo.

O estresse manifesta-se em três estágios, ou fases distintas: a fase de alarme, de reação aguda ao estresse; a fase de resistência, quando a tensão se acumula; e a fase de exaustão, quando há uma queda acentuada dos mecanismos de defesa e “ocorre o envelhecimento prematuro, que é conseqüente do desgaste, podendo levar, inclusive, à morte.” (SELYE, 1965, p. 35, 75).

A resistência do organismo, quando abalada, possibilita o surgimento de infecções e

doenças psicossomáticas. O estresse agudo e o crônico podem influenciar outros fatores de risco coronariano e certos comportamentos, como, por exemplo, pressão alta e alto nível de colesterol, e o hábito de fumar e de comer demasiadamente.

De acordo com Pires do Rio (1996, p. 19),

O estresse pode participar de todas as nossas manifestações doentias, desde um simples mal-estar até um câncer. Ele causa sofrimento, deterioração e envelhecimento do nosso organismo. Produz sintomas, precipita doenças que estavam em estado latente ou agrava doenças existentes. [...] no mínimo, ele causa uma experiência existencial desconfortável, sofrida. No máximo, leva à morte. E se constitui num dos principais fatores de envelhecimento do nosso corpo.

“O sistema nervoso e o sistema endócrino (ou hormonal) desempenham papéis especialmente importantes na manutenção da resistência durante o *stress*.” (SELYE, 1965, p. 03). Este estado de resistência é um estado constante; nele está presente a dinâmica da homeostase. Essa dinâmica é necessária para o nosso organismo, pois ajuda a manter o equilíbrio psicofísico, dentro de limites compatíveis com a saúde e a vida. Para isso, dispõe de inúmeros mecanismos de ajuste rápido, que mantêm equilibrados diversos sistemas homeostáticos.

Segundo Pires do Rio (1996), é importante observar o tipo de pressões que estão agindo sobre o indivíduo. Quais estímulos estão sendo uma ameaça, ou mesmo um desafio, qual a intensidade dos estímulos, a frequência com que um estímulo acontece, assim como as circunstâncias do momento. Observar o contexto, a falta ou a impossibilidade de controle, as pressões súbitas, a falta de previsibilidade, que também têm alto poder de gerar stress, assim como o alto grau de decisão e responsabilidade. É fundamental, para esse autor, o conhecimento do risco de certas atividades, enquanto fonte importante de pressão e, também, saber reconhecer quando a capacidade pessoal estiver aquém das tarefas impostas.

A *American Heart Association* assinala uma crescente evidência científica, apontando para a relação entre o risco da doença cardiovascular e fatores ambientais e psicossociais, como, por exemplo, pressão no trabalho, isolamento social e características de personalidade. O estudo feito por Friedman e Rosenman (2001), em 1959, pressupõe um risco aumentado de doenças coronarianas para as pessoas que têm uma personalidade do tipo A, que implica numa hiper-reatividade hemodinâmica e neuro-humoral ao estresse, e têm características tais como: racionalidade, competitividade, preocupação quantitativa, ou seja, fazer o máximo em menos tempo, um ritmo rápido, a pressa, a realização simultânea de múltiplas tarefas, como também orgulho, traços de irritabilidade, hostilidade, agressividade, impetuosidade e

impaciência. O tipo “B” caracteriza-se pela paciência e pela ponderação. Atualmente, de acordo com Laham (2001), surge o reconhecimento de um novo tipo de personalidade e sua ligação com a enfermidade coronária: a personalidade tipo “D”, do distress, que se caracteriza, basicamente, por afetividade negativa e inibição social.

Os coronarianos que tenho acompanhado no hospital, através dos atendimentos psicológicos nas fases pré, per e pós-infarto, se inserem perfeitamente na chamada Personalidade Tipo A.

A Psicologia tem trazido contribuições efetivas ao trabalhar o campo psíquico, em suas influências e inter-relações com o estado emocional, corporal e vivencial dos indivíduos hospitalizados. A minha experiência no programa de prevenção secundária, o “*Heart Care Network*”, coordenado pelo Dr. Francisco Rezende Silveira, com o Grupo Terapêutico de Prevenção das DCVs, intitulado “Estresse e Coração”, no qual a psicologia atuou em equipe, na construção de um trabalho de conscientização, mostrou, de acordo com os relatos dos pacientes e familiares, resultados positivos que possibilitaram transformações nos hábitos de vida dos pacientes, contribuições em relação ao estado emocional e uma prevenção mais sistemática e eficiente.

Quanto à atuação da psicologia, primeiramente, o enfoque foi dado às expressões psíquicas e emocionais, e ao trabalho de relaxamento. Trabalharam-se os pensamentos, a cognição e a concentração, o que leva à clareza e à identificação dos fatores estressantes. Logo depois, a conscientização, na tentativa de alcançar uma transformação e um possível domínio pessoal em relação às emoções e ao estresse excessivo. Foram trabalhados os mecanismos do estresse: suas causas e efeitos na saúde dos pacientes, tendo como objetivo o aprimoramento da capacidade de poder lidar com o estresse de forma mais equilibrada, produtiva e, portanto, mais saudável. Finalmente, enfocamos a possibilidade de aplicação dos conhecimentos, que foram adquiridos e elaborados no grupo, na vida diária.

Na minha prática psicoterapêutica, no âmbito hospitalar e de consultório, venho trabalhando com grupos abertos, visando o conhecimento dos fatores de risco, a busca do autoconhecimento e a prática do relaxamento como prevenção do estresse, ferramentas importantes para o tratamento das DCVs. O tempo de participação no grupo é flexível, os encontros têm duração de 90 minutos, sendo quinzenais ou mensais.

Acreditamos que o equilíbrio depende muito da habilidade de se lidar com os opostos. Se por um lado temos o estresse, do outro temos o relaxamento. A necessidade de alternância entre estresse e relaxamento vem da nossa própria condição biológica, e também, da própria

natureza, que tem uma sabedoria inquestionável. Ela é feita de ciclos fortes e fracos, como, por exemplo, enchente e vazante, vigília e sono, dia e noite, e, ainda, sístole e diástole (contração e relaxamento do coração).

Um estudo liderado por um pesquisador da Universidade de Harvard (USA), e de Atenas (Grecia),⁵ onde foram acompanhados 23.681 adultos gregos saudáveis durante seis anos, mostrou que o hábito de dormir depois do almoço reduz os riscos de problemas cardiovasculares fatais. Aqueles que faziam uma sessão de 30 minutos pelo menos três vezes por semana tiveram um risco 37% menor de morrer de doenças cardíacas do que os que não tinham o hábito. O benefício foi maior em homens que trabalham, provavelmente pelo motivo de redução do estresse, fator considerado de risco para a saúde do coração.

Não só o sono é necessário, mas também o relaxamento, pois este nos permite fazer uma pausa no ritmo estressante do dia-a-dia. Ele é fundamental. “O instrumento mais importante e simples que temos para reduzir o impacto do estresse é através dos exercícios de relaxamento.” (HOFFMANN, 1986, p. 70).

De acordo com Pires do Rio (1996), os benefícios do relaxamento para a nossa saúde, quando praticados com regularidade, são:

Melhora as capacidades de memorização e de concentração ativa; desenvolve o equilíbrio emocional; recupera as energias utilizadas em desgastes físicos e emocionais; aumenta o índice de acertos no trabalho; diminui a sensação de fadiga, aumentando a sensação de bem-estar e a disposição; diminui as manifestações psicossomáticas; regula o sistema nervoso autônomo, com diminuição da atividade do sistema nervoso simpático (responsável pelo estresse) e aumento da atividade do sistema nervoso parassimpático; melhora o relacionamento interpessoal em virtude de uma tranquilidade maior e conseqüente estabilidade emocional, e ajuda na redução da incidência de angina e infarto. (PIRES DO RIO, 1996, p.146).

Segundo Matthew M. Burg (2002), muito se aprendeu nos últimos trinta anos de investigações científicas, mas o papel exato do estresse e suas influências no comportamento e nas doenças do coração necessitam um estudo mais profundo. Talvez sejam os fatores de risco mais difíceis de serem estudados, mas, somente através de pesquisas, encontraremos as indicações para a prevenção e o tratamento mais adequados do estresse.

⁵ Pesquisa publicada na revista científica *Archives of Internal Medicine*. (Folha de São Paulo, 12 de Fevereiro de 2007, p.03).

3 A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO CONTEMPORÂNEO

Como se constitui o sujeito contemporâneo na sociedade hipermoderna, que vem impondo-lhe uma dimensão heróica de ser e de viver, dificultando o seu bem-estar e a aceitação de sua condição humana, imperfeita, caracterizada por limites e falhas?

A dimensão heróica implica num sentido de extrapolação dos limites considerados humanos; portanto, para além da dimensão do possível. A condição humana impõe e sugere limites; ao mesmo tempo, o próprio ser humano questiona e infringe, não só os limites externos, como também suas próprias limitações. A ilusão de onipotência, de invencibilidade e da própria imortalidade o impulsiona para além dos limites do possível, quando então vivencia sua dimensão heróica.

Ao discorrer sobre a consciência de nossas impossibilidades, Enriquez (1994, p. 40) explica a autonomia e observa o poder das ilusões que o social difunde, das quais o ser humano é ávido, e reconhece que, *“se, às vezes, os heróis ficam cansados, em outros momentos, podem se reerguer e nos surpreender.”*

O sujeito contemporâneo se constitui como imerso numa filosofia de vida de dimensões humanas e heróicas. Ele assim vai conquistando espaços, com mais ou menos autonomia, realizando seus sonhos, ampliando suas fronteiras, enfim, se superando, mas poderá também adoecer, se tentar forçar os seus limites de forma exagerada, intensa e ininterrupta.

Para Aubert, “a intensidade de si, em relação à vida, é um dos elementos constitutivos da identidade do indivíduo hipermoderno.” (AUBERT, 2003b, p. 333, tradução nossa).

Vejamos como se constitui o sujeito contemporâneo, e como se dá a reconstituição do sujeito na vivência do adoecimento e na síndrome pós-infarto.

Se o indivíduo é o produto de uma história da qual ele busca tornar-se o sujeito (GAULEJAC, 2006-2007), como se dá essa busca, e quais as influências da sociedade sobre ele?

De acordo com Giovanetti (2002b), a constituição do sujeito se dá por meio das forças internas e externas, que influenciam e orientam a sua formação. O sujeito é constituído em função desse duplo movimento de forças, na dialética do mundo psíquico com o social.

Atualmente, porém, nos diz este autor, a ordem das coisas não está apenas fora do sujeito e, sim, dentro; ele agora vai gerar, ele é o centro de todas as coisas. É importante

observar que antigamente o homem era pensado a partir de sua relação com o cosmos, enquanto a sociedade contemporânea é dominada pelo subjetivismo. É o momento em que a religião perde o seu princípio articulador para surgir o princípio da subjetividade. E “é o princípio da subjetividade que constitui a filosofia moderna; na verdade, é uma exaltação da subjetividade que vemos surgir e se instalar na modernidade. Hoje, é o sujeito racional que ilumina tudo.” (GIOVANETTI, 2002b, p.14).

Ao pesquisarmos as causas psicossociais do infarto, tentamos trazer à luz as expressões e o estilo de um momento social e cultural inserido em seu tempo histórico. Observamos, atualmente, que o sujeito depara com demandas e pressões que irão influenciar a sua identidade e a sua saúde de forma crucial.

Segundo Melucci (1996), a identidade deveria representar o problema central da vida social contemporânea, pois implica na multiplicação das faces do nosso ser. A nossa natureza múltipla força-nos a abandonar uma visão estática da idéia de identidade. A identidade é, para esse autor, um processo envolvendo uma negociação constante entre as diferentes partes, entre diferentes tempos e entre os diferentes ambientes ou sistemas, aos quais cada um de nós pertence. “Metamorfose é a resposta para um mundo que nos compele a multiplicar nossas faces, linguagens e relações.” (MELUCCI, 1996, p. 50, tradução nossa).

O conceito de identidade requer novas reflexões, pois depende não só da negociação com os diferentes sistemas relacionais, os diferentes níveis de conscientização, das nossas intenções, como também das relações sociais, de um mundo atual complexo, exigente e mutante. Constituir-se como sujeito, estabelecer vínculos, ter um relacionamento amoroso satisfatório, um trabalho significativo e uma qualidade de vida elevada, independente do desejo, exige também um esforço muito grande, devido a tal complexidade.

E como se dá a reconstituição do sujeito que sofreu um IAM e enfrenta agora o estigma de ser um infartado, sob as condições e as exigências da sociedade hipermoderna? Quais os desafios enfrentados hoje pelo sujeito coronariano infartado, que serão fundamentais para a sua reestruturação, sendo que o seu ritmo agora poderá ser mais lento, devido a sua condição clínica, e seus pensamentos e sentimentos carregam, inevitavelmente, a marca do infarto e o medo de um segundo ou terceiro evento coronariano?

Nesse momento, ele necessita de certos cuidados.

3.1 A reconstituição do coronariano infartado

Quando se percebe doente do coração, o paciente, muitas vezes, nega e rejeita sua própria situação, pois não lida bem com as limitações causadas pelo IAM, pela hospitalização e com as possíveis mudanças no ritmo e no estilo de vida que deverá adotar dali para frente.

Sabe-se que a racionalidade, uma das características da Personalidade Tipo A, freqüente nos pacientes cardíacos, contrapõe-se à capacidade imaginativa, à possibilidade de simbolização, fundamentais para uma vida mental mais rica e criativa, necessárias para o equilíbrio psíquico.

Podemos observar, também, que o paciente cardíaco tem características semelhantes às da personalidade dos heróis, que são fortes, imbatíveis, orgulhosos e destemidos. Como aceitar a doença, a fragilidade, a dependência e as limitações?

Heróis de todos os tempos seguem suas trajetórias, acreditando ser possível vencer a morte. Porém, os desafios de hoje são acrescidos por uma intensidade no agir, pela pressa, pelas demandas múltiplas e pelo excesso. Em sua obra, Aubert registra uma das máximas do indivíduo hipermoderno, que é a de viver o máximo num instante, na tentativa de burlar a morte. Esta autora observa que a morte existe sempre no horizonte, mas a intensidade da relação vivida no presente faz, de cada instante, um pedacinho da eternidade e, ainda, que a procura de intensidade vem substituir a busca de eternidade. (AUBERT, 2003b).

Vencer a morte, para vencer na vida. Alguns acreditam que intensificando o vivido, acelerando o ritmo, irão escapar da morte, e não percebem, muitas vezes, que acelerando, chegarão mais rápido ao encontro com a morte. A morte não se coloca atrás de cada ser humano; ela se coloca à frente, indicando a realidade inevitável do futuro, a finitude. E esse futuro próximo, para o coronariano, que acaba de sofrer um infarto, torna-se uma ameaça constante, podendo causar uma desestruturação psíquica e emocional. Paradoxalmente, poderá se tornar também, um grande desafio, uma nova conquista.

Observamos, durante o processo de reconstituição do coronariano infartado, que o momento de impacto exige desse sujeito uma urgência em suas elaborações, visto que o tempo das vivências passa a ser indefinido; o tempo, agora, tem uma outra dimensão, pois o sujeito teve um contato com a morte, ou com a idéia da morte. Ele agora precisa viver intensamente o presente. Deverá, portanto lidar com suas emoções, fato este nada agradável para ele, que se sustentava na sua racionalidade e na negação das emoções. A morte passa a

ser, fundamentalmente, um símbolo de transformação. Ela guia, agora, as emoções e as idéias, os projetos e as mudanças que são necessárias neste momento e para o futuro.

Esse momento pede uma reestruturação, pois ele agora necessita de mais confiança, externa e interna, e de mais amor, para poder suportar e acreditar que vale a pena o esforço e a dor.

Em nosso estudo prévio sobre a Síndrome Pós-Infarto, levantamos os seguintes dados em relação às forças externas e internas que regem a reconstituição dos pacientes no momento da recuperação, através da análise realizada a partir dos conteúdos das entrevistas de pesquisa: enquanto força externa, encontramos a confiança na ciência como um aspecto básico e estruturador. A confiança no médico, no hospital, nos cuidados médicos e de toda a equipe. Encontramos, também, a importância dada ao amor e ao apoio da família e dos amigos, os bons relacionamentos, como motivo de força e esperança necessárias à recuperação.

Enquanto força interna, que auxilia o paciente a se reorganizar como sujeito e ator de sua própria trajetória, constatamos que o sentido da religiosidade, a fé em algo superior e a confiança pessoal, a fé em si, mostraram-se imprescindíveis para a sua reconstituição pessoal.

Como afirma Rey, em seus estudos e pesquisas, as posições religiosas são construções geradoras de sentido, produzidas pelos sujeitos enfermos; essas construções lhes servem, inclusive, de base para a conservação de sua identidade. (REY, 2004).

À luz da instância mítica, o sujeito necessita de Éros e da ilusão da totalidade e da felicidade para viver. Vivencia o mito do herói para sobreviver, e apóia-se na fé para alcançar a cura, apesar de que, como observou Giovanetti (2002a, p.296-7), “não há, objetivamente, na sociedade contemporânea dominada pelo subjetivismo, suporte para a expressão da fé.”

Ainda assim, verifica-se neste momento da hospitalização, momento de dor e de reflexões, uma tentativa de encontrar um conforto na fé, através das religiões ou mesmo de um pensamento mítico que lhe permitirá entrar em contato com o dinamismo do herói, do salvador ou, quando não, o do inválido, do anti-herói.

Nesses momentos, a razão heróica não encontra sentido; o sujeito-paciente estará lidando com imprevistos, indignações, não-aceitação, negação ou mesmo com a falta de explicação daquilo que não sabe e não pode compreender através da razão.

É um momento que emociona, que pede o apoio da confiança e da fé, mesmo diante de sua dificuldade, em que a questão da religiosidade, referência básica, já não faz parte da vida diária do sujeito contemporâneo. Ainda assim, nos momentos de crise, parece ser a força fundante necessária, para que se achesse este tempo árduo da hospitalização. E a fé surge,

mesmo quando e onde não existia nada em que se acreditar, como uma possibilidade de salvação, no desejo de poder enfrentar a morte e, ainda assim, se salvar, se curar e sobreviver. O coronariano tenta resgatar, logo na fase pós-infarto, a sua dimensão heróica, a sua vontade de viver e de vencer, passando muito rapidamente pela fragilidade, pela sensação de impotência. Temos constatado que a grande maioria faz uma opção por ser forte, por seguir com a ilusão de onipotência, de imortalidade e, dessa forma, encontra forças para se reerguer, para continuar a vida. Eles lutam para vencer a tristeza, para não cair em depressão.

3.2 Vivido Laboral e Vivido Amoroso

O vivido laboral e o vivido amoroso estão entre as mais importantes experiências que fundam a subjetividade e a formação de laços sociais. No momento em que o sujeito, vítima de infarto, é privado dessas experiências, vê-se impotente e incapaz, sente-se como se estivesse perdendo o vínculo com o mundo e, conseqüentemente, com ele mesmo.

O amor e o trabalho são temas freqüentes nas expressões do sujeito infartado, quando então busca um contato mais reflexivo com a sua existência. Diante dessas observações, passamos a questionar o vivido laboral e o vivido amoroso, vistos como processos fundamentais, não somente para a constituição do sujeito como também para a compreensão do paciente infartado.

Dentro dos valores fragmentados da contemporaneidade, principalmente em relação à insegurança diante de um mercado de trabalho saturado, poderemos viver o amor e o trabalho de uma forma plena? É possível realizar-se no mundo do trabalho, sem amor? O trabalho seria a sublimação do amor, ou poderia ser uma expressão de amor, de *poíesis*,⁶ um ato de criação? Veículo de satisfação, de felicidade ou de frustração? Veículo promotor de saúde ou de doenças?

As experiências profissionais levaram-nos a questionar o vivido laboral e o vivido amoroso desses sujeitos que participaram da pesquisa realizada anteriormente, sobre a Síndrome Pós-infarto, e que, ao retornarem de uma cirurgia de seis ou oito horas, tendo um corte que atravessa seu peito, recobrando a consciência após os efeitos da anestesia, sentindo

⁶ *Poíesis* é uma palavra de origem grega. Primariamente: criação, ação, confecção, fabricação. E também: arte da poesia e faculdade poética, além de poesia e poema. Usamos aqui com o sentido de “criação artística”.

uma dor imensa, uma dor insuportável, e ainda assim, como mostram os dois relatos seguintes, não deixam de se preocupar com o trabalho e com o amor: *“Agora que eu estou tendo uma nova oportunidade, pois eu não morri, né?... quero mudar minha vida; eu só trabalhava, eu não vivia. De casa para o trabalho, do trabalho para casa.”* Ou ainda, aquele que no momento da alta se expressa assim: *“Eu renasci. E vou lhe dizer uma coisa: foi até bom mesmo eu ter tido este infarto. Agora, estou muito mais próximo de minha esposa, como nunca! Nunca estivemos tão apaixonados, confessadamente apaixonados.”* O paciente se emociona e chora.

O que acontece no trabalho, ou na relação com o trabalho, desse sujeito que diz que não vive, pois só trabalha? Quem trabalha não vive? O trabalho pode ser mortificador? Mas o sujeito também não vive bem sem o trabalho, basta ver as consequências da aposentadoria compulsória, pois o sujeito sente-se capaz de continuar trabalhando, e tem o trabalho como construtor de sua identidade social.

E aquele que precisa quase que morrer, literalmente, e ainda acha bom, para poder expressar e viver mais intensamente o seu amor?

Isto nos intriga e nos instiga ao desejo de pesquisar sobre o mundo do trabalho e do vivido amoroso desses sujeitos. As perguntas mais comuns e constantes na fase pós-cirúrgica são: *“Já posso retornar ao trabalho? Terei que diminuir o ritmo? Eu posso me emocionar? Será que poderei “transar”? Quando? Meu coração vai agüentar? Vai explodir? Será que foi bem “costurado”?”*

E em suas reflexões e projetos, aparece o desejo de querer estressar-se menos, reduzir a carga e a tensão laboral, aumentar o contato com a família, restabelecer os laços sociais enfraquecidos ou mesmo rompidos, afirmando que estas questões contribuíram para o seu adoecer. A ruptura dos laços criados nas experiências anteriores do vivido laboral e do vivido amoroso é sentida como crise e gerida num clima de urgência, podendo resultar em patologias do coração.

O trabalho e o amor, relacionados ao estado de saúde e às vivências prévias e futuras, são os temas mais presentes nos discursos dos cardíacos, quando da hospitalização.

Em suas reflexões, as alegrias e tristezas, assim como a saúde e a doença, são comumente atribuídas às tensões e inquietações vividas nestes dois campos relacionais: o vivido laboral e o vivido amoroso.

3.2.1 O mal-estar no mundo do trabalho: “hiperformance e combustão de si”

O mundo do trabalho, com suas ofertas e demandas, apresenta-se de forma paradoxal: de um lado as oportunidades, cada vez maiores e mais exigentes, ao alcance de conhecimentos teóricos e técnicos e, conseqüentemente, de excelência; de outro, os excessos, o estresse, as patologias ligadas ao “hiperfuncionamento de si” e à busca pela “hiperfeição de si”, com conseqüências adoecedoras. Estas questões estão presentes no mundo do trabalho; porém, relacionam-se com atitudes pessoais.

Em seu livro *“Le Coût de l'excellence”*, Aubert (1991) comenta questões sobre a busca de excelência que se instalou nos Estados Unidos, principalmente após o surgimento, em 1982, do livro de Peters e Waterman, *In Search of Excellence*, e sobre o mito da empresa japonesa, influenciando nossa sociedade ocidental, culminando com a necessidade de implantar-se um estilo de gestão. Falava-se em busca de excelência, qualidade total, “defeito zero”, que incentivaram os círculos de qualidade, a elaboração de projetos de empresa ou planos de produtividade, que davam um novo conteúdo às práticas de gestão, buscando modelos de referência da organização eficaz e da boa gestão. Surgem as “patologias da excelência”, o estresse profissional e as “patologias da idealidade”, provindas das tensões entre o Eu e o Ideal de um eu integrado na organização idealizada.

Esta autora observa, porém, que, atualmente, houve uma mudança importante: as empresas não estão usando a “busca de excelência” na forma como era nas décadas de 1980-1990. Atualmente, estão usando formas de gerenciamento menos ligadas à idealidade, pois, hoje, o que surge como mais importante é a obrigação de ser “reativo” durante todo o tempo, de trabalhar na urgência. São as “patologias do tipo maquínico”, ao invés das “patologias da idealidade”, uma excessiva idealização, que estão nesta evolução. (AUBERT, 2007).

De acordo com a minha experiência de atendimento hospitalar, que engloba tanto os pacientes hospitalizados quanto os pacientes externos, pude observar que muitos dos que são atendidos no Pronto Atendimento (PA) buscam o hospital e o atendimento de urgência, por acharem que estão tendo um infarto. De pronto buscam um cardiologista. Os sintomas, muitas vezes, são: taquicardia e dispnéia, ou seja, coração acelerado e falta de ar, dor no peito, ansiedade intensa e a queixa da falta de sono, dificuldade para relaxar e dormir. Insônia, ansiedade, mal-estar, angústia e medo. Medo de enlouquecer, medo de morrer. Medo de não ser mais capaz de trabalhar, de amar, de viver. Para ser mais exata, cito como exemplo o caso

de uma jovem que havia chegado ao hospital neste estado. Após exames clínicos e a constatação de que não estava tendo um infarto, o cardiologista a encaminhou, com o pedido de interconsulta, para a psicologia. A jovem paciente trabalhava como operadora de telemarketing numa grande empresa multinacional bem reconhecida de telefonia fixa e móvel. Disse que a princípio estava feliz, pois tinha um emprego, mas logo foi entrando numa rodaviva, sem parar, que a estava estressando muito. Na verdade, ela chegou dizendo que achava que estava ficando “doida”. Até em casa, fora do trabalho, repetia tudo que tinha que repetir no trabalho; em casa, atendia ao telefone como se estivesse no trabalho, mecanicamente, com as frases prontas. E, à noite, ficava “ouvindo” as falas repetidas durante o atendimento aos clientes. Assim ela descreveu o seu trabalho em um relatório de pesquisa:

Eu fico só atendendo telefonemas, sem poder falar com ninguém nem falar nada além do que está previsto para eu falar. São ordens! O cara pode me xingar, pode tentar me seduzir, me ofender, que eu tenho que responder: Sim, senhor, deseja algo mais? Pois não, senhor, agradecemos o seu telefonema.
É muito doido! Não pode parar. Tudo é gravado, você se sente vigiada todo o tempo. Para ir ao banheiro, só tem cinco minutos. Minha colega que está grávida tem dez minutos, mas mesmo assim, não dá! Tem que fazer tudo correndo, como se fosse máquina! E não pode parar para fazer qualquer outra coisa. Nem respirar direito pode! Só atender os clientes, e quanto mais, melhor.

A paciente relata que, mesmo com o atestado médico, que lhe dá alguns dias de descanso para recuperar-se, acha que não vai conseguir acalmar-se, pois sabe que terá que voltar e encarar o ritmo estressante, o mecanicismo e a crueldade do seu trabalho. Afirma que sua vida perdeu o sentido, pois ela agora precisa funcionar como se fosse uma máquina e que, assim, não dá para viver. Sente-se deprimida.

Este é apenas um dos casos clínicos da minha prática, que serve para exemplificar as patologias do tipo maquínico, citadas por Aubert, que estão presentes no mundo do trabalho atualmente, em função das mudanças que vêm ocorrendo em relação às demandas de produtividade e de rapidez feitas pelas empresas e pela sociedade.

Para discorrer sobre essas mudanças no mundo do trabalho, e os conseqüentes impactos para os indivíduos, tomo como referência o artigo de Aubert (2006b), intitulado “Hiperformance e combustão de si”, me atendo a ele, por conter uma idéia abrangente e esclarecedora do histórico dessas transformações no mundo do trabalho e, por mostrar, de forma excepcional, as implicações com as patologias decorrentes dessas novas formas de atuação profissional. Patologias que estão ligadas aos fatores de risco cardíaco.

Pode parecer contraditório o fato de minha experiência profissional ser toda na área da

clínica hospitalar e de consultório, trabalhando com indivíduos, e não com o campo social, e, ainda assim, tomar como referência uma autora que tem uma visão sociológica, que faz suas análises e pesquisas na área do trabalho, com empresários e executivos de grandes empresas. Pode parecer contraditório, mas no momento em que são impelidos, por demandas internas e limitações externas, a tratar das questões que os levaram à situação de adoecimento, os indivíduos trazem para as consultas tudo aquilo que os afeta, sendo que, mais frequentemente, são questões relativas ao campo do vivido laboral, assim como também do vivido amoroso.

As tensões vividas nesses dois campos são trazidas para os atendimentos realizados nos apartamentos e enfermarias do hospital, assim como no consultório. E se tornam elementos de análise. Para mim, é como se o mundo do trabalho, através das vivências dos pacientes, penetrasse o meu campo de atuação, e se deixasse mostrar, com suas tensões, alegrias, realizações e frustrações, trazendo conhecimentos específicos sobre cada área. Poderia até dizer que é um olhar diferente que recai sobre o campo do trabalho, um olhar que observa e capta, através dos relatos e das elaborações feitas pelos pacientes, a experiência vivida em situações ocorridas no mundo do trabalho. Uma das situações, que poderá servir de ilustração, aconteceu na enfermaria, em um dos atendimentos ao paciente Hélio, um dos sujeitos da nossa pesquisa. Ele é segurança, vigia noturno de um prédio. Apesar de trabalhar num prédio residencial, ele deve reportar-se, também, à empresa para a qual trabalha, segundo ele, “fichado.” Fala que está muito preocupado, pois se não voltar logo para o trabalho, diz que irão colocar outro em seu lugar. Provisoriamente, já tem outro em seu lugar. Ele tem medo de perder o emprego, ainda mais agora que é um infartado e, segundo ele: *“Eles não querem nem saber, querem é que eu faça tudo direitinho, a tempo e a hora.”* Mesmo antes de adoecer pela primeira vez, ele já se preocupava com tudo no trabalho. Como hoje a preocupação é ainda maior, devido ao medo de um possível preconceito, o de que o infartado não poderá trabalhar bem, ainda mais como vigia noturno, trabalho que estressa e implica riscos, segundo ele, “meio perigoso”, explica que só chega ao serviço uma hora antes de seu horário. *“Se eu não for muito bom, eles colocam outro melhor no meu lugar.”* O seu horário é das onze da noite às sete da manhã, mas ele sempre chega às dez horas da noite e sai sempre um pouco depois do horário. *“Alguém pode precisar de mim e eu tenho que estar lá.”* Ele tem que se superar, ser “o melhor”, ir além do combinado para não perder o emprego. Ele vai além do seu horário, em função da demanda atual de exacerbação dos limites, das capacidades e competências, muito pelo receio de ficar desempregado. Ao final do atendimento, recebeu a visita do síndico do prédio onde trabalha, que confirmou tudo que ele havia dito, através de

seus comentários sobre o funcionário.

Como a minha experiência é clínica, portanto, um olhar distinto, que não provém diretamente da prática de um trabalho inserido na dinâmica do social, são as idéias de Aubert (2006b), em suas expressões, que exponho a seguir, para falar sobre o mundo do trabalho.

A autora percorre os seguintes temas em seu artigo: “da realização de si à superação de si”; “o homem da medida justa”, “o homem perspectiva” e “o homem-instante e o excesso de si”; “do “sempre melhor” para o “sempre cada vez mais rápido”; “os indivíduos sob alta tensão”; “do hiperfuncionamento à pane” e “os impasses da superação de si.” Inicia explicando que:

A exigência sem cessar, aumentada pela competitividade econômica e pelo culto dos recordes levados ao extremo, numa sociedade na qual, pouco a pouco, foram diminuindo as fontes de transcendência religiosas ou ideológicas, nos leva a pensar que assistimos à emergência de uma nova forma de religião: a da *performance* e da superação de si. As duas noções parecem indissoluvelmente ligadas, a primeira – a da performance - tendo implicações na segunda. (AUBERT, 2006b, p. 339, tradução nossa).

Afirma que elas constituem dois valores centrais, dois imperativos que parecem sustentar o funcionamento da nossa sociedade “hipermoderna”, onde tudo é “hiper”, no sentido de demais, de excesso, de além de uma norma ou de um modelo, implicando na conotação de superação constante, de máximo, de situação limite.

Como pilares de funcionamento da sociedade, Aubert cita o “hiperconsumo” e Lipovetzky, e introduz o termo “hiper-(per)formance”, para exprimir esta exigência de performance levada ao extremo. Observa que esta exigência de uma performance sempre mais extrema parece ter se tornado uma norma absoluta, tanto para as empresas quanto para os indivíduos:

Ao mesmo tempo, é *um imperativo econômico* para as empresas que devem se mostrar sempre mais rentáveis, sempre mais competitivas, num contexto de concorrência mundial cada vez mais frenético e, cada vez mais, *uma norma de comportamento* que exige dos indivíduos certa forma de relação consigo, que implica na superação infindável de seus limites. (AUBERT, 2006, p. 340, tradução nossa).

Para falar “da realização de si à superação de si”, Aubert explica a etimologia da palavra performance, valor que sustenta a nossa sociedade, e diz que, hoje, quando aplicada ao plano individual, a palavra performance remete a duas idéias: a das possibilidades máximas, que implica na noção de superação dos limites, e a da classificação, que permite

limitar os indivíduos aos seus lugares, justificados não como antigamente, por sua linhagem ou sua história, mas por seus méritos, demonstrados pelos resultados obtidos dentro de um sistema de competência, acessível a todos. De uma idéia inicial de busca pela perfeição, passa para a de superação excepcional de resultados, tanto quanto em relação a si mesmo quanto aos outros. “Da idéia de realização de um absoluto de perfeição, passa para aquela da conquista sem fim de um recorde sempre mais extremo.” (AUBERT, 2006b, p. 341, tradução nossa).

Ao observar a maneira atual de relacionamento dos sujeitos com si mesmos, a maneira de ser no mundo, e a maneira expressa através da história, Aubert distingue uma evolução que apresenta em três grandes períodos: o da Antiguidade, o da modernidade e o da hipermodernidade. E diz que é no curso desse terceiro período, a partir das últimas décadas do século XX, que aparece, em todas as esferas de existência, a idéia de que é preciso se superar e fazer melhor do que os outros. A superação de si torna-se um modo de comportamento e se exprime, frequentemente, pelo *excesso de si*, que é contrário à noção da medida justa, que prevalecia na Antiguidade. A esse período corresponde o indivíduo “no excesso”, que ela explica como um indivíduo que se debate dentro de uma relação limitadora com o tempo, “tão limitadora que ele se torna um “*homem instantâneo*,” tão absorvido com as contingências do imediato, tão fechado dentro de uma temporalidade ultracurta, que ele acaba vivendo numa relação compulsiva com o instante presente [...]” (AUBERT, 2006b, p. 343, tradução nossa). Um indivíduo que se tornou sua própria referência, e desenvolve condutas extremas, ditas de risco. E ainda, que não é somente no registro individual que a obrigação de se superar, de ser “sempre melhor” e “sempre mais rápido” desdobrou-se. Também “sobre o plano econômico se fez presente o imperativo de performance, de maneira mais extremada, por ser sempre mais revestido de outras formas e aparências, sempre mais implacáveis.” (AUBERT, 2006, p. 344, tradução nossa).

Aubert observa que a busca de excelência ou de preferência ideológica empresarial, surgida nos Estados Unidos desde o início dos anos 80, uniu estreitamente as aspirações quanto ao desenvolvimento de si aos imperativos de performance da empresa. Explica que ela se inscrevia na continuidade da ética protestante. Que essa ética de excelência, influenciada pelo contexto ético protestante, depois utilizado pelo sistema de gerenciamento em muitas empresas, constituía uma rigorosa mistura de valores: os de origem e aqueles exigidos pelo contexto econômico da globalização. E, assim, diz que se impregnou de valores de agressividade e de concorrência implicadas pela lógica da sobrevivência econômica, como que “recuperando”, “a dimensão de transcendência da ética protestante para focá-la, não sobre

a salvação no outro mundo, mas sobre o sucesso temporal aqui na terra como a única garantia no sentido da vida e de realização de si, num mundo onde a existência terrestre, com sua finitude, continua sendo a única certeza.” (AUBERT, 2006b, p. 345, tradução nossa). Observa que o empreendedor protestante investia em seu trabalho para ver o seu sucesso e sua salvação num outro mundo; o atual gestor, ou homem de negócios, investe na empresa para escapar do vazio social, da falta de referência, de sentido e assegurar o sucesso de sua carreira, a consagração de sua existência terrestre.

A referida autora explica que a ética da excelência constitui, a partir da década 80-90, o alicerce moral de um tipo de sistema que visa englobar a totalidade do indivíduo e uma mobilização psíquica intensa, ou seja, “uma captação de desejos individuais de sucesso, de amor, de carreira, uma verdadeira solicitação da paixão, visto que a empresa procurava pessoas “apaixonadas”, que investiam a fundo no seu trabalho, bem como um controle permanente de adesão de cada um”[...]. (AUBERT, 2006b, p. 346, tradução nossa).

A profunda mutação dos sentidos que se operou no curso do trabalho sobre o conceito de excelência provoca uma mudança de lógica: “a excelência, que antes se inscrevia na *durabilidade* e no *ser*, se exprime hoje essencialmente no *efêmero* e no *fazer*.” (AUBERT, 2006b, p. 347, tradução nossa). A sua explicação é que, à excelência de outrora, que se definia como a capacidade de resistência e de performance face ao trabalho que se esvai, sucedeu-se uma lógica de excelência radicalmente oposta, marcada pelo modelo da tecnologia moderna, da produção de massa e da pressa de comunicação. Observa que a excelência consagrada pelos anos constituía um valor próximo da perfeição, e que, na concepção atual, a excelência consiste sempre em se distinguir da grande marca, não se afirmando mais dentro da duração e dentro de um “estado”, pois “ela se inscreve num processo mesmo, ela não passa de uma escala, ela exalta aquele que está “no alto”, e por isso, é essencialmente efêmera, sempre questionada por uma excelência sempre maior, uma performance melhor, uma proeza mais espetacular.” (AUBERT, 2006b, p. 347, tradução nossa).

Para esta autora, “esse gerenciamento sobre a excelência com um modo de solicitação psíquica muito intensa se demonstrou eficaz em termos de produtividade para a empresa; porém, constitui um erro para o indivíduo.” (AUBERT, 2006b, p. 347, tradução nossa). Os indivíduos vivem sob alta-tensão. Aubert observa que o indivíduo pode ter a impressão de encontrar seu prazer ao se adaptar às exigências da empresa, mas, se por uma razão qualquer como baixa de performance, dificuldades pessoais, reestruturação, etc., a pessoa não convém mais à empresa, ou porque ela não consegue mais seguir o ritmo, ou porque não consegue

mais conservar o modo muito passional que lhe é demandado, terá problemas. (AUBERT, 2006b). É quando a pessoa que estava habituada a funcionar de maneira intensa e investia enormemente, passa a não receber mais as gratificações e reconhecimentos aos quais ela estava acostumada, e, devido a uma simbiose grande, entre o Eu do indivíduo e o ideal da organização, surgem fenômenos de depressão brutal, em que a pessoa surta, às vezes repentinamente, às vezes em etapas. Esta autora diz que o fenômeno é particularmente intenso entre os indivíduos providos de um Ideal do Eu muito elevado, que investiram inteiramente numa causa ou numa empresa que, “quando se revelam impossíveis de atingir ou satisfazer, deixam o indivíduo “sugado”, esvaziado, consumido por esse imenso dom de si, no qual eles percebem repentinamente a inutilidade e a vaidade.” (AUBERT, 2006b, p. 348, tradução nossa). “É o fenomeno bem conhecido do *burn-out*, que deixa a pessoa “destruída”, “queimada” em seu interior como que por um incêndio, marcado pela queda do seu Ideal de Eu, identificado ao ideal organizacional.” (AUBERT, 2006b, p. 348, tradução nossa).

Hoje, com os avanços de uma globalização cada vez mais desenfreada, com exigências cada vez maiores de ser reativo, surge o que Aubert vai chamar de ditadura do imediato; não é mais a projeção do ideal pessoal sobre o ideal da empresa que importa. “É o imperativo de ser “hiper-perfomático”, não num futuro, mas sim no imediato.” Deve-se ser “cada vez mais perfomático”, unido à lógica do “cada vez mais rápido.” (AUBERT, 2006b, p. 348, tradução nossa).

Trata-se, atualmente, de fazer cada vez mais com menos pessoas e sempre com menos tempo. E “as conseqüências desse novo tipo de exigência estão em que os indivíduos são levados a “hiper-reagir”, sem poder mais tomar o tempo para uma reflexão, pois têm que “hiperfuncionar”, um pouco como máquinas.” (AUBERT, 2006b, p. 349, tradução nossa).

Aubert (2006b) apresenta diversos testemunhos recolhidos em uma pesquisa, mostrando os que se comparam a “pilhas elétricas que não podem ser desligadas”, ou evocando outros que “andam em círculos como uma embreagem ou uma caixa de marchas que rodam no vazio”, ou ainda outros que “estouram os canos”, explodem, “piram.”

Essa autora afirma que os indivíduos têm que ter sempre uma reação imediata, que eles ficam condenados a reagir de uma maneira cada vez mais rápida, gerando ação e respostas instantâneas, tendo que funcionar sob uma única dimensão “energética”, segundo ela, “como uma central elétrica, ou um circuito eletrônico no qual, em certos momentos e, devido a um superaquecimento prolongado, a fiação e as conexões explodem brutalmente com o efeito de um curto-circuito gigantesco.” (AUBERT, 2006b, p. 349, tradução nossa).

Outros sintomas aparecem, segundo Aubert, como a “corrosão do caráter”, com expressões de nervosismo e irritação, e mudanças brutais quando submetidos a pressões particularmente fortes, com reações “totalmente imprevisíveis” ou “completamente histéricas”, de uma “dupla personalidade” nos indivíduos “ora muito simpáticos, ora totalmente odiosos”, fenômenos de envelhecimento súbito e prematuro, que afetam particularmente as pessoas dinâmicas, processos de “deteriorização mental e psicológica”, entre outros. (AUBERT, 2006b, p. 350, tradução nossa).

É como se o caráter, a capacidade de entrar em relação com os outros, fosse se degradando progressivamente, sob a ação do meio ambiente: fosse dilacerado, atacado como um material, como por uma ação do tipo química. Ela observa que, é como se a integridade pessoal e psíquica da pessoa fosse atacada por uma pressão externa ao meio ambiente, como se o indivíduo se encontrasse em “carne viva”, “sem mais nenhuma defesa com relação às agressões e solicitações de seu meio, e como que o equilíbrio de sua personalidade e de sua vida se tivesse rompido, decomposto, sob as obrigações, ataques e ordens de uma exigência cada vez mais inflexível.” (AUBERT, 2006b, p. 350, tradução nossa).

Aubert aponta também o aumento de depressões da “fadiga”, notado pelos psiquiatras, em função das exigências socioeconômicas de aceleração permanente e de imediatismo cada vez mais extremas. Cita frases de uma pesquisa contida em seu livro *“O Culto da Urgência”*: “As pessoas não conseguem mais produzir e sentem uma fadiga e um cansaço extremamente grandes, enormes, com explosões de lágrimas, explosões de choro, raiva e uma forte ansiedade, uma reclamação de “nervos à flor da pele” muito fortes, e uma irritabilidade, uma agressividade extremamente fortes.” (AUBERT, 2006b, p.350, tradução nossa). E observa que os indivíduos, privados de sua capacidade reflexiva, “passam a funcionar como máquinas em alta temperatura, surgindo então a pane, a desconecção brutal, a diminuição de ritmo depressiva para escapar de uma aceleração mortífera, a qual não consegue mais dominar.” (AUBERT, 2006b, p. 350, tradução nossa).

Aubert analisa os impasses da superação de si sob diferentes perspectivas: sob o plano econômico e coletivo, e o plano individual. Revela que a exigência da superação de si sobre o plano pessoal emana do indivíduo e se inscreve dentro de uma lógica de busca de sentido. (AUBERT, 2006b, tradução nossa).

Parece-me que o mal-estar no mundo do trabalho, especificamente em relação à corrida pela performance, para ser sempre “o melhor” e atuar sempre num ritmo cada vez mais rápido, implica no desejo pela capacidade extrema, não só de excelência como também

de resistência, seja ela física, emocional ou psíquica, e, como consequência, em possíveis danos para a saúde.

Nessa corrida incessante, poderá o coração acelerar ainda mais o seu ritmo e aprimorar a sua potência para fazer juz às demandas e ao dever de superação dos limites humanos, e funcionar tal qual uma máquina? Qual seria o sentido dessa atitude?

Aubert (2004b) explica que é se referindo à “incandescência de si” que o indivíduo busca alcançar uma resposta para o sentido de sua vida, em um lugar onde não existiria mais nenhum sistema pronto, como se o único meio de chegar lá, para alcançar este objetivo, fosse sendo ele mesmo o seu próprio criador, o artesão de sua vida eterna.

É interessante ouvir certos pacientes, que se submeteram à cirurgia de implante de pontes de safena, dizendo que agora estão “turbinados”, “biônicos”, e que serão mais fortes que antes e do que outros, que não passaram pela cirurgia de implante de pontes e, portanto, não são “super-heróis”, como eles.

Porém, as máquinas também quebram, como, por exemplo, em função de uma hiperaceleração, e o coração poderá parar, fibrilar, se submetido a excessos extremos e ininterruptos.

Valerá a pena a superação de todos os limites humanos, mesmo quando incorrendo em impactos para a saúde e a própria vida? Ainda que caindo no vazio, no nada, na depressão ou na morte?

3.2.2 O mal-estar amoroso na contemporaneidade

O vivido amoroso, em todas as épocas e culturas, desde o momento do nascimento até a morte, marca a busca do sujeito em vários tipos de relacionamentos. Desde o princípio, nas primeiras relações, o cuidado é fundamento daquilo que sustenta o sujeito, e os conceitos de Winnicott de *holding* e *handling* mostram a importância dessas vivências para o estabelecimento de uma boa relação e de uma autoconfiança por parte do bebê. Estes conceitos, segundo Jovchelovitch (2000), são os atos que qualificam a relação daquele que cuida do bebê, fundamentais no relacionamento com o mundo externo, os quais darão ao infante a ilusão da onipotência e da possibilidade de criar, sendo também nesse “espaço potencial” que ele irá desenvolver um sentido do ‘eu.’ (JOVCHELOVITCH, 2000). Desta

forma, a identidade do bebê vai se formando, desde os primeiros dias de vida. E, desde então, vão também se estruturando as relações amorosas.

Homens e mulheres buscam encontrar um relacionamento amoroso num verdadeiro encontro, mesmo sabendo da complexidade do outro. Sartre já dizia que “o nosso inferno é o outro.”

Em entrevista concedida à BBC de Londres, em sua casa em Küsnacht, no ano de 1959, dois anos antes de sua morte, Carl Gustav Jung faz uma observação sobre a natureza humana:

Necessitamos de mais psicologia. Precisamos de mais compreensão da natureza humana, porque o único perigo real que existe é o próprio homem. Ele é o grande perigo, e não temos, lamentavelmente, consciência disso. Nada sabemos sobre o homem, ou pouquíssimo. A sua psique deveria ser estudada, porque somos a origem de todo o mal que se avizinha. (JUNG, 1977, p. 382).

Parece-nos que o ser humano, ainda assim, acredita que o outro possa ser não só o inferno, mas também o nosso paraíso, fato é que não desiste de buscar este ‘outro’, para uma relação mais próxima e mais profunda.

Na nossa atual sociedade, os relacionamentos vêm sendo transformados pelo espírito da modernidade tardia, com seus traços característicos de individualismo, busca de autonomia e de felicidade, sendo que a tecnologia, a comunicação de massa e a informação intensa e instantânea têm levado a uma perda de sentido, já desencadeada desde a modernidade, segundo Azevedo (1993).

Essas mudanças e o progresso tecnológico estariam levando o homem a um distanciamento cada vez maior de si mesmo e do outro? As comunicações aceleram-se, mas nem por isso a qualidade das relações vividas parece ter se transformado qualitativamente.

Como bem pontua Azevedo,

As muitas formas de apresentação e realização das pessoas no mundo contemporâneo (na moda e na música, no lazer e no lúdico, na bebida e na droga) apontam para um denominador comum: a fuga da realidade, o desejo de escapar a um mundo duro que não se aceita e de cuja transformação não se tem esperança. (AZEVEDO, 1993, p. 30).

Ainda para este autor,

Entrevê-se a morte do ideal e da utopia, a afirmação da falta de sentido da vida: há um esvaziamento cético de palavras emblemáticas como liberdade, justiça, solidariedade; há a morte do mito e da política, da democracia, do progresso, da

revolução, da transformação social. Não há ilusão sobre os mitos do amor, da festa e do consumo. (AZEVEDO, 1993, p. 31).

Na expressão de Touraine (1999, p. 70), que vem reforçar esta crítica à modernidade, o que hoje ameaça mais diretamente o sujeito é a sociedade de massas, onde o indivíduo foge de toda referência a si mesmo, onde é um ser-de-desejo em ruptura com todo princípio de realidade, à procura de uma libertação pulsional ou, em outras palavras, impessoal.

O ideal de um mundo mais humano, mais seguro e mais livre debate-se contra a corrida tecnológica e impessoal dos nossos tempos. Estabelecer um relacionamento, neste momento histórico atual, é, na verdade, um trabalho de arte, visto que toda criação é uma construção artística. O relacionamento amoroso neste contexto revela a natureza simbólica de cada sujeito que hoje vem sofrendo influência deste mundo midiático, não podendo contar mais com a idéia de uma força externa superior, e vivendo em busca de sentido, numa relação acelerada com o tempo. E apesar de tudo, como podemos observar mais especificamente na hospitalização, busca incessantemente o amor; o amor que, para Touraine, (1999, p. 78) “é um lembrete do indivíduo a si mesmo, à sua criação livre, ao seu prazer, à sua felicidade.”

A busca de um sentido do amor e a realização pessoal são expressões características do ser humano. Somos seres multifacetados e continuamente buscamos um outro que nos complete; mas nenhuma relação poderá ser totalmente completa. Haverá sempre algumas facetas que não são passíveis de serem completadas ou mesmo vistas. Isto faz parte da nossa constituição psíquica, e este é o ‘romance da vida’. O desejo de conectar-se amorosamente persegue, diríamos, o sujeito-homem. Morin (1999) explica que nossas moléculas se degradam e morrem, sendo substituídas por outras, pois usamos o processo de nossa decomposição para nos rejuvenescer, até certo ponto, e que o mesmo acontece com o amor, que só vive renascendo incessantemente.

A idéia de que a busca do amor é eterna e incessante está expressa na seguinte reflexão de Barthes:

Apesar de que todo amor é vivido como único e que o sujeito rejeite a idéia de repeti-lo mais tarde em outro lugar, às vezes ele surpreende em si mesmo uma espécie de difusão do desejo amoroso; ele compreende então que está destinado a errar até a morte, de amor em amor. (BARTHES, 1977, p. 130).

Independentemente de todas as dificuldades encontradas nos relacionamentos humanos, quanto ao amor, pensamos que seja de vital importância, pois ele é a base fundamental da capacidade humana de se relacionar. Sua importância atinge não só as

mulheres e os homens, num sentido individual, como também atinge a toda a sociedade. Para que uma relação possa crescer, evoluir e aprofundar-se, enfim, ser verdadeira, ela precisa ser orientada pelo amor. A própria evolução da humanidade depende de atos de amor.

O tema ‘Amor e Relacionamento’ é de importância única para o ser humano. Para Jung (1989), “a pessoa que não se relaciona não goza da totalidade, pois esta é alcançada somente através da psique, que, por sua vez, não pode existir sem o seu outro lado, que está sempre no parceiro, o Tu.” “Martin Buber, em sua Filosofia do Diálogo, fala da “*esfera da relação*”, ou seja, o sentir-se preenchido por estar face a face que surge, sempre, nos encontros.” (WEHR, 1989, p.80).

Para Morin (1999, p. 30), “O amor talvez represente nossa religião e nossa doença mental mais verdadeira.” Este autor expressa suas idéias sobre o amor usando a metáfora da tapeçaria, vendo o amor como algo único, como uma tapeçaria que é tecida com fios extremamente diversos, de origens diferentes.

Encontramos, na estrutura de nossa psique, a riqueza dos aspectos racionais, simbólicos e também mitológicos. Na concepção da Mitologia Grega, Éros⁷, permanecerá sempre como a força fundamental do mundo, garantindo não apenas a continuidade das espécies como também a coesão interna do cosmo. (BRANDÃO, 1986).

De acordo com Giovanetti (2002c), a vivência amorosa é também um lembrete contra a solidão, pois, quando surge o amor, uma relação já está implícita e, conseqüentemente, a possibilidade de abertura para o outro.

O sujeito vem tentando buscar um encontro com este ‘outro’ e, no desencontro, corre o risco, por um lado, de fragmentar-se; por outro, de isolar-se na solidão de sua própria existência. Mas a vivência amorosa faz parte do seu desejo, e da sua vontade de ser ator de sua própria história e, portanto, é fundante do ser humano. Touraine (1999, p. 77), ao expor sobre a experiência de uma combinação vivida entre o mundo da economia, o mundo da cultura e o da sexualidade, das relações amorosas, afirma: “A relação amorosa, somente ela, pode cobrir essa distância dando à relação com o outro - seja qual for o sexo - um lugar central.”

Não só o fato de as diferenças entre os sexos, das posturas e do histórico de vida, da política e da cultura acarretarem dificuldades e desencontros, mas também os ideais e

⁷ Éros é o amor personificado. Em Grego, éros, do verbo érasthai “desejar ardentemente”, significa com exatidão “o desejo dos sentidos”. Em hindo-europeu tem-se o elemento (e) rem “comprazer-se, deleitar-se”; em Sânscrito ramatê é “ter prazer em estar num lugar”. (BRANDÃO, 1987, v. 2, p. 209).

expectativas que permeiam implicitamente toda relação, mostram o esforço que deve ser feito para que se possa alcançar um bom relacionamento amoroso. Para Barthes, “O discurso amoroso é hoje em dia de uma extrema solidão.” (BARTHES, 1977).

Morin, em seu livro “Amor, Poesia e Sabedoria”, diz que “Se o amor expressa o ápice da sabedoria e da loucura, temos que assumir o amor.” (1999:09). Diz-nos também que “O importante na vida é o amor. Com todos os perigos que ele contém.” (MORIN, 1999, p. 67).

Um dos perigos que ele contém foi muito bem descrito pelos poetas de todos os tempos: o de ter um “coração partido” por amor, ou por uma forte emoção relacionada com as vivências amorosas. Perigo este que pode se estender para a área da clínica médica, com o desenlace de uma crise cardíaca atípica, como mostram os estudos e pesquisas que estão sendo realizados, e que apresentamos a seguir.

São estudos realizados atualmente, nos Estados Unidos e no Japão, que apontam para este problema que afeta principalmente as mulheres, a Síndrome do *Broken Heart*, do *Coeur Brisé*, ou do Coração Partido.

Encontramos na literatura vários termos para designar esta patologia, entre eles: Miocardiopatia por Estresse; Cardiomiopatia do Estresse, Miocárdio Atordado por Estresse, Acinesia Apical Transitória, Síndrome de Abaulamento Apical Transitório do Ventrículo Esquerdo, Síndrome da Disfunção Apical Reversível. No Japão, conhecida há muitos anos como Cardiomiopatia de Takotsubo, ou Síndrome Takotsubo, ou, ainda, Disfunção Ventricular Esquerda do tipo TakoTsubo. (TSUCHIHASHI, et. al., 2001).

Passamos a discorrer sobre a chamada “falsa crise cardíaca”:

Observou-se que um desgosto, um pesar, a melancolia ou um estresse excessivo seriam capazes de afetar o coração a ponto de “parti-lo em pedaços.” Os estudos mostram que as emoções fortes e a perda de um ser querido são capazes de “partir um coração”, não só emocionalmente como também clinicamente.

A síndrome do “*broken heart*” vem sendo estudada por pesquisadores especialistas da Universidade John Hopkins, em Baltimore, USA, desde 1999.

A equipe dos professores Champion e Wittstein notou uma característica incomum em certos pacientes que chegavam ao centro com queixas que indicavam um ataque cardíaco. Grande parte eram mulheres, na menopausa, que haviam sofrido uma forte emoção, bastante intensa, justo antes do acidente cardiovascular.

Os pesquisadores coletaram os eletrocardiogramas (ECG) e as dosagens bioquímicas de pacientes que haviam sofrido a cardiomiopatia do estresse, caracterizada por um espasmo

no peito e um enfraquecimento geral. Observaram uma “falsa crise cardíaca”, porém potencialmente mortal, mas que tem um bom prognóstico sob condições de tratamento adequadas.

A angiografia não revelava nenhuma obstrução das artérias que alimentam o coração, e os exames sanguíneos não mostravam sinais de danos no músculo cardíaco. A ausência de dano cardíaco era confirmada pela imagem por ressonância magnética (IRM).

Os resultados mostravam que a capacidade cardíaca voltava ao normal em duas semanas. Em comparação, a recuperação parcial após uma crise cardíaca clássica pode levar semanas ou meses, e freqüentemente, o dano cardíaco é permanente. (CHAMPION; WITTSTEIN, 2007).

3.2.2.1 Caso clínico da literatura

Para exemplificar mais especificamente esta síndrome, passamos a relatar um caso clínico da literatura⁸ que relaciona o acometimento desta síndrome às vivências intensas, estressantes e dolorosas, ligadas ao vivido amoroso.

Trata-se de uma paciente do sexo feminino; nós a chamaremos de Ariadne, nome fictício, com setenta anos de idade, que suportou seis horas de desconforto precordial em constrição, sem irradiação, seguido de dificuldade para respirar. Durante este tempo, foi tendo uma piora importante em seu estado.

Os familiares informaram que Ariadne sofreu intensa emoção motivada por discussão familiar na manhã que antecedeu o início dos sintomas. Não havia relato de antecedentes mórbidos ou uso de medicação.

Quando da internação no hospital, o exame físico apresentava as seguintes condições: desconforto respiratório acentuado, palidez e sudorese abundante. Bulhas rítmicas, taquicárdicas. Pressão arterial (PA) 90X60 mmHg. Frequência cardíaca (FC) 135 bpm (batimentos por minuto). Foi feita uma intubação orotraqueal e foi iniciado o uso de dopamina intravenosa (IV). O ecocardiograma (ECO) acusava: taquicardia sinusal com alterações inespecíficas da repolarização ventricular.

⁸ Caso clínico apresentado pelo Dr. Wenderson Tavares dos Santos, no IV Simpósio Multidisciplinar de Cardiologia do Hospital Instituto Biocor, em 01 de Junho de 2007.

Após quarenta e oito horas houve melhora do quadro, a retirada da ventilação mecânica e uma progressiva descontinuação das drogas vasoativas. Um novo ecocardiograma foi realizado, setenta e duas horas após a admissão, e o resultado foi: NORMAL.

Ariadne teve alta do CTI quatro dias após a admissão e alta hospitalar no décimo dia de uso de nitratos, antagonista de canais de cálcio e ácido acetilsalicílico.

Na primeira figura a seguir, podemos observar as coronárias preservadas na cineangiocoronariografia de Ariadne.

Na ventriculografia, segunda figura, o aneurisma do ventrículo esquerdo (VE), levando ao formato que sugere e que, inclusive, deu origem ao nome, de *Tako-tsubo*.

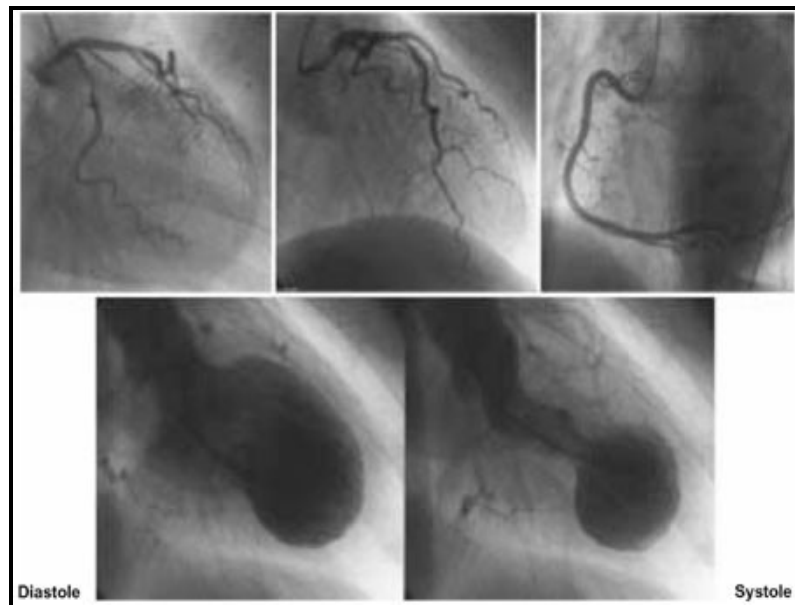


Figura 3: Cineangiocoronariografia e ventriculografia - diástole e sístole.
Fonte: Fotos gentilmente cedidas pelo Dr. Tavares dos Santos, 2007.

Em Japonês, *Tako-tsubo* significa “armadilha para polvos.” O formato do VE do coração, nesta síndrome, lembra essa armadilha, muito usada pelos pescadores no Japão.



Figura 4: Tako-tsubo = formato do VE do coração na Síndrome Takotsubo.
Fonte: Fotos gentilmente cedidas pelo Dr. Tavares dos Santos, 2007.

A Cardiomiopatia de *Takotsubo*, Síndrome da Disfunção Apical Reversível, Síndrome do *Coeur Brisé*, do *Broken Heart*, ou seja, Síndrome do Coração Partido, é uma causa rara de choque cardiogênico provocado por um aneurisma ventricular esquerdo agudo, na ausência de coronariopatia, só recentemente descrita na literatura mundial. Os sintomas podem assemelhar-se aos do IAM com dor torácica típica. A imagem do balonamento ventricular, sugestivo de *haltere* ou *Tako-tsubo*, é característica desta nova síndrome.

Suas características são: movimento discinético da parede anterior do VE, dor torácica, alterações eletrocardiográficas e ausência de coronariopatia obstrutiva. (SATO, H. e cols., 1990).

Existe uma outra síndrome, chamada “Síndrome X”, que se assemelha à “Síndrome do Coração Partido”. Segundo Silveira (2008), a “Síndrome X” é uma doença coronária típica não-obstrutiva, com incidência maior nas mulheres do que nos homens, de prognóstico bom, sendo que não tem tratamento específico, e o substrato estresse está envolvido com a etiopatogenia. (SILVEIRA, 2008).

Esses estudos mostram o quanto o coração do indivíduo pode ser afetado pelas vivências de grandes emoções e de contrariedades, que o fazem “se partir”, não só emocionalmente como fisiologicamente, apresentando os sintomas clássicos de um infarto.

3.3 Vivências de Éros e de Thánatos: o coração como órgão vital e simbólico

O coração, por ser o órgão principal da circulação, carrega em si e em sua atividade o sinônimo de vida. Mesmo quando em repouso, é o órgão mais ativo do corpo. Ele impulsiona o sangue por todas as partes do corpo. Ele é o sustentador da energia vital. O batimento cardíaco, sempre tão ativo, é índice da vida tanto no feto quanto na pessoa adulta, e a parada deste batimento representa o primeiro índice objetivo da morte.

Os primeiros batimentos cardíacos do embrião começam ao redor do vigésimo terceiro dia, cerca de quatro semanas após a concepção. O embrião mede cerca de 2,5 mm de comprimento no início dessa semana e tem a forma de um "S"; já apresenta o esboço da cabeça, coração e um tubo neural. O coração primitivo já começou a bombear sangue, e a maioria dos órgãos está em formação. Cerca de seis semanas após a concepção, o coração separa-se em quatro câmaras, e os batimentos cardíacos, vistos ao ultra-som, são muito rápidos, com cerca de 170 batidas por minuto. E, aproximadamente sete semanas após a concepção, o coração está completamente formado. (CARLSON, 1986).

“O coração comanda o espetáculo da vida.” Esta é a idéia que vigora entre os cardiologistas de vários países. (FARAJ, 2005, p.12). O coração, portanto, é o regente desse espetáculo que é a vida, da qual a morte é parte integrante, como se fosse o pano de fundo, ou mesmo a sinfonia que permeia o show. Neste show da vida, Éros e Thánatos se apresentam como seus atores principais.

Éros é o amor, e Thánatos, a morte. Na mitologia grega, segundo Brandão (1986), Éros é um demônio, em grego, *daimónion*, que significa deus, gênio tutelar, quer dizer, “um intermediário entre os deuses e os homens e, como o deus do Amor está a meia distância entre uns e outros, ele preenche o vazio, tornando-se, assim, o elo que une o todo a si mesmo.” (BRANDÃO, 1986, p. 187).

O amor, muitas vezes questionado, ridicularizado, temido, almejado e sonhado, é, sem dúvida, um tema que intriga e fascina. Ele simboliza o mito da totalidade, da unidade e da felicidade. De acordo com Platão (1986), é ao desejo e à procura do todo que se dá o nome de amor.

Segundo Cooper (1985), o coração é o centro do ser, tanto no aspecto físico quanto no espiritual. A cabeça também é considerada, muitas vezes, como o centro; porém, o coração simboliza a sabedoria dos sentimentos e das emoções, ao passo que à cabeça se atribui a

inteligência racional. “O coração contém o sangue da vida e simboliza os poderes do amor, da caridade e da compaixão. É também o “lugar secreto” e, apesar de ser associado às emoções e não à razão, é bem conhecida a frase que diz: “O coração tem razões que a própria razão desconhece.”” (COOPER, 1985, p. 116).

De acordo com um paciente infartado, que havia passado por cirurgias para implante de seis pontes de safena, o coração está relacionado ao simbolismo cultural, de maneira bastante profunda. Em suas reflexões, ele diz: “Você aprende a colocar Deus dentro do coração; você também tem que colocar a mãe dentro do coração, e ter Deus sempre dentro dele! Aí é que fica mais difícil. Tudo, neste órgão... fica complicado; ele adocece. Imagine só... ter Deus dentro do coração!”

Guimarães Rosa, ao explicar o sofrimento advindo da saudade, pontua: “Diz-se que tem saudade de idéia e saudade de coração.” (ROSA, 2001, p. 43).

Na minha prática clínica, freqüentemente deparo com expressões dos pacientes coronarianos afirmando que: “*O coração é vida, o coração é amor.*” Parece-me também que o coração é sinônimo de verdade, pois a maior verdade pode ser encontrada dentro de um coração. Quando escuto um paciente dizendo: “*Olhe, vou lhe falar de coração*”, posso saber que este é o momento da verdade. É quando se fala “do fundo do coração.” A partir desse centro simbólico, o coração, a idéia da morte se apresenta como uma possibilidade de um novo sentido para a vida.

O paciente hospitalizado, frente à sua dor, planeja viver o amor, os projetos não realizados e os desejos guardados secretamente em seu coração, mas depara com a morte. E a nega. Em relação a Thánatos, a morte, parece que o ser humano revela uma tendência inegável para colocá-la de lado, para eliminá-la da vida, segundo Freud (1969b), pois é impossível imaginar a própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. A escola psicanalítica chega a aventurar-se a afirmar que “no fundo, ninguém crê em sua própria morte, e que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade.” (FREUD, 1969b, p. 327).

Ao fazer paralelos com o homem primevo⁹ diante da situação de morte, Freud observa a nossa vida mental dizendo que o homem das épocas pré-históricas sobrevive inalterado em nosso inconsciente. E, ainda, que o nosso inconsciente não crê em sua própria morte; comporta-se como se fosse imortal. (FREUD, 1969b, p. 335).

⁹ “O homem primevo assumia uma atitude notável em relação à morte. Longe de ser coerente, era, na realidade, altamente contraditória. Por um lado, encarava a morte seriamente, reconhecia-a como o término da vida, utilizando-a nesse sentido; por outro, também negava a morte e a reduzia a nada.” (FREUD, 1969b, p. 330).

Para Jung (1959), psicologicamente a morte é tão importante quanto o nascimento, e tal como este é também parte integrante da vida. Quando, na entrevista concedida à BBC de Londres, é perguntado sobre o conselho que daria para as pessoas em seus últimos anos de vida, ele responde:

Bom, eu tratei de muita gente idosa, e é muito interessante observar o que o inconsciente está fazendo com o fato de que, aparentemente, está sendo ameaçado com um fim completo. O inconsciente simplesmente ignora isso. A vida comporta-se como se fossem continuar e, por isso, penso ser preferível para uma pessoa idosa continuar vivendo como se a vida não fosse acabar, aguardar o dia seguinte como se tivesse ainda muitos séculos pela frente. Então viverá de maneira adequada. (JUNG, 1977, p. 383).

Jung acredita que se a pessoa tem medo, quando deixa de olhar em frente e passa a olhar apenas para o passado, ela se petrifica, torna-se hirta, e morre antes do tempo. Portanto, aconselha a viver na expectativa da grande aventura que tem pela frente; “então viverá - e isso é o que o inconsciente pretende fazer. É óbvio, evidentemente, que todos vamos morrer um dia, e esse é o triste final de tudo, no entanto, existe algo em nós que, segundo parece, não acredita nisso.” (JUNG, 1977, p. 383).

Mas Thánatos, tal qual uma sinfonia fúnebre, surge nos momentos dolorosos, inacreditáveis, ou mesmo inconcebíveis, permeando o espetáculo da vida. E o paciente se vê diante de duas possibilidades distintas: a vida ou a morte.

O sujeito coronariano infartado, ao ver seu estado de saúde abalado, reflete sobre o amor, o trabalho e a morte no momento em que este centro vital, o coração, está "aberto", e tenta encontrar um sentido. Numa cirurgia cardíaca, o peito é aberto, o coração é exposto e, conseqüentemente, as emoções afloram diante desse trauma físico. Assim, o amor, o trabalho e a morte, enquanto figuras alteritárias, revelam ao sujeito infartado uma noção de si mesmo que é absolutamente vital para sua recuperação e reconstituição psíquica, emocional e social.

Este é, portanto, o motivo pelo qual discorreremos sobre estes temas a partir desse centro simbólico, o coração, que no momento da hospitalização, do infarto e da cirurgia cardíaca, torna-se a sede de um grande encontro: encontro consigo mesmo e com o outro, representado pelo seu médico, pelos profissionais de saúde, pelo amor, pelo trabalho e pela morte.

3.4 Trabalho, amor e morte: a alteridade em questão, nas vias da felicidade e do sofrimento

Buscar um novo sentido para a vida, a partir da experiência do encontro com a morte no evento coronariano envolve algumas considerações sobre a felicidade e o sofrimento. Para tanto, buscamos um referencial teórico a partir dos textos “*Moral Sexual ‘Civilizada’ e Doença Nervosa Moderna*” (FREUD, 1969a); “*Reflexões para os tempos de Guerra e Morte*” (FREUD, 1969b); “*O Futuro de uma Ilusão*” e “*O Mal-Estar na Civilização*” (FREUD, 1969c), fundamentando-os com experiências de sujeitos que sofreram infarto, mais especificamente em suas relações com o trabalho, com os relacionamentos amorosos e com a morte, ou a idéia da morte iminente, numa tentativa de colocar a alteridade em questão.

Sobre a felicidade, Freud (1969c), se pergunta por que é tão difícil para o homem ser feliz, e sugere três fontes das quais provem a infelicidade: O poder superior da natureza, a fragilidade de nossos próprios corpos e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade.

Quanto às duas primeiras fontes, ele nos diz que temos que reconhecer essas fontes de sofrimento e nos submeter a elas, visto que são inevitáveis.

“Nunca dominaremos completamente a natureza, e o nosso organismo corporal, ele mesmo parte dessa natureza, permanecerá sempre como uma estrutura passageira, com limitada capacidade de adaptação e realização.” (FREUD, 1969c, p. 105).

No entanto, Freud afirma que este reconhecimento não possui um efeito paralisador; ao contrário, indica uma possibilidade e uma direção para a nossa atividade. Podemos, sim, nos afastar um pouco dele. Mas não totalmente.

Em nossas reflexões e observações clínicas, vemos que em função do organismo corporal fragilizado frente ao adoecimento, e não só o organismo corporal, como também o psíquico, e frente à constatação de que a nossa estrutura é passageira, surge o medo de enfrentar a morte, medo este que faz nublar uma realidade que é impiedosa: a realidade da nossa finitude.

Ao mesmo tempo, vemos que “a imortalidade é a idéia que mais impulsiona o homem a buscar uma resposta no universo, e o interesse pelo tema jamais morrerá, pois esta é uma questão sempre conectada com a nossa existência.” (PAIVA, 2002a p. 29). Os avanços da

Medicina podem bem comprovar esta afirmação.

Em relação à terceira fonte, a fonte social do sofrimento, Freud (1969c) afirma que a nossa atitude é diferente, pois por não admiti-la, não conseguimos perceber por que estabelecemos regulamentos que não representam proteção e benefício para nós mesmos. Freud acredita que fomos malsucedidos exatamente nesse campo de prevenção do sofrimento, e isto acarreta uma suspeita em nós, o questionamento de uma parcela de natureza inconquistável, mas, neste caso, como parte de nossa constituição psíquica. E isto nos causa espanto. Isto nos remete ao questionamento de nossa própria civilização. Nossa civilização é responsável pela nossa desgraça e nossa infelicidade? Deveríamos retornar às condições primitivas? Freud se pergunta e, ao mesmo tempo, se espanta!

No capítulo sobre “O Futuro de uma Ilusão” (1927), Freud de 1927, (FREUD 1969c, p. 106) debate sobre este tema de forma exaustiva, e questiona: “Como foi que tantas pessoas vieram a assumir essa estranha atitude de hostilidade para com a civilização?” Teria sido a vitória do Cristianismo sobre as religiões pagãs? À baixa estima dada à vida terrena? Ou seria o progresso das viagens de descobrimento e o contato com povos primitivos, felizes com uma vida simples e com poucas necessidades? Ou mesmo a descoberta dos mecanismos das neuroses, pelas descobertas de que uma pessoa não pode tolerar as frustrações que a sociedade lhe impõe, perdendo então sua possibilidade de ser feliz?

Freud chega a questionar de forma veemente a evolução tecnológica e os avanços da medicina dizendo: “De que nos vale uma vida longa se ela se revela difícil e estéril em alegrias, e tão cheia de desgraças que só a morte é por nós recebida como uma libertação?” E ainda pontua afirmando que: “Já é tempo de voltarmos nossa atenção para a natureza dessa civilização, sobre cujo valor como veículo de felicidade foram lançadas dúvidas.” Estamos nos sentindo confortáveis diante da nossa civilização? (FREUD, 1969c, p. 108-109).

Um dos seis médicos cardiologistas que foram entrevistados para um trabalho de pesquisa sobre o dever de “salvar” sempre um paciente, com quarenta e sete anos de profissão, nos revela alguns questionamentos seus em relação aos avanços da medicina.

“Salvar sempre” é um mito, mas tentar salvar é o mais importante. Você salva quem tem condições de ser salvo. Hoje em dia, CTI é para quem tem chances de sobreviver. A medicina está olhando mais o lado comercial do que o lado humano. Às vezes, pacientes que não têm mais chance de sobreviver no CTI são entubados, afastam-no da família, tiram dele a coisa mais sagrada que ele tem, que é morrer junto com seus familiares. Contato humano. Isso é comum. Colocam no CTI gente que não tem nenhuma condição; não existe maneira mais triste de morrer; como se a morte fosse uma prerrogativa do médico. Na hora que coloca no CTI, acredita que, com os recursos da tecnologia, ele conseguirá superar a morte. É o tipo do

analfabeto. Isso aí contraria todo o princípio da medicina. Uma multidão de pacientes que vai para o CTI nunca deveria ter ido para o CTI. (VIEIRA, 2002, p. 34).

Freud (1969a), ao abordar alguns temas pertinentes à sua época, parece antecipar alguns problemas que fazem parte do nosso mundo contemporâneo, como a pressa, a competição, o estresse e a falta de tempo, que causam adoecimento, solidão, depressão, enfim, um mal-estar social na atualidade. Em 1915, em um texto sobre os aspectos sociológicos do antagonismo entre civilização e vida instintual, denominado “Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna” (1969a, p. 187) ele observa que as exigências impostas à eficiência do indivíduo aumentavam, e que somente reunindo todos os poderes mentais ele poderia, então, atendê-las. As necessidades individuais aumentavam, a ânsia pelos prazeres materiais, a irreligiosidade, o descontentamento e a cobiça eram temas que exigiam dos indivíduos um constante esforço mental. Unindo-se a estas questões, diz que o incremento das comunicações alterava completamente as condições do comércio. “Tudo é pressa e agitação. A noite é aproveitada para viajar, o dia para os negócios, e até mesmo as ‘viagens de recreio’ colocam em tensão o sistema nervoso.” (FREUD, 1969a, p. 189).

Esses questionamentos em relação à felicidade e ao sofrimento diários, criados pelo próprio indivíduo, também fazem parte do mundo social atual. Portanto, são motivos de atenção e de estudo, pois estão contidos na própria psique contemporânea.

Uma das possibilidades de se estudar a psique é através da questão da alteridade. Segundo Moreira, “o homem busca formas alteritárias que possam tornar compreensível sua vivência. Os mitos, as religiões e as ciências representam “alteridades” na forma de sabedorias que organizam, fornecem sentido e compreensibilidade às experiências humanas.” (MOREIRA, 2002, p. 54).

Esta autora as nomeia “alteridades abstratas”. Enfatiza que “esta figura de alteridade que denominamos “outro-abstrato” refere-se, em linhas gerais, a uma construção simbólica que oferece ordenação para a experiência concreta.” (MOREIRA, 2002, p. 54).

Numa perspectiva clínica, fundamentada nas vivências e expressões de pacientes hospitalizados, fragilizados não só no nível corporal como também em sua dimensão identitária, mas que ainda assim tentam lutar por sua reconstituição enquanto sujeitos, podemos observar a importância das dimensões do trabalho, do amor em si e da morte, visualizadas enquanto figuras de alteridade. Essas figuras de alteridade, ou “formas alteritárias”, possibilitam um novo sentido para suas vidas. A nossa prática clínica nos revela o poder de transformação que surge do confronto com essas “formas alteritárias.” Sobre elas

iremos discorrer brevemente. Primeiramente sobre o trabalho, logo sobre o amor e, posteriormente, sobre a morte.

Em relação ao trabalho, Freud observa, em seus estudos sobre “O Mal-Estar na Civilização”, que:

O homem primevo, ao descobrir que estava literalmente em suas mãos a melhoria da sua sorte na Terra através do trabalho, não pôde ficar indiferente ao fato de que o outro homem poderia trabalhar com ele ou contra ele. Esse outro homem adquiriu para ele o valor de um companheiro de trabalho, com quem era útil conviver. Provavelmente, com o hábito de formar famílias, em sua pré-história, encontra nos membros de sua própria família seus primeiros auxiliares de trabalho. (FREUD, 1969c, p. 119).

Na visão de Freud (1969c, p. 99), “a atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida, isto é, se, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos persistentes ou constitucionalmente reforçados.”

No entanto, ele diz ainda que, “como caminho para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforçam em relação a ele como o fazem em relação a outras possibilidades de satisfação.” E afirma que “a grande maioria das pessoas só trabalha sob a pressão da necessidade, e essa natural aversão humana ao trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis.” (FREUD, 1969c, p. 99).

Ainda assim, o trabalho, enquanto figura alteritária, é parte essencial para o reconhecimento do ser humano. No hospital, parece-nos ser mesmo uma questão vital, como se escutássemos o apelo do paciente que insiste em ser sujeito, ator de sua própria existência, clamando: trabalho, logo, existo!

Esta parece ser a máxima que permeia as idéias e as preocupações dos sujeitos hospitalizados em relação ao futuro recente. Eles temem não poder retomar as suas atividades laborais. E sem a capacidade concreta ou imaginária para trabalhar, costumam afirmar que serão vistos como um ser incapaz aos olhos dos outros, e atestam que não serão mais alguém, mas sim um ‘ninguém’, como afirma este paciente do sexo masculino que sofreu um infarto agudo do miocárdio, e submeteu-se a uma cirurgia cardíaca, com o implante de três pontes de safena: “*O meu medo é se eu não puder retomar minhas atividades no trabalho; eu serei ‘um ninguém.’ Sem o meu trabalho, o que vou fazer?*”

Vemos, neste exemplo, uma questão de identidade laboral, que forma e intriga a reconstrução do sujeito infartado, enquanto ainda hospitalizado.

De acordo com Moreira (2002), a garantia de nossa identidade está na alteridade, pois temos a possibilidade de ser outro; diz que a identidade é rígida, e a experiência do Outro surge dentro de nós, e que a dor quebra essa arrogante identidade que temos. Esta autora constata, em seus estudos sobre o luto e a melancolia, que “a experiência de dor, quando elaborada, possibilita uma alteração do sujeito e revela uma imagem escondida de si, pois o sofrimento revela-nos um ser outro diferente do que imaginávamos ser.” (MOREIRA, 2004, p. 35).

Ao analisar as relações, Moreira (2002, p. 190) explica que, se o outro-pessoa se apresenta como o inferno corporificado, de outro lado, sem o encontro com ele, não haveria mundo humano. “A constituição da esfera psíquica depende do encontro com a alteridade. Encontro esse, sempre traumático.”

O encontro é traumático; o amor, resistente.

Em relação ao amor, Guimarães Rosa (2001, p. 327) afirma, em suas observações sobre o ser humano, que “Só se pode viver perto do outro e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.”

Para Morin (2001), a vida é uma obra de arte e, sem o amor, seria impossível esta obra de arte. Porém, segundo Freud (1969c, p. 122), uma pequena minoria de pessoas acha-se capacitada, por sua constituição, a encontrar felicidade no caminho do amor.

Em seus estudos e questionamentos sobre a sociedade civilizada e a felicidade de seus membros, Freud (1969c, p. 130) questiona os ideais éticos do cristianismo, em especial a máxima, mais antiga mesmo que o próprio cristianismo, que diz: “Amarás a teu próximo como a ti mesmo.” Para ele, o amor é algo valioso e específico, o que o leva a distinguir entre o amor e o dever. Se pelo menos o mandamento clamasse: “Ama o teu próximo como este te ama” (FREUD, 1969c, p.132), afirma que não faria objeções. Oposição mais forte ainda lhe sugere o mandamento: “Ama os teus inimigos.” Freud aponta para a poderosa quota de agressividade existente nos homens, e ainda, que podemos detectar em nós mesmos a existência de uma inclinação para a agressão, que leva a sociedade civilizada a deparar com uma constante ameaça de desintegração. De acordo com ele, o interesse pelo trabalho em comum não a manteria unida, pois as paixões instintivas são mais fortes que os interesses razoáveis.

Portanto, Freud (1969c, p. 137) vê os grandes sacrifícios que a civilização impõe ao homem, quanto à sexualidade e à agressividade, impedimentos para a sua felicidade. Mas

observa que o homem civilizado trocou uma parcela de suas possibilidades de felicidade por parcelas de segurança.

Na hospitalização, vemos que o amor, enquanto “amor em si”, fala ao sujeito de uma forma profunda, tão profunda que surge como um outro que o impulsiona a redimensionar a sua vida. Podemos perceber e constatar tal afirmação através dos relatos dos pacientes entrevistados durante a pesquisa prévia sobre a Síndrome Pós-Infarto, tais como:

Quando eu acordei no CTI, meu filho mais velho estava passando a mão na minha cabeça dizendo: ‘Eu te amo, pai’. Ele nunca havia falado assim comigo antes; nunca me dissera que me amava. (O paciente se emociona, chora e diz pretender mudar suas atitudes no que tange aos relacionamentos e às suas expressões de afetos).

Se não fosse a minha família, o carinho e apoio que eu sinto deles, eu não sei o que seria de mim.

Eu nem sabia que tinha tantos amigos! Eles estão me ajudando muito; me dão a maior força! Até um vizinho meu que eu não tinha muita proximidade, veio aqui me ver. Fiquei surpreso!

Eu suponho, agora, parar de trabalhar, ficar mais em casa, mais com a família. Sempre trabalhei muito, manhã, tarde ou à noite, durante 35 anos eu dei 15 aulas, 10 aulas por dia e trabalhava na imprensa. Na nossa situação social, dar aulas é um ato de amor.

Para Freud (1969c), a civilização seria um processo a serviço de Éros, que tenta combinar indivíduos humanos, povos e nações na grande unidade que seria a humanidade. Ele sente que este é o trabalho de Éros.

Mas ao mesmo tempo, afirma que descobriu, lado a lado com Éros, o instinto agressivo, principal representante do instinto de morte, Thánatos.

Éros e Thánatos, segundo Freud (1969c), dividem o domínio do mundo. E a partir desta constatação, pode esclarecer o que estava obscuro até então, ou seja, o motivo e significado da evolução da civilização. O significado estaria expresso na luta entre Éros e a Morte, entre o instinto de vida e o instinto de destruição, visualizado por ele como expressão própria da espécie humana.

Toda a vida, para Freud, consiste nessa luta. E dessa luta depende a evolução da civilização. Eis aí a nossa condição. O ser humano luta constantemente pela vida, apesar de saber-se mortal.

Mas quando o tema é traumático, mais fácil seria negá-lo. Para Epicuro, filósofo grego, enquanto se está vivo a morte não existe e, quando ela ocorre, não se é mais, logo, a morte não existe. Ele assim se expressou: “A morte não é nada para nós, pois, quando existimos, não existe a morte, e, quando existe a morte, não existimos mais.” (EPICURO,

2002).

Talvez um mito possa nos revelar algo; talvez um mito possa nos fazer sentir em comunhão com a humanidade, que luta em vão contra a sua própria finitude. Segundo Eliade (1963), o mito fornece modelos para o comportamento humano e confere significado e valor à existência. Para Campbell (1990, p. 6), “mitos são pistas para as potencialidades espirituais da vida humana.” Na expressão de Goethe, “os mitos são as relações permanentes da vida.” (BRANDÃO, 1986, p. 38).

Os mitos representam o sonhar coletivo dos povos. Estudando as culturas e suas representações simbólicas, constatamos que o desejo pela busca da imortalidade se faz presente em todas as épocas. É um desejo comum a todas as culturas, cada qual com sua religiosidade, com seus rituais e suas especificidades.

Os primeiros rituais e os primeiros mitos nascem da tentativa do ser humano de explicar tudo aquilo que não conseguia explicar ou mesmo compreender, como questões relativas à morte, ao nascimento, ao amor, à virgindade, à paternidade, aos cataclismos da natureza, etc. Ele cria então os rituais e os mitos, numa tentativa de explicar tudo aquilo que não conseguia explicar através da razão. Desde tempos imemoriais, vemos, portanto, as expressões simbólicas e mitológicas associadas aos rituais e às expressões de religiosidade.

O tema da morte leva-nos, imprescindivelmente, ao encontro com a religiosidade, ou o sentido da religiosidade, algo que se manifesta, muitas vezes, como inerente nos seres humanos, que é diferente da religião e independe das religiões.

Para Freud, a religião é uma mera ilusão. Ilusão esta que sustenta o sujeito nos momentos difíceis da dor e da doença, na hospitalização. Vemos surgir a religiosidade nas expressões desses sujeitos que sofreram um infarto, estiveram em coma e depararam com a idéia e a possibilidade mais concreta da morte. E a morte, enquanto figura alteritária, surge como um outro que impele o sujeito a uma nova dimensão de vida.

Este sentido arquetípico da religiosidade está expresso numa inscrição contida no Oráculo de Delfos: “*vocatus atque non vocatus Deus aderit*”, ou seja: invocado ou não, Deus está presente. Expressa-se também nos depoimentos de alguns dos pacientes que participaram da pesquisa sobre a Síndrome Pós-Infarto. São suas as seguintes colocações:

Eu pensei numas bobagens aí... É que eu acredito numa Santa, e acho que ela me ajuda nessas horas difíceis assim.
Só Deus mesmo!
Mulher é que faz promessa; homem não. Pelo menos eu penso assim; mulher faz promessa; eu uso a determinação. Por exemplo: Vou parar de fumar, e pronto. Parei! Eu renasci. Isso foi bom! Graças a Deus!

Eu pensava que CTI era ir para morrer... um lugar escuro. Vi que lá tem luz, e essa luz me iluminou muito. Agora vi que não é isso. Todos lá são ótimos, muito prestativos, não era tão ruim como pensava. Nascer é muito bom! Morrer é ruim. Nessas horas é que a gente lembra de Deus... Vou ficar com saudades do hospital e de todos.

A morte torna-se a figura mais presente, seja de forma sutil, calada, ou mesmo de forma terrível e ameaçadora. Sempre causando impacto, reflexão e desejo de transformação.

Na concepção de Garcia-Roza, a morte é recoberta pelo silêncio.

Assim como não podemos falar nada da morte em si mesma, também a pulsão de morte permanece silenciosa. Isto não quer dizer, porém, que ambas não se façam presentes na vida; em torno dela construímos nossos fantasmas, nossos mitos, nossas religiões. Em torno da morte construímos, sobretudo, nossas ilusões. (GARCIA-ROZA, 1993, p. 72).

Nossas ilusões nos levam ao nosso desejo pela imortalidade. Mas até aonde nos leva nosso desejo de ser imortal? Provavelmente até nossos limites humanos. Questionáveis? Ultrapassáveis? Quem sabe? Nossos sonhos estão sempre à nossa frente, transpondo nosso presente e ampliando nosso futuro. (PAIVA, 2002a, p. 29).

De acordo com Paiva (2002a), o desejo pela imortalidade nos conduz para além dos limites humanos.

Existe no ser humano uma urgência em ultrapassar limites. Esta urgência é arquetípica, ancestral, presente na psique coletiva há milênios. Os mitos e também a nossa experiência clínica nos mostram que os heróis míticos de todos os tempos e também os homens comuns estão sempre tentando ultrapassar seus limites, o 'métron', a medida imposta pelos limites. Limites de tempo, de velocidade, de beleza e juventude, de força, de capacidade intelectual, de idade, etc.. Porém, o limite maior é a própria morte. (PAIVA, 2002a, p. 29-30).

Podemos perceber, durante os atendimentos realizados com sujeitos hospitalizados, o quão difícil é o tema da morte, principalmente o fato de se ter que encarar a possibilidade da própria morte.

É quando ela, a morte, se torna um outro que lhe diz de si, e que o remete à sua condição de humano. Ela retrata o sofrimento, o mais cruel de todos, mas traz em si possibilidades intrínsecas para a possível e desejada felicidade, quando leva à reflexão e à transformação.

Para Moreira (2006), a morte é vista como “um outro que possibilita o sentido da vida.”

Lembramos aqui um fragmento de um poema de Rabindranath Tagore (1995, p. 37) escritor e poeta indiano, Prêmio Nobel de Literatura em 1913, que vê a morte como uma das

faces da própria vida.

Poderíamos, portanto, dizer de um outro que acompanha o sujeito sempre e eternamente.

A morte pertence à vida
Como pertence o nascimento.
O caminhar tanto está
Em levantar o pé,
Como em pousá-lo no chão.
(Pássaros Errantes, CCXVI).

Pensamos que o importante em relação à morte, mesmo com todo o sofrimento que ela carrega, é que a lembrança dela possa nos impulsionar, nos remeter às vias de uma vida mais intensa, mais plena, mais feliz. Pois nós não temos a morte, nós não temos o amanhã; nós só temos o hoje, e com o hoje, temos a vida.

4 O SUJEITO CORONARIANO INFARTADO DIANTE DE SI E DA MORTE

O que acontece com o sujeito hospitalizado, agora designado paciente, aquele que espera ‘pacientemente’ pelo poder dos cuidados do ‘outro’? O que acontece na relação com seu médico? Será que o sujeito agora, entregue nas mãos do médico, ou mesmo, como costumam dizer, nas mãos de Deus, o Todo-Poderoso, deixa de ser sujeito? Ele agora se colocará na posição de escravo, dependente de seu senhor? Ele deixa de ser ‘consciência de si’ e ‘em si’, para se perder no ‘outro’?

Ao refletirmos sobre a questão da alteridade na relação médico-paciente, vivida pelo sujeito hospitalizado, surgiram algumas inquietações e o desejo de explorar os temas da “independência e dependência da consciência-de-si: dominação e escravidão.” Porém, neste momento, não iremos nos aprofundar nesta teoria, que, no entanto, inspirou algumas intuições. Seguiremos por uma vertente mais conhecida, a da mitologia grega, com o seguinte questionamento: como reage e como sobrevive o sujeito infartado diante de si mesmo e diante da morte, este ‘outro’ alteritário?

O sujeito coronariano infartado, por ter passado pela experiência da morte, seja pelo estado de coma, pela parada cardíaca ou pelo infarto em si, acredita que teve um confronto com a morte e, ao final, saiu-se vencedor. Ao mesmo tempo em que receia um novo episódio da doença, sente-se imbatível, pois lutou com a morte e sobreviveu.

Geralmente, os sujeitos que sofreram infarto costumam afirmar que renasceram. Logo na fase pós-infarto, passado o trauma do impacto, tentam negar o medo e a angústia, recobrando rapidamente sua dimensão heróica. Apresentam inclusive sentimentos muito fortes de gratidão para com a vida, mostrando o desejo de vivê-la mais intensamente, a partir desse momento.

Apresentamos o panorama da hipermodernidade, revelando questões sobre o desejo de superação, de hipformance e de exacerbação dos limites vividos pelos indivíduos, no sentido constante do “hiper”, dos excessos e da ilusão de onipotência em frente à morte, na tentativa de ultrapassar todos os limites. Pensamos que poderíamos também recorrer a uma outra fonte de reflexão: a fonte da mitologia grega. Principalmente em relação ao mito do herói, no que tange a esse desejo desmesurado dos heróis, de ir além dos próprios limites, característica comum, apresentada pelos coronarianos que temos acompanhado no hospital, seja em suas vivências passadas, seja durante a hospitalização, como também no pós-cirúrgico

cardíaco.

Para Morin (1999, p. 7) “há no ser humano um foco permanente de *hýbris*, a desmesura dos gregos.”

Acreditamos que a mitologia poderá trazer uma compreensão existencial em relação à trajetória do herói, tanto em sua interrupção quando da hospitalização, quanto na fase de retomada da vida, quando são trabalhados os projetos e as mudanças necessárias.

Dizem os gregos, através da mitologia, que os deuses e os semideuses são a imagem e semelhança dos humanos. São criados pelos seres humanos; portanto, são projeções suas.

Entretanto, uma pessoa só poderá criar algo que já exista em sua própria mente, em seu mundo interior psíquico. Empédocles, antigo filósofo grego, já dizia que só se conhece algo no mundo externo porque existe algo semelhante no mundo interno; o que está dentro está fora, e vice-versa. Portanto, os mitos são criações do universo imaginário coletivo.

Em todas as épocas e culturas, nos mitos, nos contos, nas lendas e expressões de arte, enfim, vemos o herói seguindo sua trajetória mítica, realizando suas proezas, enfrentando dragões, salvando alguém ou um ideal, conquistando espaços, superando-se e, nesse processo, buscando vivenciar sua própria história através das transformações necessárias, muitas vezes dolorosas, mas, ainda assim, realizadoras do seu potencial humano.

Os mitos são realidades que permeiam o nosso vivido. De acordo com Morin (1999, p. 16), não se pode viver sem mitos. Para ele, em uma extremidade há um componente físico e, na outra, encontram-se os componentes mitológico e imaginário. “Incluo-me entre aqueles para quem o mito e o imaginário não representam uma simples superestrutura, e muito menos uma ilusão, mas, sim, uma profunda realidade humana.”

Segundo Enriquez (1997, p. 44-45), todo mito exprime um desejo profundo da humanidade; comporta sempre “uma parte de verdade” e influencia constantemente a realidade. “Ele transforma uma resposta tateante numa *resposta única e definitiva* (mesmo quando ele se expressa numa linguagem oracular, necessitando de uma tradução e uma explicação do sentido), permitindo resolver as questões da vida cotidiana.”

Este autor é categórico ao afirmar que:

O homem não pode viver sem mitos e sem religiões. Pois o mito, quer seja o mito das origens ou o mito heróico, nos coloca diante de uma genealogia a respeitar ou a construir, nos diz que não somos o produto do puro arbítrio, mas da necessidade, nos fornece um campo de pensamento, um sistema de ação, de modelos de identificação e de vinculação. (ENRIQUEZ, 2001, p. 59).

Os estudos sobre mitologia mostram que as demandas pela superação fazem parte da história da humanidade e sua importância é inquestionável, comprovada pela recorrência deste tema, sempre atual. Os mitos, enquanto representação simbólica do real, enquanto expressões autênticas do sonhar coletivo dos povos, nos apontam o caminhar solitário e instigante do herói em sua trajetória de vida, com tarefas que lhe são impostas, muitas vezes impossíveis de serem realizadas.

Procura-se encontrar nos mitos a revelação daquilo que é considerado como a verdade da vida. Em vários momentos da história, em diferentes culturas, vemos o herói em busca ou mesmo diante de novas tarefas que lhe foram impostas, realizando fatos extraordinários, tentando cumprir sua missão. Ele conta com a ajuda dos seres tutelares nesta caminhada, mas, na hora da decisão final, ele deverá contar, somente, consigo mesmo. Ele se encontra só, diante de si mesmo. Terá que se superar em todos os sentidos. Terá que sobreviver. Tem sido sempre assim. A diferença é que esta demanda de hoje é mais exacerbada, é constante, quase compulsória.

Provavelmente, a diferença esteja na relação com o vivido temporal, que hoje vem se impondo como uma patologia da urgência diária, vivida numa dinâmica de ininterrupção e de extrapolação dos limites.

O herói mítico, em suas aventuras e conquistas, tinha sempre um objetivo a alcançar e um ganho. Essa aventura evocava uma transformação pessoal. Porém, se ele incorresse na “*hýbris*”, no pecado do orgulho, se ultrapassasse o seu *métron*, poderia vir a ter uma morte apoteótica. Não só o herói mítico de todos os tempos já trilhava esse caminho, como também o indivíduo hipermoderno, que busca realizar seus desafios, conquistar seus sonhos e tenta ir além de seus limites. Todos eles, em todos os tempos, são detentores desse ideal de superação de si.

O herói de hoje tem, não somente o desejo e o compromisso pessoal, mas o dever, e uma forte pressão social para ir em busca de superação e de conquistas. Muitas vezes, acreditando ser aquele o seu objetivo e o seu desejo, mas nem sempre o objetivo é verdadeiro. Frequentemente trata-se de algo que lhe é imposto, dificultando o reconhecimento da extrapolação de sua busca interior por algo mais próximo de uma demanda externa, que parte da sociedade na qual ele está inserido. Na maioria das vezes, a urgência do vivido poderá interferir e não lhe permitir o tempo necessário para uma reflexão profunda, um discernimento mais consistente para o reconhecimento e a identificação das demandas que são pessoais, autênticas, daquelas que são externas, sociais, que podem, ou não, estar de acordo

com o seu real desejo.

O herói passa por muitas situações e decisões que são extremamente difíceis. Otto Rank, em seu livro 'O mito do nascimento do herói', afirma que o ser humano é herói desde o momento do seu nascimento, quando tem que enfrentar uma grande transformação tanto psicológica quanto física. Ele tem que deixar a condição de criatura aquática para passar para a condição de mamífero, que respira e necessita do ar para sobreviver. (RANK apud CAMPBELL, 1990).

Herói, portanto, é aquele que segue o seu próprio caminho, aquele que enfrenta as vicissitudes da vida de cabeça erguida, aquele que se encontra só, diante de si e da morte.

Herói é aquele paciente que vê sua vida por um fio, sua estrutura abalada com a hospitalização, e sua força sendo levada pela doença. É quando deparamos com o paciente que foi pego de surpresa, acometido por um mal-estar súbito, uma tontura, forte dor ou ardência no peito, sudorese, vômitos, dor descendo pelo braço esquerdo e sendo levado com urgência para o CTI do hospital. Ele tem medo do desconhecido, tem medo da morte. É um momento de impacto em sua trajetória de vida. É o momento em que o herói depara não só com a morte, como também com a sua fragilidade; é o momento em que ele tem que se superar, em força, em coragem, em confiança plena. Ele acredita que tem que ser herói, para não se entregar, para não morrer. Ele necessita de sua dimensão heróica.

Sua história e sua estabilidade foram rompidas, e esta ruptura gera sofrimento. Na minha experiência, pude acompanhar esses momentos e testemunhar as perdas, as elaborações, os pensamentos e emoções desses pacientes, que tentam resgatar a sua história, da melhor maneira possível. Mito e realidade se entrelaçam; pois, por serem projeções dos humanos, os mitos trazem possibilidades e esperanças.

A façanha convencional do herói, segundo Campbell (1990), começa quando ele sente que algo lhe foi usurpado, algo está faltando em sua vida. E o motivo básico, que se repete em todas as histórias de heróis, é o abandono de determinada condição e a busca de algo significativo, como, por exemplo, a fonte da vida, simbolicamente, um significado que irá conduzi-lo a uma condição mais rica e madura.

Em todo mito existe um núcleo conhecido como mitologema, que é comum e se repete em todas as histórias de heróis. Traçando um paralelo, entre o processo pelo qual passa o nosso paciente, com a mitologia grega, percebemos que, em sua trajetória, o herói sofre uma exposição, que seria a internação; encontra seres tutelares, que o auxiliam nesta trajetória, no caso o seu médico e outros profissionais da equipe; aprende algo, realiza seus feitos e suas

tarefas, e se transforma. Sabe-se que, depois disso, o herói retorna ao seu lugar de origem, no caso, sua casa, e transforma também as pessoas que encontra, neste seu retorno.

Esta é a trajetória esperada; mas ele pode, ainda, querer ultrapassar todos os limites humanos, identificando-se com o herói, com os deuses, sem querer voltar à sua condição de humano, não aderir ao tratamento, por exemplo, por achar que não precisa, não deixar o hábito de fumar, ou seja, não mudar seus hábitos que correspondem aos fatores evitáveis de risco cardíaco, e vir a ter uma morte apoteótica, como nos falam os mitos, sendo levado por uma questão de inflação de seu ego, por negar a fragilidade, por negar a sua humanidade.

É a *hýbris*, o pecado do orgulho, que poderá levar o herói à morte. Segundo a mitologia clássica, é quando *Némesis*, a justiça divina, envia um castigo para que o herói, o “semideus”, tome consciência do *métron*, da medida de sua dimensão humana, e se preserve. (BRANDÃO, 1988). “A função essencial desta divindade é, pois, restabelecer o equilíbrio, quando a justiça deixa de ser equânime, em consequência da *hýbris*, de um “excesso”, de uma “insolência” praticada.” (BRANDÃO, 1986, p. 232).

Ou ele morre infartado, com uma parada cardíaca, ou ele se volta para o trabalho de sua reconstituição pós-infarto, aos cuidados, ao combate aos vícios, ao tratamento de prevenção secundária e, conseqüentemente, para a saúde e para a vida.

Sabemos, porém, que o trabalho de reconstituição não é fácil. A hospitalização envolve uma questão primordial para o ser humano, que é a experiência da relação vivida com a temporalidade, que, agora, cria uma dimensão nova de ser e estar no mundo, que é bastante desafiadora para o coronariano.

4.1 A relação vivida com a temporalidade

Esta experiência da relação vivida com a própria temporalidade se faz presente não só na aceleração constante do dia-a-dia, típica da hipermodernidade, como também na angústia da hospitalização, quando ocorre um desejo de que o tempo passe e tudo volte a ser como antes, ou seja, o sujeito imerso no trabalho diário, correndo contra o tempo, mas, pelo menos, com saúde. E nesta vivência subjetiva da temporalidade, a dimensão do humano e de sua finitude aflora com rigorosa impetuosidade. Observa-se na hospitalização o quanto o tema da temporalidade preenche a atividade mental do sujeito infartado com profundas reflexões sobre

o momento presente e suas interligações com o passado e o futuro, na tentativa de buscar uma ordenação, uma aceitação da doença e, acima de tudo, de se preparar para o tempo de vida, ou o tempo da morte.

O ser humano vem, desde sempre, buscando uma compreensão do tempo e das experiências vividas em suas diferentes dimensões.

Araújo (1983) explica que “a vivência do tempo, que caracteriza o fluir, o passar de nossa vida individual ou da vida no “mundo”, é uma espécie de realidade primeira ou originária, com a qual deparamos.” Para este autor, o homem é um ser essencialmente temporal, e este tempo, este devir no qual estamos imersos, “não é uma coisa exterior a nós, algo como um “ob-jeto” de nossa percepção ou contemplação; é algo que se confunde com a própria vida. É o meu vivido. Este tempo sou eu mesmo, em última instância. Ele faz parte de mim, como o meu sangue ou minha pele. Ou como a minha subjetividade.” (ARAÚJO, 1983, p. 2).

O ser humano percebe que é extremamente difícil explicar o que a experiência do tempo realmente significa, pois ele é constitutivo da própria vida, ele se manifesta na vivência subjetiva. De acordo com Araújo (1983, p. 15), Santo Agostinho soube expressar a perplexidade do pensamento frente ao tempo de forma simples e paradoxal, dizendo: “mas então, o que é o tempo? Quando ninguém me pergunta, eu o sei; mas se desejo explicá-lo a alguém que me interroge, então já não o sei.”

Ao expor suas idéias sobre o tempo e as relações com a vivência do tempo, Melucci (1996, tradução nossa) discorre sobre as “metáforas do tempo”. Usa os símbolos do círculo, da seta, e do ponto para explicar a vivência do tempo ao longo da história, em diferentes culturas. Explica que, a princípio, o tempo tinha uma dimensão circular, como a própria natureza com seus ciclos recorrentes. Depois, o tempo é vivido em função de uma dimensão linear, de princípio e fim, para chegar à pós-modernidade, com a dimensão do pontuado, da interrupção, do inefável, do passageiro. Ainda, segundo o autor:

Nós, então, vivemos todos os padrões de tempo simultaneamente: o círculo recorrente da memória e do projetar, a projeção linear da seta como intenção e objetivo, a exaltada condensação do ponto, ou a experiência de nos perdemos em fragmentos desconectados. Frequentemente, é difícil reconciliar estes padrões, pois cada um deles nos leva às fronteiras dos outros. A repetição do círculo segue a trajetória das esperanças, mas também dos desapontamentos; O linear progride em direção a um objetivo final que nos entusiasma, mas também enfraquece a nossa energia enquanto esperamos; o ponto nos escapa toda vez que tentamos nos agarrar a ele. (MELUCCI, 2002, p. 12, tradução nossa).

A vivência subjetiva do tempo perpassa os campos do psíquico e do social através das expressões dos sujeitos que sofreram infarto agudo do miocárdio e se encontram hospitalizados. Para o coronariano, a relação com o tempo muda radicalmente em função da experiência vivida com o coração. Não só no histórico e nos objetivos de vida nas fases pré e pós-infarto, respectivamente, como também no momento da urgência de vida e morte, de dor e sofrimento, de medo, quando ele se vê sob o domínio do tempo para sobreviver.

Em relação ao “sentido do tempo”, na perspectiva do tempo vivido, Araújo (2006) afirma que:

Do mesmo modo que se percebe senhor da natureza, com chances múltiplas de reinventar o mundo natural e social, o homem se sabe perecível, um corpo marcado pela corruptibilidade, uma identidade e uma história cujo fio um dia será cortado. O nascimento, a expansão biológica e a morte podem ser compreendidos no “sentido natural” de nosso desenvolvimento, como seres vivos. Mas diferentemente dos demais seres vivos, estamos “condenados” a sobrepor um “sentido existencial” ou um projeto (psicológico, social, afetivo, espiritual, profissional, etc.) ao “sentido natural” de nosso passar. (ARAÚJO, 2006, p. 3).

Percebe-se que o sujeito, quando da hospitalização, não é só um corpo doente; é também um ser que pensa, sente e busca um equilíbrio, tanto psíquico, emocional, quanto social. Busca também um novo sentido para a sua nova condição de vida. Mas a relação com a própria subjetividade, quando da hospitalização, encontra-se abalada. O ‘mundo’ no hospital, especialmente no CTI, torna-se outro. Muitas vezes escutamos frases como estas: *“O CTI é o pior lugar do mundo para quem está consciente”* e *“Quem vai para o CTI é quem já está para morrer.”*

O tempo do hospital é o tempo da urgência. Urgência médica, urgência do paciente, da família. Urgência do alívio da dor, da cura, da alta. Urgência da expressão e da escuta. Urgência do alívio da ansiedade ou da depressão. Urgência da atenção e da reflexão consciente. Urgência da transformação.

O sujeito hospitalizado, em sua ansiedade e na vivência carregada de angústia, espera por seu médico “que não vem”, pelos resultados dos exames que demoram, pela hora da visita que parece não chegar e, quando chega a hora de estar com os familiares, esse tempo é vivenciado como se fosse reduzido a alguns segundos. Tempo de espera pela marcação da cirurgia, que angustia e gera dúvidas, pela doação de um órgão, no caso o coração, que parece quase impossível que aconteça, pelo alívio da dor que é insuportável e, enfim, pela alta hospitalar, motivo da maior alegria. Ele espera também pela recuperação de sua saúde e pela cura de sua enfermidade. Espera poder gozar ainda de uma boa saúde para retomar as suas

atividades laborais e as suas vivências amorosas. Espera ter tempo, ainda, para viver muito e sentir prazer.

A percepção do tempo e espaço, importante referencial psíquico, no hospital, fica comprometida. O sujeito, agora paciente, aquele que espera “pacientemente” por seu médico, pelo “outro”, perde o seu referencial de tempo, sente-se confinado ao espaço do quarto do hospital ou mesmo do *box* no CTI, e sua imaginação torna-se tão criativa a ponto de levá-lo a estados de ansiedade, de pânico ou, quando não, à depressão. Muitas vezes, em função dos medicamentos, da anestesia, da cirurgia e do trauma, eles criam idéias irreais, misturam realidade com fantasias e até com sonhos. Costumam dizer que o mundo ali é mais restrito; não sabem se é dia ou noite, sentem frio e pensam que está chovendo lá fora, quando o sol está brilhando e está fazendo muito calor. Enfim, perdem as referências de tempo, de realidade e, em certa medida, de si mesmos.

Vemos que as questões de temporalidade e de orientação espacial, relacionadas ao presente e à dimensão de passado e de futuro, tornam-se aspectos de extrema importância e motivo de reflexão e análise. Porém, é na vivência do CTI que está também a possibilidade de um redimensionamento da vida, de uma possibilidade de transformação pessoal e, conseqüentemente, da vida, pela própria possibilidade da morte, quando trabalhadas terapeuticamente. Quando não, o paciente corre o risco de entrar em um processo de depressão.

O tempo no hospital é também o tempo da emergência; pois, quanto mais cedo for socorrido, mais chance terá de sobreviver. Sabe-se que o fator tempo é fundamental na morbimortalidade do IAM. Nos diversos estudos realizados a partir dos anos 1980 (ISIS-3, GUSTO I), observou-se uma redução de 40 a 50% na mortalidade de pacientes tratados na primeira hora desde o início dos sintomas, 25 a 30% nas primeiras seis horas e até um modesto, mas significativo benefício para pacientes tratados entre seis e doze horas. (SILVEIRA; MIGUEL; OLIVEIRA, 2005, p. 209).

As questões relativas ao fluir do tempo se fazem presentes no discurso manifesto do paciente, na forma de inquietações e elaborações psíquicas que vemos acontecer durante a internação. Para ele, o tempo da hospitalização é um tempo de espera, que flui lentamente; nele, estão contidos a angústia, o medo e a ansiedade. E, ainda, o impacto da hospitalização exige do sujeito infartado uma rapidez e uma urgência em suas elaborações; pois, a partir de agora, o tempo que lhe resta, para suas vivências, passa a ser um tempo precioso. Ele pressente o limite da vida.

O tempo agora tem uma outra dimensão; pois, no momento da dor, da doença e da hospitalização, o sujeito tem um contato com a morte, ou com a idéia da morte. A morte é vivenciada enquanto uma possibilidade, mas agora de uma forma mais concreta. E esta idéia tem a capacidade de impulsionar o sujeito a novas expectativas de vida.

A morte passa a ser fundamentalmente um símbolo de transformação, pois contém aspectos conscientes e inconscientes. Ela guia agora as emoções e as idéias, os projetos e as mudanças que são necessárias neste momento e para o futuro. A fantasia da morte, repleta de criações, remeterá o sujeito a dimensões desconhecidas dos seus próprios limites.

Em relação ao tempo vivido durante a hospitalização, conclui-se que o fato de este ser regido pela urgência de vida e de morte, de dor e da necessidade de nomeação do imprevisível, daquilo que não controlamos, irá influenciar diretamente nas elaborações psíquicas do sujeito coronariano sobre o passado e o futuro.

Metaforicamente, o infarto representaria a ruptura, uma parada no tempo, para o sujeito refletir sobre a sua trajetória de vida, sobre o seu ritmo e o seu estilo de vida. Não somente uma ruptura fisiológica da corrente sanguínea na artéria coronária, ocluída por um trombo, podendo levar a uma parada cardíaca, mas também uma parada obrigatória indicando a necessidade de o sujeito parar, dar um tempo, para fazer uma reflexão sobre a totalidade de sua vida. Neste momento, o sujeito depara com a finitude da vida, a finitude do tempo. Para Araújo (2006, p. 1),

‘Tempo vivido’, mais que uma noção, seria a experiência que nos remete a duas vertentes fundamentais: a consciência de nossa finitude e de nossas possibilidades. A primeira nos coloca em contato com a passagem do “ser” para o “não ser”, para o nada. A morte aí aparece como nossa única certeza irrefutável. A segunda nos coloca “a caminho”, num vasto leque de pequenos e grandes projetos, situando-nos no horizonte do possível.

O sujeito infartado espera poder seguir com seus projetos de vida, muitas vezes temendo não ser mais capaz de realizar aquilo de que tinha costume ou mesmo tudo aquilo que estava contido em seu projeto de vida, como um sonho a ser realizado um dia, mas que ia deixando para depois, como se fosse possível ‘esticar’ o tempo e torná-lo infinito.

Ilusão de tornar o tempo infinito, e o sujeito, um ser imortal.

4.2 A angústia de morte na dinâmica da vida e do adoecimento

Ao trabalhar no hospital, mais especificamente na área da cardiologia, freqüentemente deparo com situações que me levam a refletir com mais profundidade sobre os temas da morte e da angústia.

Na nossa prática clínica temos encontrado no tema e na vivência da morte, seja ela real ou imaginária, momentos que consideramos os mais difíceis. E este tema vai se tornando presente na mente e no coração dos pacientes, pela própria instalação da doença e da dor. A morte é uma constante ameaça. É impossível compreendê-la ou mesmo aceitá-la com tranquilidade. “Pode ser que com o tempo”, dizem os familiares. (PAIVA, 2002a, p. 30).

Para os sujeitos que sofreram um infarto e encontram-se ainda hospitalizados, este é um momento de forte impacto, pois tiveram um encontro com a morte e sobreviveram. Renasceram. Foram lá e voltaram. Assim como se expressou um dos pacientes infartados: *“Cheguei lá e São Pedro disse: Não, ainda não! Ainda tem muita coisa para fazer. Volta!”* Ele aponta com o indicador, num sinal de comando e sorri. Após este primeiro momento de humor e de defesa, segue-se um tempo silencioso de introspecção e contato com sentimentos mais profundos, que são expressos nas lágrimas que escorrem por sua face.

É também um momento de grande emoção, pois estão diante do inesperado. Não haviam “marcado este encontro com a morte”, segundo eles. No entanto, estão fadados a vivenciar mais intensamente a experiência do medo e da angústia diante da possibilidade mais concreta da morte, da finitude. Medo em relação à dor, à doença, ao diagnóstico, à cirurgia, algo do mundo do concreto. E a angústia, ainda que existindo fundamentalmente enquanto uma ameaça existencial ao ser, sem um objeto determinado, é vivida com muita intensidade nos momentos da doença e da hospitalização. O concreto faz lembrar, no plano ôntico, aquilo que Heidegger coloca no plano ontológico, nas relações entre angústia e cuidado, retomado por Araújo, que compreende a angústia como a expressão imediata do “cuidado” do homem pelo seu ser:

Ou seja, o cuidado só se sobressai como característica da vida humana quando esta, sob o signo da angústia, é compreendida temporalmente, compreendida como uma história pessoal “que passa”, uma história efêmera e sem fundamento - falta ao homem a totalidade do tempo, a eternidade; falta-lhe o atributo que poderia suprir sua finitude. (ARAÚJO, 2000, p. 161).

Provavelmente, é diante dessa consciência do efêmero e da falta que esses sujeitos coronarianos infartados, que sobreviveram à morte, se apegam novamente à ilusão da imortalidade, acreditando que poderão apreender o tempo, apreender a vida.

Talvez seja a forma de viver mais coerente, mais saudável, mais intensa e feliz: acreditando que é possível seguir em frente, seguir vivendo, independente do tempo e da doença. Tendo sempre um cuidado em relação à saúde e à prevenção, objetivando a cura.

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo explicamos, brevemente, como foi conduzido o processo das entrevistas semi-estruturadas, como se deu a escolha dos sujeitos que participaram da pesquisa, quais as suas profissões e quais as emoções vividas com relação ao impacto do IAM. Num segundo momento, apresentamos a análise de conteúdo, com os cinco grandes temas, as categorias de análise, contendo os itens recorrentes que foram desvelados nesta pesquisa.

5.1 Definição do universo dos sujeitos e descrição da amostra

As entrevistas foram realizadas entre os dias 12 de dezembro de 2006 e 29 de abril de 2007. A escolha dos sujeitos se deu acompanhando as internações como de costume, e prestando atendimentos, em especial aos pacientes que haviam sofrido um IAM, e observando a disponibilidade de horário para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas no hospital, quando os sujeitos da pesquisa já estavam prestes a ter alta hospitalar, com exceção de uma entrevista que foi realizada no meu consultório, após a alta hospitalar. Todos eles demonstraram grande interesse pela pesquisa e prontamente se dispuseram a colaborar com seus relatos e observações pertinentes à experiência do infarto e de suas vivências laborais e amorosas.

Quanto às profissões dos entrevistados, temos um escritor e advogado, professor de Direito; uma artesã; um vigia noturno, segurança, porteiro de prédio de apartamentos residenciais; um administrador, fiscal auditor de um Banco; um engenheiro, que é também arquiteto, cenógrafo e professor de designer; uma faxineira de escola pública no interior de Minas, cozinheira também, e uma pedagoga, que se intitulou “do lar”, porém faz trabalhos voluntários com idosos e crianças.

Os sujeitos se inserem na faixa dos 52 aos 72 anos de idade. Devido às questões de ética e de sigilo profissional, demos nomes fictícios aos oito sujeitos desta pesquisa. São eles: Omar, Helena, Hélio, Apolo, René, Lúcia, Maria e Ariadne. Todos eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE), antes da realização das entrevistas, com exceção de Ariadne, que é um caso clínico da literatura.

De acordo com os sujeitos da nossa pesquisa, as emoções vividas com relação ao impacto do IAM, e suas manifestações, foram as seguintes:

Omar não sentiu dor nenhuma, mas, emocionalmente, ficou muito assustado ao saber, pelo seu médico, que o seu coração estava “entrando em sofrimento.”

Helena sentiu um abafamento muito forte no peito, mas tomou um banho e foi deitar, pensando que passaria; mas não passou. Sentiu então que precisava “apurar-se” e ir para o hospital.

Hélio sentiu muita dor, dor muito forte, náuseas e tontura. Estava no trabalho e foi levado imediatamente ao hospital. Sentiu-se assustado e com medo, pensando que tinha chegado a sua hora e que ia morrer. Pensou na família.

Apolo não sentiu dor, sentiu um mal-estar, com tontura, sensação de desmaio e suor. Ficou apreensivo.

René sentiu uma dor imensa, uma dor terrível no peito, que subia pela garganta e não passava. Durou uma hora. Sentiu também um mal-estar, sudorese e tontura. Foi levado diretamente para o CTI. Agora não sabe como vai viver; não sabe ser um velho infartado. Tem medo de “*sair daqui e cair duro, tonto, e morrer.*” Também não quer ser visto pelos outros como velho e, ainda por cima, infartado.

Maria sentiu “*mal, mal, muito mal. É um desconforto, uma depressão, é uma insegurança, é um arrependimento... não devia ter feito a cirurgia.*” Maria se diz católica, e explica, com resignação, o que pensa: “*Tudo que acontece é porque está escrito. Não cai uma árvore sem que Deus permita. Não cai. Então, se eu nasci cardíaca, ou adquiri depois, Ele me deu esse problema, eu tenho que levá-lo adiante.*”

Lúcia sentiu uma dor horrível que “*corria pra lá e pra cá, sem parar. Vinha assim, da esquerda (ao falar mostra com a mão no coração) para a direita, e voltava.*” Diz que sentiu a dor da morte; nunca havia visto outra igual: “*Não tem mais forte que a dor da morte!*” Nem a dor do parto, afirma, é tão forte quanto a dor do infarto. Para Lúcia, a dor do infarto é a dor da morte.

Todos eles, com exceção de um dos pacientes do sexo masculino, expressaram uma alegria intensa quando da alta hospitalar, apesar das apreensões relacionadas à fase pós-infarto, vividas também por seus familiares. Agradeceram inclusive a oportunidade de participar da pesquisa, pois refletiram e avaliaram, mais profundamente, a experiência do infarto, alcançando uma maior conscientização sobre os aspectos relevantes do adoecimento. O paciente que foi exceção, Apolo, não teve a mesma evolução clínica que os outros sujeitos

da pesquisa. Quando do último contato com ele, momentos antes da cirurgia cardíaca, disse-me estar bem, não estar ansioso, mas bem tranquilo, pois “está tudo sob controle.” Sofreu um infarto, submeteu-se ao cateterismo e depois à angioplastia, com a colocação de dois *stents*. Um dos *stents* está bem, mas o outro deu problema, e o paciente optou agora pela cirurgia. Acha que a cirurgia é algo mais definitivo, e o *stent* pode dar problemas outra vez. Diz estar tranquilo, pois sabe de todos os procedimentos a que irá se submeter. Lia o jornal e a TV estava ligada. Estava no semi-intensivo do hospital. Era de manhã, e a cirurgia estava marcada para as 12 horas. Já aguardava há dez dias, e agora estava chegando a hora. Fala de um apresentador de TV que repete muito “beleza, belezinha”, e ri. Em relação à cirurgia que estava por acontecer, tece alguns comentários: “*Os médicos são ótimos, explicam tudo direitinho. Gosto de ter o controle das coisas que vou fazer ou passar. Na angioplastia não senti dor; gostei de ficar consciente. Fiquei atento aos televisores, acompanhando tudo e conversando com o médico. Foi bom.*”

E finalmente ele responde rindo: “*Estou beleza, belezinha!*” Ao despedir-me, falei que estaria com ele no CTI, depois da cirurgia.

O paciente saiu da cirurgia às 17 horas, e às 17:50 veio a óbito, no CTI. Não resistiu. Seu coração fibrilou,¹⁰ e parou. Apesar de ainda estar cheio de sonhos. Sonhos que queria realizar. Sonhos que foram levados pelo seu coração. No entanto, como disse Guimarães Rosa, “o homem não morre; ele torna a ficar encantado.” Eu me apego a esta expressão para meu consolo.

O paciente já havia concordado em responder às perguntas da pesquisa, também permitindo que fossem gravadas. Portanto, tenho seu consentimento, e como ele estava na espera e na expectativa da cirurgia, preferiu deixar a entrevista para depois da cirurgia, quando já teria resolvido tudo e estaria “*beleza, belezinha*”, como expressou brincando. Aí seria melhor, segundo ele, e com certeza ele daria o seu depoimento, pois disse-me achar muito importantes as pesquisas, e se ele pudesse contribuir, “*com certeza, perfeitamente!*”

E o meu procedimento também é o de fazer as entrevistas sempre quando o paciente já está por obter a alta hospitalar. Portanto, não observei nenhuma resistência em participar da pesquisa, por parte do paciente, bem ao contrário, ao lhe falar sobre o tema, ele se mostrou imediatamente acessível, e já de certa forma vinha respondendo as perguntas da entrevista,

¹⁰ A Fibrilação Ventricular (FV) é definida como um movimento ondulante e peristáltico contínuo e irregular dos ventrículos do coração, sem que este bombeie o sangue. Processo patológico, seja ele isquêmico, inflamatório, traumático ou metabólico, que altera as propriedades eletrofisiológicas do miocárdio. (PÁDUA FILHO; BARBOSA; CHULA, 2005).

informalmente, e comentando sobre suas experiências com o infarto e os procedimentos como o cateterismo e a angioplastia, pelos quais já havia passado, como também sobre as causas sociais do infarto, sobre seu vivido laboral e o seu vivido amoroso. Em vista disso, resolvi considerar os dados, que tinham sido anotados logo após os atendimentos realizados, visto que eles tratam do tema da pesquisa e são de grande valia para o nosso estudo. Estou considerando somente aqueles dados dos atendimentos realizados que são os mais pertinentes aos temas da pesquisa. Pensamos que dessa forma ele terá suas contribuições reconhecidas.

5.2 Análise de Conteúdo

As entrevistas foram trabalhadas de acordo com o método de Análise de Conteúdo, fundamentado em Bardin (1977). Foi feita, inicialmente, uma "leitura flutuante", e os temas que se repetiram com muita frequência passaram a ser índices, que foram recortados do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática. A partir daí, surgiram as questões norteadoras, com bases na teoria que dá sustentação ao nosso trabalho, ficando definidos os cinco grandes temas. São eles: Causas Psicossociais do IAM, Vivido Laboral, Vivido Amoroso, Angústia de Morte e Reflexões Pós-Infarto.

De acordo com as orientações de Machado (2002), a análise de conteúdo, em sua utilização mais recente, quando empregada no tratamento de dados de pesquisa, requer uma definição clara do problema em estudo, como, por exemplo, uma descrição em profundidade das representações que um ou mais indivíduos ou grupos fazem de si ou de algum fenômeno, no caso em estudo, o infarto. Esta autora afirma que o material da entrevista deve ser tratado segundo temas que surgem do próprio conteúdo obtido, e que o resultado dessa análise temática irá conter as falas particulares dos sujeitos entrevistados.

Passamos aos cinco grandes temas:

5.2.1 Causas Psicossociais do IAM

As entrevistas realizadas constam de seis perguntas, sendo que a segunda delas é sobre

os motivos que causaram o infarto, na percepção dos entrevistados. São os seus motivos, as suas percepções e suas ilusões em relação aos mitos de invencibilidade, de onipotência e imortalidade, típicas do herói, e às causas clínicas do adoecimento e do IAM.

Numa pesquisa anterior, sobre a Síndrome Pós-Infarto, havia me chamado atenção a prontidão dos pacientes para explicar o motivo pelo qual eles haviam infartado, sendo que, na visão dos médicos, este poderia ser o fator precipitante e não a causa em si. Porém, eles apresentavam uma certeza e uma postura plena de convicção em relação às verdadeiras causas do infarto, segundo sua visão pessoal. Era como se tivessem a resposta “na ponta da língua”, tal era a certeza que tinham. E não foi diferente nesta pesquisa.

Apresentamos, neste primeiro dos cinco grandes temas, as respostas dos sujeitos, que foram dadas a esta questão da entrevista, pois mostram o nível de consciência, sobre os fatores de risco, alcançados por estes indivíduos e o grau de ilusões que acompanha o nível de conscientização. As atitudes em relação às mudanças necessárias nos hábitos de vida acontecem, quase sempre, depois do evento cardíaco. Antes do acontecimento, os pacientes têm a ilusão de que o infarto pode acontecer com todo mundo, mas não com eles.

As entrevistas semi-estruturadas desvelaram alguns dos aspectos psicossociais que adoecem o coração: como causas expressas do evento cardíaco, observamos as emoções de raiva e contrariedades, nervosismo e abafamento; as rupturas como o divórcio e separações; o sentimento de solidão; o estresse laboral e o estresse vivido pelas mulheres no mundo de hoje, por acumularem muitas responsabilidades numa jornada dupla de trabalho profissional e doméstico; a postura de querer fazer tudo sozinho, ou seja, o não saber ou não querer dividir as tarefas, o que resulta num acúmulo de trabalho, e o ritmo acelerado no vivido laboral; as muitas responsabilidades no trabalho, também o excesso de trabalho e de atividades sem pausas para o descanso, e tabagismo, má alimentação, bebida, hipertensão, diabetes, colesterol e a genética, ou seja, o histórico familiar. As discussões familiares, gerando atritos e angústias, e a morte de entes queridos, o luto, enfim, foram consideradas também, sob o ponto de vista psicossociológico, fatores relevantes para o acometimento do infarto.

Antman e Braunwald (1999) consideram que, em cerca de metade dos pacientes com IAM, um fator precipitante ou sintomas prodrômicos podem ser identificados. Segundo estes autores, existem evidências sugerindo que exercícios pesados não-usuais, principalmente em pacientes fatigados ou vivendo sob uma tensão emocional grande, podem desempenhar um papel importante na precipitação do IAM.

Tais infartos podem ser o resultado de aumento marcante no consumo de oxigênio miocárdico na presença de estreitamento arterial coronário grave. Sugeriu-se que esforços pesados não usuais ou esforço mental, como aquele causado pela raiva, podem desencadear a ruptura de placa, levando ao IAM. Diversos relatos documentaram que eventos cotidianos decepcionantes ocorrem comumente em pacientes que sofrem subsequente de infarto. (ANTMAN; BRAUNWALD, 1999, p. 1280).

No relato de Helena, podemos confirmar esta citação, no que concerne ao esforço mental relacionado ao sentimento de raiva.

Aquele pedreiro me deu muitas contrariedades. Fiquei até com raiva! Por que não pede tudo de uma vez só? Não, a toda a hora tinha que comprar mais uma coisa. E o preço também, ele mudou. Não, pedreiro eu não quero mais lá em casa. Sofri muita contrariedade e aí, deu no que deu: infartei!

Manifestava, também, um sentimento que chamava de “contrariedades.” Para ela, o motivo pelo qual sofreu o infarto foi explicado assim:

Ah! Minha filha, foram as contrariedades, não sabe? Senti um abafamento, um mal-estar. Não cheguei a sentir dor. Nada. Só o abafamento. O meu caso foi esse; o meu caso foi contrariedade!
- Como que é isto, contrariedade?
A contrariedade? Ah! A gente ficar desgostosa por alguma coisa, ou desgostosa por alguma pessoa. Tem o desgosto mais leve e tem o desgosto mais pesado, principalmente quando chega o divórcio. Esse é o mais pesado. É o fim! Isso é pesado.

Para René, o motivo de ter infartado foi o excesso de trabalho, sem a distribuição de tarefas e as preocupações levadas além do necessário, levadas a um extremo.

“Trabalhei em excesso, estressei demais, queria resolver tudo sozinho. Foi por isso que infartei, tenho certeza. Infartei três dias após a abertura da ópera.”

Ele reconhece, porém, os fatores clínicos também determinantes para o desenlace de seu evento coronariano:

Não sei dizer nada do ponto de vista médico; não é, não, não esperava ter um infarto; eu digo infarto do ponto de vista médico porque eu tenho pressão alta, eu era, eu fumava, e eu tenho, tinha, colesterol. Então, tecnicamente, estes três elementos, o somatório dessas três, três...
- Fatores de risco?
Fatores de risco, foram o que tecnicamente provocaram o meu infarto. Então eu tive o infarto inclusive por questões... é... físicas.

Omar acredita num conjunto de fatores, além de ter vivido durante longo tempo muitas preocupações, urgências e responsabilidades sérias no trabalho, e de ter enfrentado também

uma separação difícil, um casamento de trinta anos, com filhos e netos.

Eu acho que a primeira coisa é um conjunto de coisas, né? De circunstâncias da minha vida até então. Eu acho com certeza, o cigarro, fortemente. Eu fumei, embora eu tenha deixado de fumar há muito tempo, há quase vinte anos, mas eu fumei durante trinta anos, e fumei muito, muito, muito. Eu cheguei a fumar quatro maços por dia. Quando parei, eu fumava quatro maços por dia, tá? Segundo, eu levava uma vida muito sedentária, não tinha cuidado com a alimentação, ou seja, eu fazia tudo que não se devia fazer, e por isso cheguei a isso aí, isso é muito claro.

Quanto à genética, reconhece o seu histórico familiar como um fator de risco importante também:

E com certeza isso também, né? Além do fato de que, do lado do meu pai, todas as pessoas do lado do meu pai morreram com problemas cardíacos.

- Tem um histórico familiar também?

É, tem um histórico familiar também.

- Só do lado do seu pai?

É, só do lado do meu pai.

Apolo tem consciência, agora, da necessidade de saber dosar para obter-se um equilíbrio entre trabalho e lazer. Quando lhe pergunto sobre os motivos que contribuíram para o adoecimento e o infarto, ele responde:

Muito trabalho, sem dosar. No trabalho tinha muitas responsabilidades; fui fiscal, auditor do Banco. Não que eu não goste de trabalhar; eu gosto, e muito. Sou um “*workaholic*”. Sempre gostei, mas agora vou manejar. Não vou parar, mas vou diminuir, e dosar. Colocar mais lazer; mais tempo para o lazer.

Hélio acredita que o responsável por seu adoecimento foi o cigarro. A bebida e a alimentação, também:

Olha, provavelmente, entendeu? O que me prejudicou pra esse infarto foi o abuso mesmo do cigarro, da bebida, foi o que me prejudicou. Comida também, muito gordurosa, que eu comia muita coisa gordurosa, né? Então, foi o que me prejudicou.

- Você comia o quê?

Carne, frituras, entendeu? Comia tudo, macarrão, tudo, tudo eu comia, tudo que chegava eu comia, não preocupava. Tudo forte. Agora vou manejar.

- Como?

Agora é comer mais legumes, parar com as carnes gordas, comer verduras, frutas. Manejar no sal.

- Você tem hipertensão?

Tenho, sou hipertenso. Sou diabético também.

Hélio sempre trabalhou à noite, e quando indagado sobre o seu trabalho de vigia noturno, diz que é tranquilo:

Mais é o vício. Alimentação, o diabetes, e o vício. A pressão também. Eu sou tranquilo. Sou. Não sou muito apavorado, não. Às vezes fico meio nervoso, e tal, mas quando fico nervoso, também, e a minha cabeça costuma começar a querer doer, acho que é por causa disso também, pelo problema do coração. Às vezes fico meio nervoso lá em casa, e a cabeça começa a doer também. A ficar meio abafado, não é? A pressão...

Podemos constatar que questões sobre os laços criados nas experiências do vivido laboral e do vivido amoroso, assim como as rupturas deles decorrentes, surgem nos relatos dos sujeitos hospitalizados, durante os atendimentos psicológicos, como uma força e uma necessidade de expressão. É uma verdadeira urgência, para que se coloquem em dia as relações, as pendências, as mágoas e os desejos até então guardados sigilosamente no ‘coração’.

Lúcia acredita que o fato de não ter falado para “o menino” coisas que queria ter falado, mas para as quais não teve oportunidade, pois ele viajou inesperadamente para o exterior, abalou o seu estado emocional levando-a, conseqüentemente, a sofrer o infarto. *“Ah! Eu acho que é isso mesmo que judio mesmo. É ele saí e eu não pensá que tinha volta mesmo! Qué vê, às vezes tem coisa que pode fazer, né? Num pode mais faz...”* Ela se culpa e se cobra muito por não ter feito mais alguma coisa para que ele ficasse. Sente um remorso, “uma dó”. “O menino” é um sobrinho, cuja mãe, uma irmã sua, morreu de infarto recentemente. Foram duas perdas; uma, irreversível, e a outra ela espera ainda ter tempo de reparar, falando tudo que gostaria, tudo que é preciso ser falado, mas que deixava sempre para depois. Nessa mesma época, sofreu outra ruptura: o seu filho casou-se e deixou a sua casa.

Para Maria, a perda da irmã e da sobrinha ainda nem nascida, mas considerada como a filha que não tivera, por problemas de eclampsia, abalou muito o seu coração e a sua saúde. Este é o fato responsável pelo acometimento de seus infartos, segundo ela, apesar de ter acontecido há dezoito anos. O seu relato é acompanhado de grande emoção, em função da lembrança dessa perda irreparável.

Em outro momento, ela afirma que o seu infarto (referindo-se ao atual, sendo que já sofreu outros três infartos) é muito complexo, pois é cardíaca, já tinha angina, é hipertensa, diabética, tabagista, desde os doze anos, e sedentária, mas também afirma que tudo que acontece é porque estava escrito, e se Deus deu-lhe a doença, deu-lhe também as condições de tratar, deu-lhe os médicos, condições aos médicos de estudar e de cuidar de doentes. Ela acredita, também, que o estresse vivido hoje em dia pelas mulheres é o responsável pelas doenças do coração.

Hoje, eu acho que é o estresse. A mulher tomou para si uma responsabilidade muito grande. A mulher, ela é dona de casa, ela é executiva, ela é mãe, ela é esposa, ela é irmã, ela é filha, ela é tudo! Antes ela ficava mais em casa, cuidava dos filhos, esperando o marido chegar, ele trazia o pão, e hoje não; além dela ir junto com o marido buscar o pão, ela vai sozinha, sem o marido, buscar um sofá, buscar uma geladeira, buscar uma televisão, buscar o filho, buscar um iogurte para o filho, fazer a comida, lavar a roupa, passar... Ela é o sustento, ela é o alicerce. O quanto que o alicerce sustenta! O alicerce sustenta várias paredes, janelas, portas, e ainda tem aqueles pedaços de cimento... A viga ainda, que pesa, e olha como pesa! Então, eu acho que é por aí.

E para Ariadne, fortes emoções, provenientes de uma discussão em função de atritos familiares, se fizeram presentes momentos antes de seu evento cardíaco, reconhecido como a “síndrome do coração partido.”

5.2.2 Vivido Laboral

Constatou-se que o vivido laboral dos sujeitos da nossa pesquisa apresenta características da sociedade hipermoderna concernentes às “patologias da urgência.” Ritmo acelerado do tempo vivido, excessos de trabalho, de responsabilidades e de preocupações, “hiperfuncionamento de si” e demandas exacerbadas pela “hiperfeição de si.” Registramos, também, o assumir orgulhosamente tudo para si sem dividir as tarefas, considerado como uma das atitudes da Personalidade tipo A, típica dos coronarianos, e também dos heróis da mitologia grega, e que acarreta mais cobranças, culpas e sofrimentos e, também, a falta de lazer e o estresse laboral.

Ao falar sobre a sua relação com o trabalho, com o tempo, sobre o seu ritmo de vida e o compromisso com a “hiperfeição de si”, René explica o motivo pelo qual ele não cuidava de sua saúde:

Eu não tinha tempo para parar e cuidar de mim. Mas os avisos, eu tive os avisos do infarto; tonturas, pequenas sensações, fibrilações, dormências nas mãos, pequenas dormências, há muito tempo tinha pequenas dormências, que eram elementos que eu deveria ter procurado o médico, mas eu não procurava o médico, por quê? Porque eu não tinha tempo para me preocupar comigo! Eu só tinha tempo para me preocupar com as pessoas e com o trabalho. Eu me sentia sempre muito comprometido com as pessoas, com o espetáculo a estreiar! Então, a esta produção, eu dava toda a minha vida!

René trabalhava em excesso, sem ajuda dos outros.

“Sou nervoso, não com o meu trabalho, que eu adoro. Adoro o que faço. Sou feliz no trabalho. Sou muito exigente, quero tudo certo; sou exigente, perfeccionista. Sou sensível. Faço além do necessário, além dos limites possíveis e necessários.”

Na trajetória de Helena, as marcas dos sofrimentos e a relação com o excesso de trabalho: *“O coração ferido, um casamento desfeito e, como consequência, muito, muito trabalho!”* Segundo ela, foi uma luta pela sobrevivência e pela superação de si, repleta de sofrimentos e de trabalho, numa estreita relação entre o coração, o vivido amoroso e o vivido laboral.

Já sofri muito. Eu nunca fui feliz no casamento, não sei o que é isso. Eta vida danada! Tive que trabalhar muito, eu tive que sobreviver. Até agora eu trabalho, mas hoje tenho condição financeira. Faço almoço e jantar, cada panelão! Eu queria dar conta de tudo! Dos filhos e dos netos. Esses jovens só querem botar filho no mundo, depois não querem cuidar. Eu que crio os netos. Pago tudo para eles, estudo... Sempre paguei os colégios, dos meus filhos e dos netos. Dou tudo para eles. Todos se formaram e trabalham.

O trabalho que lhe dava o sustento era o Inhanduti, técnica dos índios brasileiros, usada para confeccionar suas roupas, cujos desenhos são feitos limitados por pregos, num tear, possibilitando uma transparência do tipo rendado, e o colorido é muito vibrante. Diz que todos trabalhavam, até os meninos. Sentia uma necessidade muito forte de “ser alguém.” Sua importância e seu valor pessoal vieram através do reconhecimento do seu trabalho.

Eu queria ser alguém! Queria estudar, ir para os Estados Unidos. Mas não deu. O meu trabalho foi para os Estados Unidos! Lá fez sucesso! É como se eu tivesse ido, não é mesmo? ...Um dia uma senhora perguntou se eu não fazia colchas. Aí eu fiz, e ela levou para os Estados Unidos, e daí não parou mais. Ganhei muito dinheiro. Antes eu fazia paninhos, toalhinhas, sabe?

Quanto à relação com o tempo, ela explica: *“Eu não tinha tempo para o lazer, pra sair, cinema nem tinha naquela época... não, depois tinha, mas eu ficava cansada da lida. Não tinha nada para distrair, para divertir. Trabalhava sem parar e à noite, caía na cama!”* (risos).

Hélio diz que sempre trabalhou à noite, e por ser um trabalho “puxado”, não tem tempo para o lazer.

Toda vida trabalhei de noite. Tem 30 anos que eu trabalho à noite. Só à noite.
- Você escolheu assim, tem um motivo, ou surgiu um trabalho?
Não, não, surgiu um trabalho e eu comecei a trabalhar à noite, aí eu gostei e

continuei. E nisso eu tô até hoje. Não consigo trabalhar de dia. (risos).

Também diz que trabalhar à noite é bem mais “puxado”, porque o serviço à noite prejudica mais. Diz que dorme durante o dia.

“Oh, dormir, tem, não é todo dia que você dorme bem. Principalmente dia de calor, você não dorme bem, e tem barulho. Tem movimento em casa, então, não é todo dia que você consegue dormir bem. Agora, dá pra... passar. No cansaço, dorme.”

Diz também que sua vida é “trabalhar.”

Mais é só muito serviço mesmo. Porque eu só vivo pro serviço mesmo, eu não saio, eu não passeio. Difícil eu sair de casa. Quando saio, saio com a esposa, né? Eu me preocupo mais é com o serviço mesmo. A minha hora de chegar no serviço, não gosto de faiá de serviço, eu também não faio; entendeu? Preu faiá de serviço só se tiver doente.

Hélio não se permite momentos de lazer:

“Não, não, não tem muito passeio. Também o tempo quase não dá. Dia de semana eu vou passear pra onde? Né? Tenho que trabalhar à noite, então... O jeito que tem é dormir de dia e trabalhar à noite. (rs). Não tem jeito.”

Apolo diz gostar muito de trabalhar, até abre um sorriso de satisfação quando responde a minha pergunta: *“Eu? O que eu gosto? Eu gosto de trabalhar! Sou um workaholic!”* Conta que trabalhou desde pequeno. Entrou para o Banco com quatorze anos. Hoje trabalha como contador. Diz que quando aposentou, levou o seu escritório para casa.

Maria é pedagoga, mas nunca teve um emprego formal. Intitula-se do lar, pois seu marido não queria, e nunca permitiu que trabalhasse. Porém, ela faz trabalhos voluntários no clube, com crianças e no asilo, com os idosos. Faz também trabalhos manuais, pintura, crochê, bordado, e ensina também. Faz doces, salgados e bolos para fora, eventualmente. Sente muita satisfação com todas essas atividades. E, ainda, não perde a hidroginástica e gosta bastante de dançar; participa de vários grupos. Maria se esforça para fazer tudo muito bem feito.

Gosto de bordar, gosto de pintar, gosto de viajar, gosto de cuidar dos outros, de ajudar. Sou Dama Benemérita e voluntária lá do meu Clube. Tenho várias atividades, como se fosse um trabalho. Lá na Igreja sou presidente do Círculo Bíblico, eu arrecado roupas, alimentos, cesta básica; é o meu trabalho. Eu fico por conta das minhas crianças, no orfanato, onde a gente faz bingo, onde a gente arrecada dinheiro... É o meu trabalho. Na Igreja e no Clube, eu tô ali, atuando. E eu amo, eu amo o meu trabalho! Porque você fazer bem ao próximo é a melhor coisa do mundo!

Quanto ao ritmo acelerado de vida, ela questiona: *“Eu acho que, se Deus fez o mundo em sete dias, por que nós temos que fazer tudo em um segundo?”*

Apesar de fazer com amor o seu trabalho, e questionar o ritmo acelerado a que estão submetidos os indivíduos, ela vive sob a pressão e o estresse das muitas atividades impostas pelo seu desejo de ser perfeita, de ser forte e importante; de ter muitas atividades, ter que cuidar de tudo e de ser a viga da casa, sustentando o marido e o filho, além de todas as pessoas das quais se propõe cuidar também. Vive sob o olhar atento e exigente de seu marido, que se intitula um “Hitler.”

Lúcia trabalha como faxineira em uma escola pública. Seu trabalho é muito “puxado”, explica, pois tem que varrer um galpão grande e limpar a escola toda, cozinhar para os meninos, fazer três sopas por dia, lavar as panelas, que são muito grandes e pesadas, lavar cinco banheiros, e ainda cuidava do marido, quando era vivo. Às vezes ele ia para a lavoura trabalhar e se perdia, pois tinha problemas mentais. *“Eu vivia preocupada.”* Ela também trabalhou na lavoura durante muitos anos, e também cuidou da mãe, já bem idosa e adoentada. Ela se dividia entre o trabalho na escola, a mãe que necessitava de cuidados e ficava sozinha em casa, e o marido que também exigia cuidados diários. *“Eu tinha que drobá a diretora, fazia mais serviço que num precisava, pra ela deixa eu ir lá em casa de vez em quando, dá uns tapinha na mãe, pra ela acordá...”*

Lúcia vivia com muitas responsabilidades e em constante preocupação. Tentava sempre se superar, para ganhar a confiança da diretora, pois temia que ela a mandasse de volta para casa, visto já ter aposentado. Ela temia perder o emprego, pois precisava muito do salário.

Com relação ao seu trabalho, Omar fala dos excessos, das responsabilidades e das preocupações que geravam estresse:

Tinha um ritmo muito acelerado. Tinha assim semp... tinha até, tinha responsabilidades de, por cargos de direção do serviço público, né? a coisa muito estressante, muito, ou porque você lidava com um número muito grande de pessoas, que te demandavam decisões, que na maioria das vezes você não podia tomar, ou resolver coisas que não tinha como resolver; ou digamos assim, administrando conflitos ou é... responsável por aplicação de recursos muito altos e sempre num ritmo muito intenso com um senso de responsabilidade muito grande, sabe? Uma coisa muito focado nisso, e hoje eu vejo que era desequilibrado.

Explica sobre o exacerbado sentido de dever, como também as dificuldades e os merecimentos:

Eu carrego uma coisa muito complicada que é o exacerbado sentido de dever. É como se eu não pudesse, não merecesse ou não pudesse me divertir, ficar à toa. Tenho a maior dificuldade pra ficar à toa. Na hora que vou ficar à toa, eu pego palavras cruzadas para fazer, pego, (rs), uma revista, (rs), pra ler, mas ficar à toa, à toa é muito complicado!

Afirma que foi um aprendizado contra a sua natureza, tudo aquilo que aprendeu sobre o que é certo na vida, e diz que isso era muito forte na sua infância. O compromisso de ter que estar ocupado sempre, de sempre ter tarefas. E, hoje, diz que pode ver que muitas tarefas, claramente, eram para se manter ocupada, sem nenhum propósito.

Na saudação do meu pai tinha uma coisa que era assim: que cabeça de menino é oficina do diabo. Sabe? Então, tem um episódio da minha infância, muito ilustrativo, era...: Nas férias, a gente tava muito feliz de férias, e a gente teve que catar todas as pedras dum quintal imenso, que era uma chácara, foi feito uma montanha assim, perto da casa, e gastamos um tempo enorme fazendo aquilo. Aí, nas outras férias, que nós estávamos muito felizes, de novo, (rs), meu pai falou assim: “Ah, esse monte de pedra aqui perto da casa não dá, não! Leva isso pra lá!” (rs), (rs). Um trabalho de Sísifo!¹¹ (rs). Então assim, é difícil você tirar isso. Era para ocupar! Para ficar ocupado, como se não merecesse, a não ser que conquistasse pelo trabalho, né? Ainda que um trabalho sem sentido.

A sociedade hipermoderna fundamenta-se na ideologia da ação. Podemos observar que os sujeitos da nossa pesquisa estão imersos nessa ideologia: ação na urgência, na demanda pela perfeição, no medo de ser dispensado, na falta de tempo para lazer, na dedicação exacerbada aos deveres e aos trabalhos, o que gera estresse e adoecimento.

5.2.3 Vivido Amoroso

Quanto ao vivido amoroso dos entrevistados, deparamos com muitos sofrimentos, inclusive comprovando a nossa hipótese da associação do desenlace do infarto com rupturas dos laços sociais. Observamos as rupturas, as perdas, assim como um sentimento de solidão diante da vida, diante das dificuldades e principalmente nos relacionamentos.

Helena conta que casou-se com quinze anos e meio e aos vinte e cinco o casamento já havia acabado, e com vinte e oito, separou-se. Ela preferiu assim. “*Torturas, torturas...*” “*Me maltratou muito. E depois, fiquei sabendo que ele tinha outra.*” Ela teve doze filhos, mas

¹¹ “[...] os deuses o castigaram impiedosamente, condenando-o a rolar um bloco de pedra montanha acima. Mal chegado ao cume, o bloco rola montanha abaixo, puxado por seu próprio peso. Sísifo recomeça a tarefa, que há de durar para sempre.” (BRANDÃO, 1986, v.1, p. 226).

perdeu cinco.

Omar, no transcorrer da entrevista reflete sobre a sua separação:

Complicado! Sofri muito, né? Acho que isso contou muito também! Morei em apart-hotel, foi um período de solidão, assim prolongado até ter um outro lugar pra morar, foi pesado, viu, foi muito pesado. Uma coisa que eu não pensava muito, mas hoje..., rememorando, com certeza, teve uma grande importância isso aí. Foi uma ruptura muito forte. Muito forte.

Na experiência de Hélio, com seus três casamentos, as vivências de rupturas e divisões, com divórcio e separações:

Ah, pra mim o primeiro foi difícil, né? Muita briga, muita confusão. Até a minha separação.

- Que idade você tinha quando casou?

Ah, eu era novo, eu não tava nem com 20 anos, não.

- E tinha muita briga por quê?

Ah, briga de ciúmes, eu também era novo, né? Gostava de gandaiá um pouquinho, né? aí vem as confusão. Dava briga, né? Aí teve que separar. Depois que separou ainda ficou muito, aí, veio a outra... A segunda não deu muita briga, mas foi por pouco tempo também que convivi com ela. Quatro anos. Aí nasceu a filhinha, e tal, e logo, logo nos separamos, não deu certo também.

- Pelo mesmo motivo?

Ah, ela era bem mais nova do que eu, né? Eu tinha ciúmes e não confiava e aí tinha aquelas brigas. Aí nos separamos. Aí peguei essa que é da minha idade.

- Deu mais certo, não tem briga, não?

Ah, (rs), não, ela é uma Santa Graças a Deus, é tranqüilo! Não é puxar pro lado dela não, mas ela é calma, não perturba nada! Entendeu? Preocupa muito comigo. Cuida de mim direitinho! (rs). Não posso queixar dela não, nada! Quando presta, presta, quando não presta a gente fala a verdade, (rs).

Lúcia relembra que o marido era muito severo.

Ele não era ruim, não. Não era. Mas ele tinha uma cabeça ruim... tão ruim, que se fosse num lugar pra passear, eu já não gostava muito e pedia não. Eu via que ele já tava sentindo, que não tava tão bom de estar ali, assim... eu tenho a adivinhação das coisas. Era pros outros não vê a gente. Eu era nova. Tinha fogueira na casa da mãe dele, todo ano fogueira, festa mesmo, e eu já nem ficava lá perto dos outros, só ficava na cozinha. Presa. De medo dele falá.

Conta que, em relação à doença, ele não gostava de ficar doente. Se ficasse, ele “corria no doutor.” “Tudo ele ia a cavalo”, porque era longe e não tinha carro; “tudo ele cuidava”, se tinha que arrancar dente, ir ao médico, tudo era a cavalo. E ele tomava os remédios “direitinho” que o doutor mandava. Morreu com pneumonia, porque era muito teimoso, “teimoso como uma pedra”, e ficava com o pé no molhado.

“Mas a gente tinha aquela tristeza, de vê que ele era diferente dos outros homens. Os outros homens não tratava as muié assim igual a ele. Mas tudo passou. Depois ficou doente. Caducou. Sumia pro mato. Tinha que caçá ele no mato, e eu tinha que trabalhar na escola...”

Foi uma vida difícil, mas tinha amor demais, segundo ela. Às vezes “xingava ele”, mas depois arrependia, pois ele precisava dos cuidados.

Apolo e Maria vivem situações estáveis no casamento e na vida familiar; nunca passaram por uma separação. A esposa de Apolo e o marido de Maria acompanharam, muitas vezes, os atendimentos, que, nesses dias, eram enfocados sob a ótica do atendimento de casal.

Apolo diz que o fato de ser um “workaholic” prejudicou um pouco o seu vivido amoroso. Poderia ter dedicado mais tempo à família. Além do mais, Apolo e sua esposa se dizem opostos. Ele gosta de mar, ela de montanha, e assim por diante. Mas agora dizem sorrindo: *“Vamos tomar as decisões juntos, com os dois corações!”*

Maria, ao falar sobre o marido e sua vida amorosa, diz que ele a formou, ele a fez. Em todos os sentidos: corporal, psíquico, financeiro. Deve tudo a ele. Ela era de família de origem bem humilde. Explica que se formou em pedagogia depois de casada, com o apoio do marido, que é bem mais velho do que ela. Vive uma preocupação constante em agradá-lo, um dever de retribuição e agradecimento, uma mescla de estresse e amor. Observa, no entanto, que os casamentos hoje em dia, diferentemente do dela e de alguns outros, não são duradouros.

Olha, eu acho que Deus resume o amor; que é que quando me perguntam o que é que é Deus? É o amor! O que é que é o amor? É Deus! ...Eu acho que o amor, eles falam que foi bom enquanto durou! Tá certo! Foi bom enquanto durou! Nunca aconteceu comigo e eu espero que não aconteça. Eu quero que dure para sempre! É uma outra dimensão do amor. Hoje tudo é muito rápido! E acaba! Então, o que é o amor? Você pergunta: você casou? Quando e onde? E eles dizem: “Ah! O amor acabou!” Como que o amor acabou? ...Você não pode exigir uma perfeição que você não tem. Então, eu vejo o amor assim. Eu acho que hoje não tem amor; não tem religião, porque se tivesse, se amasse a Deus, o casamento seria duradouro, como o meu e de muitos outros que andam por aí.

René confessa que “já morreu de amor”. Preza muito a busca do amor e observa que o seu vivido laboral intenso interferiu bastante no vivido amoroso. Diz ter uma personalidade forte, é “mandão” e sedutor.

Sou sozinho. Nunca me casei... Já tive muitas aventuras, já tive casos? Já. Já tive vários! Já... Já apaixonei muito, já cortei pulso, já chorei na sarjeta, já, nossa, já morri de amor! Claro. Sou fácil de apaixonar. Tô louco para apaixonar de novo! E vou encontrar quem me queira! Então sempre, sempre tive alguém. Acabou? Acabou. Ou já morreu. Já teve rompimentos pela minha profissão. Muitas vezes. Já até me acostumei. Me acostumei? Não, acho que não. Era muito mandão. Hoje serei

menos. O jogo de sedução hoje será menos.

5.2.4 Angústia de Morte

O que geralmente pensam e sentem os sujeitos, quando acometidos por um infarto?

Ah! A gente pensa muita coisa, né? ...

- Que muita coisa que você pensou?

Ah! A gente pensa assim em morrer, (rs), né? A gente fica preocupado. O coração, né? Principalmente a hora que fui, eles me puseram lá pra fazer a angioplastia, ah! Eu fui num medo danado! Pra mim, ah, aí eu pensei assim: hoje eu vou morrer mesmo, vai mexer no coração... Viu? As enfermeiras conversando comigo, me distraíndo, mas mesmo assim, a gente sente muito medo, né? Vai mexer no coração!

Quando perguntei a Hélio sobre a idéia de morrer, sobre o que pensava quando dizia assim: “Hoje eu vou morrer!”, ele nos responde:

Ah... pensava na família, né? Na família, na esposa. Como é que vai ficar a minha família...A gente pensa tudo na hora. Vem tudo na hora! Santo, a gente pega com tudo quanto é Santo.

- Qual Santo que você pegou?

Ah, é com tudo quanto é Santo! É com Deus, é com Nossa Senhora... (rs). É promessa...

Hélio não quer morrer, quer viver. Porém, reflete sobre a possibilidade da morte na tentativa de encontrar alguma explicação, algum conforto para a sua angústia.

Tá. Agora é só esperar a morte chegar, (rs, rs), e acabou. Eu não quero não, mas.... (rs, rs). Pra quê? Ficar aqui é tão bom, né? (rs). Eu tenho medo mesmo, agora vou falar a verdade, não é querer bancar o bom, não, eu tenho medo é de ficar enterrado naquela terra fria...(rs). A morte deve ser terrível, mas na hora que morreu, acabou. Deve ser o mesmo que quando a gente desmaia. A gente não vê nada, a gente não vê ninguém mais, a morte deve ser isso.

Nas expressões de Hélio, podemos observar que, na hora mais difícil, ele expressa seu temor em relação à morte e volta-se para os cuidados, de si e de seus familiares.

Ah, é pegá com Deus, pegá com os Santos, aí, meu Deus, agora eu vou, minha Nossa Senhora, não posso, não quero morrer, não me leva não, aí, nessa hora, tá doido! É difícil. Pensa em tudo, na família, pensa na esposa, né? pensei muito na netinha, eu tenho uma netinha...como que elas vão ficar...

As promessas geralmente são relacionadas com mudanças, em relação a uma busca de

melhor qualidade de vida. Para Omar, os excessos e descuidos são percebidos agora com mais atenção:

...eu estava com excesso de peso, tinha três anos que não ia ao médico. Na esteira, para perder peso, eu andei intensamente e fortemente, aí me deu uma distensão na coxa direita; parei. Fiquei quinze dias sem andar. Quando voltei, deu distensão na perna esquerda. Aí eu parei. Não, na época eu falei, vou parar, vou ao médico, eu pensei. Se eu forço a barra! Eu tava com 90% de obstrução!

Ele tem a consciência da morte:

É, eu acho que a morte e a vida estão aí, né? O tempo todo, (rs, rs). Uma atrás da outra! E realmente....tem um negócio lá do Castañeda, que fala assim: “Tome a morte como companheira”, né? Pra gente não pensar que é eterno e que pode fazer qualquer coisa.

Ao refletir sobre a vida, Omar reflete também sobre a morte, admitindo sua inter-relação.

Eu acho que viver bem é uma forma de preparar pra morrer bem quando tiver que...(rs, rs), morrer, embora numa transição adequada, não antes da hora, né? E viver o mais plenamente possível, acho que a coisa toda é essa, o resto você não tem controle, o que você pode fazer por você mesmo é isso.

Ele reconhece que não tinha o cuidado, pois a idéia do cuidado de si veio após uma conversa com seu médico, que lhe disse: “O seu coração está entrando em sofrimento.”

Quando escutei isto do meu médico, foi muito forte pra mim. Senti que aí eu precisava fazer algo com urgência por mim, pelo meu coração. Eu não imaginava que estava neste ponto, e eu não cuidava de mim, da minha saúde, ou da saúde do meu coração... Então realmente eu mudei muito. Comecei um programa sistemático de ginástica, assistida, especialmente para cardíacos, numa clínica especializada para pacientes que tiveram problemas cardiorrespiratórios, né? é...mudei minha alimentação, mudei meus hábitos de vida, assim, realmente, eu acho que, hoje, a probabilidade de eu ter um episódio desses é muito... Tô cuidando do peso, de bebida, de comida, dessas coisas. Evitando ficar muito estressado, tentando divertir mais, né? Relaxar, levar na pausa, levar a vida mais leve. Mais *Zen*, né? Acho que já valeu por isso! (rs, rs). (Pausa, longa).

No relato de Helena, o cuidado se expressou pela necessidade que tinha dos cuidados do outro. Sentimentos de solidão, sofrimento, angústia, preocupação e a fragilidade, características do ser humano:

Então eu fui só uma pessoa... que... cuidei dos filhos sozinha, lutei sozinha....nunca foi assim dizer, é o dinheiro, é, a, a causa é o dinheiro. Não. Era o sofrimento, era a angústia era... era a preocupação. Você não tem uma pessoa pra te ajudar, pra te dar

uma mão. Não tinha mãe, perto, tinha os irmãos tudo, lá do Norte, não tinha pai, não tinha... A outra família lá em São Paulo. Não tinha ninguém. Eu me sentia sozinha, eu vivia sozinha... Mas chega uma hora que a corrente quebra!

Helena fala dos abusos, e afirma que são muitos. E que ela nunca havia pensado que num momento assim dum choque, ela fosse ter um impacto, e que, depois, fosse, dali a umas duas ou três horas, não sentir mais nada. Mas diz que se enganou.

Eu, no momento, eu fiquei muito contrariada, com uma coisa que fui eu que fiz, mas não devia ter feito. Por causa de uma filha, uma delas aí, que falou assim pra mim: mãe, arruma um pedreiro pra fazer isso assim, assim, na casa, e deixe comigo. Eu, meu problema, não é dinheiro. O meu problema é ter uma pessoa, que eu...eu.... tenho trinta e três anos de separada, inclusive agora, agora mataram ele, o marido, que era militar, um grande militar. Já vai fazer dois anos.

Mesmo com um sentimento de desamparo muito forte, ainda assim, no segundo dia após o seu evento cardíaco, em dezembro, ainda internada no CTI, tendo sofrido um IAM muito extenso, ela afirma categoricamente, comprovando uma das características marcantes dos coronarianos, a de ser forte e de apostar na extrapolação dos seus limites: *“Agora em janeiro vou para Porto Seguro com meus netos. Eu sempre vou para a praia, Espírito Santo ou Bahia.”* Podemos observar também, neste seu relato, a negação da morte, talvez numa tentativa de abortar a angústia de morte.

René afirma não ter medo da morte, mas de ficar incapaz e não poder cuidar de si é motivo de muita angústia para ele.

“Não tenho medo de morrer, tenho medo de precisar de cuidados. Não tenho ninguém; não casei, não tenho filhos. Optei por isso. Fui egoísta. Meu irmão cuida de mim, sim, ele me trouxe para o hospital.”

René não tem medo da morte em si; tem medo de necessitar de cuidados. Leu bastante sobre os fatores de risco. Tem consciência sobre esses fatores, como falta de tempo, de consciência, de cuidado. Sobre o estresse relata que trabalhava muito, e isto foi impedimento para os cuidados. Não procurava o médico, nem fazia um *check-up*. Foi pego de surpresa. Sua pressão foi a mais de vinte e dois. Sabe que o sedentarismo é um forte fator de risco. Quanto aos cuidados, acaba falando dos descuidos. Descuidos, sedentarismo, má alimentação. Também observa a pressão correlacionada com a falta de tempo para realizar as tarefas. Agora quer ter cuidados especiais, nesta retomada de vida.

Reflexão sobre morte? Sim, mas não sobre a morte absoluta, como já estou repetindo. Se tivermos uma morte súbita e absoluta, não tenho medo dessa experiência. O que, o que é a morte para mim é aquela coisa lenta, dois, três, cinco

anos vivendo sobre uma cama, sendo cuidado por outras pessoas, sem movimentos, dependendo de pessoas para as atividades mais elementares do seu humano...

- Isso é que seria a morte?

Isso, para mim, é que seria a morte. O meu medo é disso, da morte em si, não, do caixão, não, tenho, eu tenho sepultura há anos que eu tenho sepultura. Não tenho problema de morrer, não. Bom, então esse tópico, não é a questão da morte, é da limitação; eu sou muito enérgico, sempre trabalhei muito, então eu não quero limitação, eu não consigo pensar em paralisado, é...cadeira de rodas, é... isso...

Maria, ao falar sobre a sua condição fisiopatológica, descreve a situação pela qual passou e o “medo de tudo”:

...aí vinha, ele fazia o eletro, dava receita, me dava, eu era hipertensa, diabética, então ele me dava a medicação para o diabetes, a hipertensão, pra tudo, pro coração. Ele me dava o remédio para o coração, mas chegou um ponto, que sempre que eu vinha fazer o eletro, tava em excesso. As batidas estavam anormais. E ele falou assim: “Maria, o coração não pode ficar assim, batendo forte dessa forma. Porque vai chegar uma hora que ele vai parar. Ele não vai agüentar”. ...Com a cirurgia eu teria 90% de chance de vida; sem, não teria chances... Eu tomei *paura*! Fiquei insegura, com medo, e disse: quando eu sair dessa, eu não vou passar em frente a um hospital mais...e eu acredito que depois quando passar tudo isso, eu vou viver de novo...

A angústia de morte, para Lúcia, surge correlacionada à experiência da dor, “a dor da morte”. Muito emocionada, ela conta várias vezes a sua experiência: “*Já era aquela dor de morrer mesmo, hiih!*” Ao lhe perguntar como era a dor, ela tenta explicar:

Ela ia assim, ela juntava assim, ela fazia assim, nem sei como tava ela! Aí eu lembrava da minha irmã, que morreu assim e eu pensei: daqui eu não vou sair. ...Dessa eu não quero mais, não. Eu não queria morrer, não, e Deus fez tudo certo. Eu ainda voltei, né? Mas se der agora, eu quero que seja duma vez. Eu não quero sofrer essa mais, não. Essa é pior que a dor de ter menino. Aí eu vou e não vejo mais nada, sofrimento, mais nada.

Ela não só viu como também vivenciou a angústia e a dor da morte.

Eu vi a dor da morte. Tem gente que diz que não viu a dor da morte. Eu vi. Essa é a dor da morte, não tem outra igual, não tem mais forte. Não tem mais forte que a dor da morte! Essa é diferente de tudo que eu já vi.... Tinha medo que me levassem no caminhão e no caminho eu morrer. Eu não queria morrer... Porque a minha irmã, que é dez anos mais nova que eu, ela morreu no caminho, quando ia para a Santa Casa. No caminhão. Ela fazia assim: rooom, rooom.... Já tava morrendo, não é? Ela trabalhava muito panhando café; eu também...

5.2.5 Reflexões Pós-Infarto

Nas reflexões pós-infarto, constatamos o que já foi descrito; a sociedade hipermoderna vem criando expectativas e demandas cada vez mais intensas e estressantes de performances, de urgência, de resultados, causando impactos que adoecem o coração, atingindo a saúde física e psíquica, a identidade e a qualidade de vida dos coronarianos. São urgências que exigem um estado de ser em contínuo movimento, gerando angústias e inseguranças que se instalam no coração e na psique dos sujeitos.

Podemos perceber no relato de René o impacto causado pelo IAM. O sujeito se vê diante de mudanças drásticas em seu ritmo e estilo de vida:

“Eu dormi lindo, louro de olhos verdes, com este corpinho, e acordei velho e infartado! Agora eu não sei como vou viver; não sei ser um velho infartado. Também não quero que as pessoas me vejam como um velho e, ainda por cima, infartado.”

Além do medo de possíveis preconceitos, o de ser visto como velho e infartado, tem medo de cair, de morrer, de viajar, de sair de casa, que é um lugar seguro. O pior de tudo, para ele, são as sensações do infarto e o período pós-hospitalização. Sente insegurança. O medo não é o da morte absoluta, mas sim de como vai morrer, por exemplo, de desfalecer em um lugar público. São as limitações, como a de não poder dirigir, ou sentir medo de ir ou estar nos lugares. A casa, neste momento, simboliza a proteção. Sair à rua é o mesmo que estar desprotegido. Sente uma solidão. Para ele, o infarto foi uma surpresa, não esperava.

Agora, no pós-infarto, René quer ter mais cuidados e já tomou uma atitude: parou com o cigarro. Promete também não mais se estressar com o trabalho e com os outros. Vai ter, a partir de agora, uma disciplina para com os cuidados pessoais. Vai planejar. Usar as características da sua personalidade operacional para ‘o fazer’, mas não para ‘o ter’. Agora, deverá aplicar esta capacidade para a vida. Sente que perdeu a resistência, a força. Sente-se debilitado nesta fase pós-infarto, tanto física quanto psicologicamente. Tem consciência da gravidade do IAM: *“ele depauperou.”* Encontra-se agora diante de vários questionamentos: preguiça? Tapear? Sono? Medicamentos? Repouso? Resistência? E finalmente afirma: *“Tenho que, tenho o dever de ser forte! Ser herói! O terrível do infarto é todo este: ser jovem e acordar velho!”*

O infarto para René é choque, é surpresa. A sexualidade fica abalada, e vem a cobrança em retornar à energia que tinha. O desejo do retorno à sua condição perdida: ser

forte, imbatível e, quem sabe, imortal.

- E essa questão do estilo de vida é o que você já está buscando?

Já, já, já estou buscando. Vou fazer com disciplina. Antes eu não tinha disciplina, só tive disciplina para duas coisas.

- Para quais, você tem disciplina?

Eu faço um mapa de custo, perfeito; eu estabeleço um cronograma de trabalho. Eu penso em tudo. Sei o que vou fazer. Para cada dia. Eu tenho isso tudo muito bem organizado. Eu tenho essa capacidade, é do engenheiro. Isso eu tenho. Eu não tenho a capacidade do ter. Esse eu não tenho. Eu tenho a capacidade operacional e organizacional. Estão comigo. Agora é voltar essa capacidade também para a vida, não só para o trabalho.

Ao refletir sobre o presente, no pós-infarto, Apolo fala que quer mudar seu estilo de vida. Quer introduzir mais lazer em sua vida:

“Agora quero viajar! Muito! Ah! São muitos os lugares que quero conhecer. Eu não conheço nada, nunca saí daqui, só a trabalho.”

A esposa diz que ele não soube dosar, que ele vive só para o trabalho, mas agora vai prestar atenção ao seu coração. Sempre teve muitas preocupações com os filhos, muitas responsabilidades com a família e muito trabalho, sem pausas, sem férias.

Agora, vai aliar o trabalho e o coração, mantendo os cuidados com o coração. Diz que o coração deu um sinal. Agora vai escutar os sinais. Quer mais lazer, mais tempo para lazer.

O coração significa hoje, para mim, vida! Agora vou fazer as escolhas a partir do coração... Antes, eu ia sempre para a praia, a mesma praia, para levar os filhos... Quero conhecer muitos lugares; eu sempre tive muita vontade de conhecer lugares novos; agora vou viajar com a esposa. Eu sempre trabalhei muito, viajei muito a serviço, e quando aposentei, levei o escritório para casa.

Hélio planeja mudanças que, segundo ele, são bem difíceis de cumprir:

“Mudar os vícios, a alimentação...a bebida. O cigarro é o mais difícil. Tudo dá vontade de fumar. Se fica nervoso, dá mais vontade de fumar. O cigarro acalma. Mas é isso daí que prejudica, né?”

Ele faz até promessa:

A promessa é que quando eu sair daqui se Deus quiser, eu nunca mais vou botar bebida na boca, nem o cigarro! A bebida graças a Deus, eu não tenho o vício, né? Quando eu quero beber, tomar um vinhozinho, eu tomo. Mas já o cigarro eu já tenho o vício, e o cigarro é que prejudica mais ainda, né? Eu sinto que ele me prejudica. Eu canso quando vou subir um morro; sinto aquele cansaço, e eu sei, tenho certeza que é por causa do cigarro. O médico exatamente já me falou muitas vezes: pára de fumar, pára de fumar, porque é perigoso!

Hélio começou a fumar com quatorze, quinze anos. E nunca mais parou. *“Agora que eu passei mal...vou ter que parar...mas é bem difícil!”*

Helena, em seus projetos de vida para o futuro, pretende não se estressar mais, vai ficar numa boa, vai ser “Sinhá”. Os filhos e netos vão ajudar. Agora vai aceitar a ajuda dos outros.

Agora não, agora não vou querer fazer tudo sozinha. Eles vão me ajudar, os filhos, eles podem ajudar. São fortes! (rs). As panelas lá em casa são enormes. Sempre fiz almoço e jantar. Para lavar, são muito pesadas. Com comida, precisa de dois para levantar e levar para a mesa. Agora vou fazer algumas coisas, mas não vou fazer tudo, vou só coordenar! Agora vou ser “SINHÁ”.

Lúcia diz que não pensava que teria um infarto. Agora quer voltar para casa, no interior, e arrumar tudo. Toda a “bagunça”. *“Ah! Eu quero ir ver meu netinho, ooohhh! Fazer meus bordadinhos... Ah! Eu quero é ficar mais em casa. Na hora que eu tiver boa eu vou andar.”* Reflete também sobre as possibilidades de levar uma vida mais leve. Planeja pedir ao filho que instale uma bica, trazendo a água que vem do riozinho para a sua casa. Assim poderá ter água com mais facilidade, e não terá que carregar baldes pesados morro acima, como de costume. Planeja também não sofrer tanto com os problemas de relacionamento com a nora. Quer viver menos preocupada e mais feliz. Diz que sempre se preocupou muito com tudo e com todos. Tem seis irmãos e muitos sobrinhos, e todos eles são motivos de preocupação e cuidados por parte dela.

Maria diz estar com mais esperança. *“Antes era uma esperança com dúvidas, mas agora é uma esperança concreta.”* Comentou que após tudo ter passado, conseguia enxergar coisas boas. Uma delas foi o reconhecimento de que seu filho era forte, pois ele assumiu as responsabilidades da casa e cuidou dela e do pai, que ficara fragilizado ao ver a esposa infartada, necessitando de uma cirurgia. Disse que ficou muito frágil neste pós-infarto, tendo causado uma possível decepção para seu marido, que sempre a vira muito forte, sempre animada, resolvendo tudo. Quanto às mudanças nos hábitos de vida, ela reflete:

Deixar de fumar, eu deixei de fumar quinze dias antes. Quando tive um outro infarto, eu também parei de fumar. Mas voltei novamente, porque eu disse: não vou fumar nunca mais. Logo depois, voltei a fumar. Só que nesse de agora eu disse: eu não quero mais fumar!

Maria disse que, ao mudar a maneira de enfocar o problema, mudou também sua forma de agir. Foi com mais convicção. *“Não quero mais fumar, não quero mais fumar, não quero mais fumar, porque o cigarro não vai me levar a nada!”*

Esta colocação mostra o quanto é difícil parar com o vício do cigarro. É preciso muita força de vontade.

Para Omar, a fase pós-infarto é vivida como uma insegurança em relação ao que podia e ao que não podia fazer, quais seriam os seus limites e suas possibilidades. Em seus relatos, observamos a vivência da sensação de fragmentação, característica da hipermodernidade. Assim ele observa, em relação à sua condição de vida e de consciência diante de situações que resultam em “agonias” vividas na contemporaneidade e que acabaram contribuindo para o acometimento do seu evento coronariano:

A gente tem um comportamento contraditório, sabe? Você tem uma consciência das coisas às vezes, você tem informação das coisas, mas é como se a gente fosse meio desintegrado. Você vivesse assim com a sua cabeça prum lado, sua boca pro outro, seu coração pro outro (rs), a perna prum outro, quer dizer, é um negócio meio atrapalhado, que acaba resultando nessas agonias, né? Acho que isso é uma coisa que também eu penso, a busca do equilíbrio, da harmonia, da consciência,... plena, se possível, a cada momento da vida, acho que isso ajudaria a ter uma vida muito mais saudável, né?

A princípio, Omar teve pressa para perder peso, e se esforçou muito na esteira, visando à saúde. Mas logo após o infarto, surgiu a preocupação com os cuidados: *“Aí eu comecei a tomar conta de mim. A perna é que avisou; eu percebi o sinal e parei. Bonito, né?”* A percepção de Omar é clara em relação aos possíveis efeitos da pressa e do descuido. Ele enfatiza a importância da prevenção, antes mesmo de um possível adoecimento:

Olha, eu fico pensando assim; eu ando pela rua, vejo as pessoas, vejo as pessoas correndo, vejo as pessoas fumando, vejo as pessoas bebendo, vejo as pessoas vivendo, e fico pensando: que pena que a gente tem às vezes um grau de consciência tão baixo, durante um período grande da vida e depois paga um preço tão alto por isso. Sabe? Então que bom seria que... você vivesse uma vida saudável a cada dia da sua vida...., pra você se manter saudável, pra você ter uma qualidade de vida ao longo da sua vida toda, e não uma coisa assim, porque aconteceu um episódio, então você vai se cuidar. Que a gente pudesse ser mais preventivo, mais consciente.

Nesse momento, diz estar exatamente refletindo sobre estas questões e se propondo fortemente a ter mais prazer, mais lazer, a dar intervalos. A se permitir.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os motivos adoecedores foram bem definidos, como a urgência do tempo, os excessos e as rupturas amorosas. Podemos constatar, através da nossa análise, que uma atitude exacerbada de responsabilidades e preocupações em relação ao vivido laboral e o acúmulo de trabalho sem pausas e sem lazer podem levar ao estresse, fator importante na correlação com o infarto. Não tivemos situações, por exemplo, como perda de emprego ou falta do que fazer. Ao contrário, os sujeitos da nossa pesquisa tinham acúmulo de atividades e de trabalho. Alguns deles, aposentados, provavelmente tenham sofrido uma depressão, em relação à ruptura de um trabalho específico, a perda do emprego e da conseqüente mudança de vida, ainda que tivessem continuado com outros trabalhos e outras atividades com bastante intensidade.

Psicologicamente, o simples fato de se terem aposentado, após longo tempo no trabalho, pode ter causado algum efeito negativo, pois envolve perdas.

No vivido amoroso, as separações conjugais, as mágoas, as perdas, a vivência do luto e as separações, o sentimento de solidão, a depressão e os atritos familiares, contrariedades e decepções mostraram ser motivos cruciais no desencadeamento do IAM. Assim como o tabagismo, a HA, a dislipidemia, o diabetes, a má alimentação, a bebida, o sedentarismo e a solidão, associada à depressão e ao estresse.

Quanto à genética, sabemos que é, sem dúvida, um dos fatores de risco que não pode ser evitado. Entretanto, não foi motivo de estudo, pois a nossa pesquisa priorizou os aspectos psicossociais do IAM.

Constatamos também que diante de todos esses fatores, e da conseqüente angústia de morte, eles voltam-se para os cuidados, para as mudanças necessárias, através de intenções e promessas, feitas enquanto projetos de vida com mais qualidade, mais prazer e mais tempo para o lazer.

Porém, o fator mais intrigante é a Síndrome do “Coração Partido”, *Broken Heart*” ou “*Coeur Brisé*”, pois até hoje não se tem certeza sobre as causas desse suposto infarto que acomete somente as mulheres em várias partes do mundo. Merece um estudo mais específico.

Contrariamente à idéia que eu tinha, ao iniciar esta pesquisa, de que os homens sofreriam mais com as questões vividas no trabalho e as mulheres, nas questões do amor, pode-se constatar que tanto os homens quanto as mulheres sofrem com as separações e os

atritos nas vivências amorosas, assim como também, com o acúmulo de trabalho, de responsabilidades e de estresse, no vivido laboral.

Inclusive, observamos que as experiências de rupturas, separações amorosas e de depressão associada à solidão, afetavam, de alguma forma, talvez sob o aspecto do inesperado, mais os homens do que as mulheres. Eles mostravam uma maior sensibilidade para o assunto, ao passo que as mulheres falavam com mais decisão, com menos surpresa. Ao expor suas vivências amorosas, as mulheres falam sobre essas questões com mais facilidade, com desembaraço, com mais força e propriedade do que os homens, talvez porque estes não têm o costume de lidar com as emoções de uma maneira mais aberta, mais permitida.

Resumindo, podemos observar que:

Omar apresentou um sentimento de responsabilidade e o compromisso em fazer certas coisas, que eram impossíveis de serem realizadas, ou mesmo cumpridas. Vivenciou separações importantes, envolvendo filhos e netos, passou por três casamentos, suportou rupturas e solidão. Sofreu muito.

Helena vivenciou muitas contrariedades. Teve o seu coração “*partido, ferido, machucado.*” Sofreu. Enfrentou o abandono e um divórcio, ficando responsável por sete filhos menores. Vivenciou o luto. Passou por muito trabalho, com muitas responsabilidades, inclusive a de ter que sustentar a família. Hoje, todos os sete filhos têm curso superior. Agora ajuda nos estudos dos netos.

Hélio tem como fatores de risco o cigarro, a bebida, a alimentação, HA, sedentarismo e diabetes. Passou por separações dolorosas, brigas, ciúmes e decepções. Teve três casamentos. Vivencia também uma tensão laboral, pois considera o seu emprego “*um pouco perigoso.*”

Apolo afirmou ter tido sempre muito trabalho, mas não soube dosar. No trabalho sempre teve muitas responsabilidades. Intitula-se um “*workhaolic.*” Porém, era um excesso constante de trabalho, sem pausas, sem lazer.

René vive constantemente com prazos a serem rigidamente cumpridos, enfrenta um estresse laboral, pois tem que fazer muitas coisas em curto prazo. Quer fazer tudo sozinho: “*é querer tudo perfeito.*” Passou por muitos sofrimentos no amor. Vivenciou separações, decepções e solidão. Quis até morrer por amor.

Lúcia sofreu muito com rupturas, perdas e com lutos: morte da irmã e do marido. Com a partida inesperada de um sobrinho, deixando “coisas sem falar”, ou seja, diferenças e conflitos vividos como incompreensões, ficou impactada, diante de tantos sofrimentos e

ansiedades. Tem muito trabalho na escola, como faxineira, e na roça. Sempre teve muito trabalho na vida. Passou muito trabalho com o marido também, que tinha alguns problemas mentais, e com a mãe idosa, acamada e adoentada.

Maria vivenciou o luto, que lhe adoeceu o coração. Passou a sofrer de angina, antes dos três infartos que teve. Sofreu a perda da irmã e da sobrinha ainda não nascida, fato este que não consegue superar. É muito doloroso para ela. Fala também do estresse da mulher na atualidade, devido ao acúmulo de tarefas e responsabilidades, comprovando a nossa hipótese inicial. É pedagoga, porém intitula-se “do lar”, pois seu marido não queria que trabalhasse. Faz trabalhos voluntários no clube, com crianças e no asilo, com os idosos. Faz trabalhos manuais, pintura, crochê, bordado, e ensina também. Faz doces, salgados e bolos. Faz hidroginástica e sai muito para dançar. Participa de vários grupos. Apesar de fazer trabalhos que são voluntários, vive um ritmo acelerado de atividades e tem uma demanda pessoal de “hiperfeiçoamento de si.” Vivencia certa estabilidade no casamento e na vida familiar, e o desejo de agradar o marido: *“Tenho que ser perfeita para ele! Para ele me admirar! Por tudo que ele fez e faz por mim.”*

Todas essas experiências nos levam a acreditar que os impactos vividos pelos sujeitos contribuíram para o adoecimento do coração. Contribuíram para o desenlace do IAM, alguns como fatores de risco precipitantes, não como a causa em si.

Atualmente, o panorama da hipermodernidade revela índices alarmantes das DCVs, e o objetivo proposto pela área da saúde é o de alcançar a prevenção para as doenças do coração. Apesar de o IAM continuar sendo o maior problema de saúde pública no mundo industrializado, nem todos os indivíduos têm uma conscientização ou mesmo uma postura necessária para a prevenção. Busca-se intensamente tratar as cardiopatias, a medicina nunca esteve tão avançada nesta área e a saúde nunca foi tão almejada. Porém, quanto a prevenir-se das DCVs, encarando os fatores de risco evitáveis, como o tabagismo, o estresse, a má alimentação, a obesidade, a hipertensão, o sedentarismo, o alcoolismo, a dislipidemia e a depressão, parece que alguns indivíduos ainda acreditam e apostam, mesmo que inconscientemente, na própria imortalidade, pois ignoram os avisos e, muitas vezes, não aderem ao tratamento. Incorrem nos excessos, uma das marcas da sociedade hipermoderna, nutrem-se de sonhos e de ilusões.

Seria também um excesso de identificação com o herói arquetípico da mitologia grega que, como disse Platão, tem a mesma essência das estrelas? Naquele “reino” ideal ele não morre, ele retorna para a via láctea, pois ele é feito da mesma constituição das estrelas. Porém,

neste “reino” humano, ele fica debilitado, limitado e muitas vezes estigmatizado no ambiente de trabalho e no vivido de suas relações amorosas, pois as pessoas receiam que ele venha a ter um segundo episódio da doença a qualquer momento.

É mais comum surgirem reflexões relativas às propostas de cuidados para com a saúde diante do impacto do infarto, da morte e da hospitalização na fase pós-infarto, quando o coração já deu um sinal de seu adoecimento e, portanto, já entrou em sofrimento, do que preventivamente.

Independentemente da idade ou do sexo, pode-se observar a constante angústia de morte entre os pacientes cardiopatas, com reações de medo e de negação da morte, que se manifestaram por uma pressa e uma determinação em viver intensamente cada momento. Observou-se uma conscientização sobre a necessidade de uma reeducação e reestruturação nos hábitos de vida. Sua relação com a vida já não é mais a mesma; ela deve ser revista.

O sujeito infartado vive uma relação complexa e paradoxal com o tempo que ainda lhe resta, e que parece ser ainda mais do que indefinido, agora, após o evento cardíaco. Ele deve cuidar-se para não se estressar, acalmar-se, “ficar zen”, viver saudavelmente e, por outro lado, tem pressa de viver, precisa aproveitar o tempo que lhe resta e, ainda, ser imbatível. Na verdade, ele tem medo de morrer. E ainda tenta determinar, ou seja, negar a sua hora: *“Eu não quero é morrer antes da hora!”*

Na aceleração do tempo vivido na contemporaneidade, observamos as contradições entre o que é possível e real, e o que é imaginário, do mundo da ficção. São as ilusões necessárias do herói de invencibilidade, as ilusões do agir mais para ganhar mais, para ser o melhor, e viver mais intensamente para ter a sensação da eternidade.

Neste contexto, ele poderá se realizar, se superar, encontrar a felicidade almejada, por um lado. Por outro, corre o risco de sofrer as rupturas decorrentes dos excessos, podendo incorrer em conseqüências vitais para a saúde.

Isso gera, inclusive, angústias, que “calam” o coração dos indivíduos.

Em nossa reflexão final, vemos que os sujeitos da nossa pesquisa trabalharam excessivamente, tiveram preocupações e tensões em excesso; não deram pausas; sentiram fortes contrariedades e sofreram perdas; fumaram, beberam ou comeram de forma inapropriada; muitas vezes, incorreram em vários excessos.

Eles nos deixam mensagens de cuidados: “Trabalhar, sim, mas não exceder. Amar, sim, mas tentar elaborar as contrariedades, as raivas, as decepções. Viver, sim, tendo a possibilidade da morte como um símbolo de transformação.”

Que a morte possa nos remeter à vida, possa dar um sentido mais significativo para nossas vidas. Que o coração possa seguir batendo forte, sendo o maior símbolo de vida, o maior símbolo de amor. Recebendo os devidos cuidados que ele requer, atento às demandas humanas e, também, às sobre-humanas, que a sociedade hipermoderna lhe impõe.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Fighting Heart Disease and Stroke, AHA.** Disponível em: <<http://www.americanheart.org>> . Acesso em: 13 ago. 1997.

ANTMAN, Elliott M.; BRAUNWALD, Eugene. Infarto Agudo do Miocárdio. In: BRAUNWALD, Eugene. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. 5 ed. São Paulo: Roca, 2 v., 1999. Cap. 37.

ARAÚJO, José Newton Garcia. **Tempo Vivido**: da Filosofia do Tempo à Compreensão da Experiência Temporal. 1983. 207f. Dissertação (Mestrado em Filosofia)- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

ARAÚJO, José Newton Garcia. Algumas considerações sobre o Tempo Vivido. **Cadernos de Psicologia**, Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 5-25, 1984.

ARAÚJO, José Newton Garcia. Tópicos sobre Angústia e Temporalidade. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org.). **Angústia e Psicoterapia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 143-173.

ARAÚJO, José Newton Garcia. Angústia e cuidado. In: Da GAMA, Carlos Alberto Pegolo....[et al.]: organização Vera Lopes Besset. **Angústia**. São Paulo: Editora Escuta, 2002.

ARAÚJO, José Newton Garcia. **Notas para o curso**: Temporalidade, trabalho e subjetividade. Curso Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2006.

ARAÚJO, José Newton Garcia; CARRETEIRO, Teresa Cristina (Orgs.). **Cenários Sociais e Abordagem Clínica**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec, 2001.

AUBERT, Nicole. **Les Pathologies de l'urgence**. 2003a. Le lien d'origine: Disponível em: http://www.ceerecherche.fr/fr/sem_intens/seance16/patho_urgence.pdf. Acesso em: 28 ago. 2006.

AUBERT, Nicole; GAULEJAC V.. **Le coût de l'excellence**. Paris: Le Seuil, 1991.

AUBERT, Nicole, GAULEJAC V.. **El coste de la excelencia**. Barcelona-Buenos Aires-México: Ediciones Paidós, 1993.

AUBERT, Nicole. **L'individu hypermoderne**. Sous la direction de Nicole Aubert. Editions Erès. 2004a.

AUBERT, Nicole. **Le culte de l'urgence. La société malade du temps**. Flammarion, 2003b.

AUBERT, Nicole. L'individu hypermoderne : une mutation anthropologique ? In: **L'individu contemporain, Regards sociologiques**, Editions Sciences Humaines, maio, 2006a, 343p. p.155-166.

AUBERT, Nicole. Hyperperformance et combustion de soi. **Etudes**, 2006b. p. 339-351. T. 405

AUBERT, Nicole. Le sens de l'urgence, **Sciences de la Société**, n. 44, 1998, p. 29-41.

AUBERT, Nicole. Intensité de soi, incandescence de soi. In: **La Performance, une nouvelle idéologie ?** (sous la direction de Benoit Heilbrunn). Paris : La Découverte, 2004b, p. 81-86.

AUBERT, Nicole. **L'aventure psychosociologique** (avec V. De Gaulejac et K. Navridis, ouvrage collectif), Paris: Editions desclée de Brouwer, 1997.

AUBERT, Nicole. **Le stress professionnel** (avec Max Pagès). Paris: Editions Klincksieck, 1989.

AUBERT, Nicole. **Catálogo de materiais especiais**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por: <spaiva@ecos.com.br> em 17 nov. 2007.

AUGÉ, Marc. Les non-lieux. Paris : Le Seuil. 1992. In : AUBERT, Nicole. **L'individu hypermoderne**. Sous la direction de Nicole Aubert. Editions Erès, 2004a.

AZEVEDO, Marcello de C.. Não-Moderno, Moderno e Pós-Moderno. **Revista de Educação AEC**, ano. 22, n. 89, out./nov. 1993, p. 19-35.

BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BARTHES, Roland. **Fragmentos de um discurso amoroso**. Rio de Janeiro: RJ. Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1977.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. L'hypermodernité, dépassement ou perversion de la modernité? In: AUBERT, Nicole. **L'individu hypermoderne**. Sous la direction de Nicole Aubert. Editions Erès, 2004a.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade. A psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BLEGER, José. **Temas de Psicologia (entrevista e grupos)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BLUM. In: FELTON, James. S. **Occupational Medical Manegement**. Boston: Little Brown, 1990.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia Grega**. Petrópolis: Vozes, 1986. v. 1.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia Grega**. Petrópolis: Vozes, 1987. v. 2.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Curso de Mitologia Grega**. Rio de Janeiro, fev. à dez. 1988. Notas de aulas.

BRANDSPIEGEL, HZ et al. **A Broken Heart**. Disponível em:
< <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/98/13/1349>. > Acesso em: 18 maio. 2007.

BRAUNWALD, Eugene. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. 5. ed.. São Paulo: Roca, v. 1, 1980.

BURG, Mathew M.. **Stress, Behavior & Heart Disease**. 2002. Scientific Eletronic. Library Online-Windows Internet Explorer. Disponível em: <www.SciELO.org> Acesso em: 30 jun. 2007.

BUBER, Martin. In: WEHR, Gerhard. **An Illustrated Biography of C.G.Jung**. Boston & Shaftesbury: Shambhala, 1989.

CAMPBELL, Joseph. **O Poder do Mito**. São Paulo: Editora Palas Athena, 1990.

CARLSON, Bruce M. **Embriologia Humana e Biologia do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara. 1996.

CARVALHO, Valéria Bezerra de; MACRUZ, Radi. **Physiopathology of Ischemic Heart Disease**. In: *Cardiopatia Isquêmica: aspectos de Importância Clínica*. São Paulo: Sarvier, 1989.

CHAMPION et WITTSTEIN. **Les Maladies du Coeur**. Syndrome du coeur brisé. Disponível em: www.doctissimo.fr/html/dossiers/maladies-cardiovasculaires/articles/8476>. Acesso em: 07 abr. 2007.

CHARLES, Sébastien. In: LIPOVETZKY, Gilles. **Os Tempos Hipermodernos**. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.

CONNELLY Ka, MacIsaac AI, Jelinek VM. **Stress, myocardial infarction, and the “takotsubo” phenomenon**. *Heart* 2004 Sep; 90 (9):e52. Disponível em: www.americanheart.org> Acesso em: 15 abr. 2007.

COOPER, J. C.. **Symbolism. The Universal Language**. Wellingborough, Northamptonshire: The Aquarian Press, 1985.

DOENÇAS Cardiovasculares Aterosclerose e Fatores de Riscos. Disponível em: www.unifesp.br/dmed/cardio/ch/cardio.htm > Acesso em: 02 maio 2008.

ELIADE, Mircea. **Aspectos do Mito**. Harper & Row, Publishers, Inc.. Lisboa – Portugal: Edições 70, Lda, 1963.

ENRIQUEZ, Eugène. A Construção Amorosa. **Psicologia em Revista**. PUC Minas, v. 9, n. 13. Junho de 2003.

ENRIQUEZ, Eugène. Perda do Trabalho, Perda da Identidade. In: MOREIRA, NABUCO e NETO (orgs.). **Relações de Trabalho Contemporâneas**. Belo Horizonte: IRT/PUC-Minas, 1999, p. 69-83.

ENRIQUEZ, Eugène. Instituições, poder e “desconhecimento”. In: GARCIA de ARAUJO e CARRETEIRO (orgs.). **Cenários Sociais e Abordagem Clínica**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec, 2001.

ENRIQUEZ, Eugène. **A Organização em Análise**. Petrópolis. RJ: Vozes, 1997.

ENRIQUEZ, Eugène. O papel do sujeito humano na dinâmica social. **Psicossociologia. Análise social e intervenção**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994, p. 24-40.

EPICURO. **The Surviving works of Epicurus**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Epicuro>. <http://www.consciência.org/epicuro.shtml>>. Acesso em: 18 nov. 2002.

FARAJ, Marcílio. As bases fisiológicas do aparelho cardiovascular. In: **Cardiologia: Sociedade Mineira de Cardiologia**. Wagner Cardoso de Pádua Filho; Marcia de Melo Barbosa; Eduardo Dias Chula. (Eds). Rio de Janeiro: Medsi; Guanabara Koogan, 2005.

FELTON, James S. **Occupational Medical Management**. Boston: Little Brown, 1990.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FREUD, Sigmund. Moral Sexual ‘Civilizada’ e Doença Nervosa Moderna. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud : v.9**: Gradiva de Jensen e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1969a. 281p.

FREUD, Sigmund. Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte. In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud : v.14**: história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1969b. 420p.

FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud : v.21**: O futuro de uma ilusão; o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1969c. 309p.

FRIEDMAN, M; ROSENMAN, R. H.. In: BALLONE, G.J.. **Psicossomática e Cardiologia**. Psiquiatria Geral. Disponível em: <[Psiqweb ballone](#)> Acesso em: 18 de abr. 2001.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Acaso e repetição em psicanálise**: uma introdução à teoria das pulsões. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, 1993.

GAULEJAC, Vincent de. Le sujet manque. L’individu face aux contradictions de l’hypermodernité. In: AUBERT, Nicole. **L’individu hypermoderne**. Sous la direction de Nicole Aubert. Editions Erès. 2004a.

GAULEJAC, Vincent. **ISC - Institut International de Sociologie Clinique** - Programme 2006-2007.

GAUCHET, Marcel. Conclusion: vers une mutation anthropologique ? (Entretien avec Nicole Aubert et Claudine Haroche). In: AUBERT, Nicole. **L'individu hypermoderne**. Sous la direction de Nicole Aubert. Editions Erès. 2004a.

GIOVANETTI, José Paulo. Religião e subjetividade contemporânea. In: MAC DOWELL, J. A. (org.). **Saber Filosófico, história e transcendência**: Homenagem ao Pe. Henrique Cláudio de Lima Vaz, SJ, em seu 80o aniversário. São Paulo: Edições Loyola, 2002a.

GIOVANETTI, José Paulo. **A Constituição do Sujeito**: disciplina isolada no Mestrado em Psicologia Social da UFMG, Belo Horizonte, fev/jun. 2002b. Notas de aulas.

GIOVANETTI, José Paulo. **O Sujeito Contemporâneo**: disciplina isolada no Mestrado em Psicologia Social da UFMG, Belo Horizonte, ago/dez. de 2002c. Notas de aula.

GOETHE, Johann Wolfgang von. In: BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia Grega**. 1986, p.38. v. 1.

HALL, Stuart. **A Identidade Cultural na Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari; SILVA, Tomaz Tadeu (org.). **Antropologia do ciborgue. As vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

HEGEL, G.W.F.. **Fenomenologia do Espírito**. Parte I. A Independência e Dependência da Consciência-de-Si: dominação e escravidão. Rio de Janeiro. Petrópolis: Vozes, 1992.

HOFFMANN, David. **O Controle Natural do Stress**. São Paulo: Ground, 1986.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Representações Sociais e Esfera Pública**: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

JUNG, Carl Gustav. **Face to Face, Interview**. Küsnacht: BBC, 1959. 1 vídeo (45 min.): NTSC: son.

JUNG, Carl Gustav. In: HULL, R. F. C.; McGUIRE, William. **C. G. JUNG: Entrevistas e Encontros**. São Paulo: CULTRIX, 1977.

KURISU, S et al. **Time course of electrocardiographic changes in patients with Tako-Tsubo syndrome:** comparison with acute myocardial infarction with minimal enzymatic release. Disponível em: <[Circ J 2004 Jan; 68 \(1\):77-81](#)>. Acesso em: 14 jun. 2007.

LAHAM, Mirta A. **Psicocardiologia:** Abordaje psicológico al paciente cardíaco. Argentina: Ediciones Lumiere S.A., 2001.

LAÏDI, Zaki. **Le sacré du Présent**. Paris: Flammarion, 2000.

LÉVI-STRAUSS, Claude. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

LÉVINAS, Emmanuel. **ENTRE NÓS. Ensaios sobre a alteridade**. O Sofrimento Inútil. Petrópolis: Vozes, 1997.

LOURES VALE, Andréia A.; MARTINEZ, Tânia L. R.. Fatores de Risco Coronário: Quais os já Consagrados e sua Importância na Gênese da Doença Coronária? In: TIMERMAN, Ari; CÉSAR, Luiz Antonio Machado (Ed.) **Manual de Cardiologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MACHADO, Marília Novais da Mata. **Entrevista de Pesquisa: A Interação Pesquisador/ Entrevistado**. Belo Horizonte: C/Arte, 2002.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MELUCCI, Alberto. **The Playing Self. Person and meaning in the planetary society**. Londres: Cambridge University Press, 1996.

MELUCCI, Alberto. **The Playing Self. Person and meaning in the planetary society**. Londres: Cambridge University Press. 1996. GIOVANETTI, José Paulo. **Constituição do Sujeito**. Disciplina isolada no Mestrado em Psicologia Social da UFMG. Primeiro semestre de 2002. (Apostila produzida para o curso, tradução nossa).

MICHELAT, G. Quelques Contributions à la Méthodologie de l'Entretien Non-Directif d'Enquête. Paris: **Revue Française de Sociologie**, XVI, 1975.

MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. **Figuras de Alteridade no pensamento Freudiano**. 2002. 262 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. O problema da Alteridade no Pensamento Freudiano: uma construção. **Agora: estudos em teoria psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 6, n. jul/dez, 2003, p. 251-270.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. Luto e Melancolia: uma leitura sobre o problema da alteridade. **Pulsional Revista de Psicanálise**, ano XVII, n. 179, set., 2004. p. 33-42.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. **Notas para o curso: O problema da alteridade no pensamento Freudiano**. Curso Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2006.

MOREIRA, Jacqueline Oliveira. Corpo como linguagem: a depressão na pós-modernidade como fator de risco cardíaco. In: **Simpósio de Psicologia em Cardiologia - Congresso da Sociedade Mineira de Cardiologia**, XVIII, 2007, Expominas, Belo Horizonte, MG, p. 01-07.

MORIN, Edgar. **A Religação dos Saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil LTDA, 2001.

MORIN, Edgar. **Amor, Poesia e Sabedoria**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

ORSINI, Kenia. Fatores de risco para doença arterial coronariana. In: PÁDUA FILHO, Wagner; BARBOSA, Márcia de Melo; CHULA, Eduardo Dias. (Eds) **Cardiologia: Sociedade Mineira de Cardiologia**. Rio de Janeiro: Medsi; Guanabara Koogan, 2005.

PAGÈS, Max. Des synthèses aux articulations. In: AUBERT, Nicole. **L'aventure psychosociologique** (avec V. De Gaulejac et K. Navridis, ouvrage collectif), Paris: Editions desclée de Brouwer, 1997.

PAIVA, Suzana de Albuquerque. Salvar sempre? Os limites do Humano. **Revista da SBPH, Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 5. 2002a.

PAIVA, Suzana de Albuquerque. Mito: Salvar Sempre? Os Limites do Humano. **Revista de CARDIOLOGIA - Órgão de Divulgação Científica da Sociedade Brasileira de Cardiologia /MG Sociedade Mineira de Cardiologia. Suplemento Especial Aspectos Psicológicos e Cardiologia**, v. 8, n. 2, 2002b.

PIRES DO RIO, Rodrigo. **O Fascínio do Stress: vencendo desafios num mundo em transformação**. Rio de Janeiro: Qualitymark/Dunya Ed., 1996.

PLATÃO. **O banquete ou do amor**. São Paulo: Difel, 1986.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-Reitoria de Graduação. Sistema de Bibliotecas da PUC Minas. **PADRÃO PUC MINAS DE NORMALIZAÇÃO**: normas da ABNT para apresentação de trabalhos científicos, teses, dissertações e monografias. Belo Horizonte, Fevereiro de 2007.

Disponível em <http://www.pucminas.br/biblioteca/normalizacao_monografias.pdf> .Acesso: 12 jan. 2008.

RAMOS, Rui Fernando e MAGALHÃES, Hélio Maximiano. Infarto Agudo do Miocárdio: Novos Métodos Enzimáticos de Diagnóstico e Prognóstico. In: TIMERMAN, Ari; CÉSAR, Luiz Antonio Machado (Ed.) **Manual de Cardiologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000.

RANK, Otto. In: CAMPBELL, Joseph. **O Poder do Mito**. São Paulo: Editora Palas Athena, 1990.

REY, Fernando González. **O social na psicologia e a psicologia social**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004.

ROSA, João Guimarães. **Grande Sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2001.

SATOH, H; TATEISHI, H; UCHIDA, T. et all. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spam. In: KODAMA, K; HAZE, K; Hon, M. (Ed.). **Clinical aspects of Myocardial Injury: From Ischemia to Heart Failure**. Tokyo: Kagakuhyouronsya, CO, 1990, 56-64. Disponível em: <[Links](#)> Acesso em: maio 2007.

SELYE, Hans. **Stress: A tensão da vida**. São Paulo: IBRASA. Instituição Brasileira de Difusão Cultural S.A., 1965.

SILVEIRA, Francisco; MIGUEL, Juliana; OLIVEIRA, Elisson. Síndrome Coronariana Isquêmica Aguda com Supradesnível do Segmento ST - Diagnóstico e tratamento Clínico. In: PÁDUA FILHO, Wagner; BARBOSA, Márcia de Melo; CHULA, Eduardo Dias. (Eds) **Cardiologia: Sociedade Mineira de Cardiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2005.

SILVEIRA, Francisco. **Orientações**, ago., set. 2006; nov., dez. 2007; jan., fev. 2008.

SMITH, Thomas et al.. Tratamento da Insuficiência Cardíaca. In: BRAUNWALD. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. São Paulo: Roca, 5 Edição, Cap. 17. 1980. v. 1.

TAGORE, Rabindranath. **Un Encuentro con Rabindranath Tagore**: El Supremo Bien. Buenos Aires. Argentina: Editorial Lumen, 1995, p.37.

TOURAINÉ, Alain. **Poderemos Viver Juntos? Iguais e Diferentes**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.

TSUCHIHASHI, K.; Ueshima K.; Uchida T.. Transient left ventricular apical ballooning without coronary artery stenosis: a novel heart syndrome mimicking acute myocardial infarction. **Angina Pectoris-Myocardial Infarction Investigations in Japan**, J Am Coll Cardio 2001 Jul; 38 (1):11-8. Disponível em: <[Links](#)> Acesso em: maio, 2007.

VERANI, Mario S. Physiopathology of Ischemic Heart Disease. In: CARVALHO, Valéria Bezerra e MACRUZ, Radi. **Cardiopatia Isquêmica**: Aspectos de importância clínica. São Paulo: Sarvier, 1989.

VIEIRA, José Mendonça. In: PAIVA, Suzana de Albuquerque. Salvar sempre? Os limites do Humano. **Revista da SBPH, Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 5. 2002.

WEHR, Gerhard. **An Illustrated Biography of C.G.Jung**. Boston & Shaftesbury: Shambhala, 1989.

ANEXOS

ANEXO A - Entrevista**ENTREVISTA INDIVIDUAL****Título da Pesquisa:**

QUANDO O MAL-ESTAR SOCIAL ADOECE O CORAÇÃO: O INFARTO À LUZ DA PSICOSSOCIOLOGIA.

Data da entrevista: ____/____/____

Nome: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Diagnóstico: _____

Telefone para contato: _____

1. Como o Senhor / a Senhora está se sentindo em relação à vivência do infarto?
2. A que o Senhor/ a Senhora atribui o fato de ter tido este infarto?
3. Esta experiência do infarto possibilitou alguma reflexão sobre a sua vida, sobre a questão da morte ou sobre o seu estilo de vida?
4. Como o Senhor/ a Senhora tem lidado com o tempo, o acúmulo de atividades, a pressa, se presentes no seu vivido laboral?
5. Como o Senhor/ a Senhora tem vivido as experiências amorosas, sejam as “dependências do amor”, dependência excessiva do outro na relação do casamento, ou as aventuras extraconjugais, se presentes no seu vivido amoroso, ou outras formas de amar?
6. O Senhor/ a Senhora gostaria de acrescentar alguma coisa que possa contribuir para esta pesquisa, sobre o mal-estar psicossocial e o adoecimento do coração?

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS
GERAIS**

Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Av. Dom José Gaspar, 500 - Fone: 3319-4517 - Fax: 3319-4517
CEP 30535.610 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
e-mail: cep.proppg@pucminas.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

N.º Registro CEP: CAAE 0xxx.0.213.000-06

Título do Projeto: QUANDO O MAL-ESTAR SOCIAL ADOECE O CORAÇÃO: O INFARTO À LUZ DA PSICOSSOCIOLOGIA.

Introdução

O Senhor/ a Senhora está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa para um projeto de Mestrado, cujo tema é o Infarto. Esta pesquisa faz parte do programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. O objetivo deste estudo é compreender melhor o sujeito enfartado e as questões sociais que contribuem para com o adoecimento do coração nos dias de hoje. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração. O Senhor/ a Senhora está sendo escolhido (a), após ter sido indicado pelo seu médico (a), por ter passado pela experiência de um Infarto e por estar, no momento, em condições físicas estáveis e psiquicamente consciente e orientado. Porém, a sua participação não é obrigatória.

Procedimentos do Estudo

Será pedido ao Senhor/ à Senhora que responda a cinco perguntas feitas pela pesquisadora na entrevista de pesquisa. Esta entrevista, que será gravada e depois transcrita e analisada, terá um caráter confidencial e será realizada individualmente, sem a presença de outras pessoas. Os resultados deste estudo poderão ser divulgados através de artigos científicos, capítulos de livros ou apresentados em congressos e outros eventos científicos, sem que o Senhor/ a Senhora, ou qualquer outro sujeito da pesquisa, seja identificado (a).

Benefícios

O Senhor/ a Senhora poderá conhecer os resultados desse estudo. Geralmente, os trabalhos escritos sobre os estudos e as pesquisas aqui realizadas, ficam na Biblioteca do Hospital à disposição do corpo clínico: médicos, residentes e profissionais de outras equipes. Também estarão à disposição das pessoas que responderam às perguntas da pesquisa.

Os conhecimentos obtidos pela pesquisa poderão trazer benefícios, no sentido de compreendermos melhor o paciente coronariano enfartado e, conseqüentemente, oferecermos um tratamento mais adequado. Poderão trazer ainda uma compreensão do campo social e de suas influências na saúde dos sujeitos. Esta pesquisa poderá, portanto, contribuir tanto para os estudos sobre o tema e o tratamento do Infarto, quanto para a questão da prevenção das doenças coronarianas.

Desconfortos

Acredita-se que a entrevista transcorra sem problemas, mas, poderá surgir algum desconforto relacionado ao sentimento de desinteresse em responder às perguntas ou diante do contato com algumas emoções ou ansiedades em relação a algum assunto abordado. Segundo a ética profissional, a entrevista poderá ser interrompida se o Senhor/ a Senhora sentir necessidade.

Custos/ Reembolso

O Senhor/ a Senhora não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

Caráter Confidencial dos Registros

A sua identidade será mantida em sigilo. Dessa forma, o Senhor/ a Senhora não será identificado (a) quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Os registros gravados ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora e serão utilizados apenas para as finalidades desta pesquisa, sendo destruídos posteriormente.

Participação

Sua participação neste estudo é muito importante e a sua colaboração consistirá em responder às perguntas que lhe forem feitas através da entrevista. Porém, o Senhor/ a Senhora

tem o direito de interromper a entrevista a qualquer momento. Caso queira interromper a entrevista, o atendimento psicológico que vem recebendo desde o início, continuará sendo realizado sem problemas, durante todo o tempo da sua internação.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Prontocor, representado pelo Dr. José Ignácio de Rezende Dutra, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone 32283333 ou pelo e-mail: jirdutra@terra.com.br

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pelo Professor Heloísio de Resende Leite, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone 3319.4517 ou pelo e-mail: cep.proppg@pucminas.br

A pesquisadora responsável pela pesquisa, Suzana de Albuquerque Paiva, poderá fornecer qualquer esclarecimento sobre o estudo, assim como tirar dúvidas, bastando entrar em contato com ela pelos telefones: 31- 32252506/ 32810141/ 88890191, ou pelo e-mail: spaiva@ecos.com.br.

Endereço: Rua Piauí, 1155, ap. 102. Funcionários, Belo Horizonte. 30.150-321.

Se estiver de acordo, gostaria que desse o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

Declaração de Consentimento

Li as informações contidas neste documento, antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento desejado e sem penalidades. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante

Belo Horizonte, _____ de _____ de 200____.

Muito obrigada por sua colaboração e por merecer a sua confiança.

Atesto que expliquei, cuidadosamente, a natureza e o objetivo deste estudo junto ao participante, e os possíveis desconfortos e benefícios da participação no mesmo.

Acredito que o participante recebeu todas as informações necessárias, fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ ela compreendeu bem essa explicação.

Suzana de Albuquerque Paiva
Pesquisadora

Data