

# Mal-Estar e Doença Cardíaca: Uma Experiência com Grupos de Pacientes Coronariopatas

Yvana Coutinho de Oliveira

Terapeuta Ocupacional,  
Pedagoga, Professora da  
UNIFOR- Mestranda em  
Psicologia - UNIFOR

## RESUMO

*Este trabalho consiste no relato de experiência com grupos de pacientes coronariopatas em instituição hospitalar, tendo em vista que a doença cardíaca apresenta-se como um "mal-estar" de grande incidência manifestado pelo homem moderno. O surgimento da doença leva a cronicidade e morbimortalidade, resultando em períodos de hospitalização e sofrimento emocional para o paciente. Neste contexto, os grupos constituem-se modalidades terapêuticas eficazes na superação do trauma vivenciado com a enfermidade, permitindo aos sujeitos adoecidos subjetivarem satisfatoriamente o seu processo saúde e doença.*

## ABSTRACT

*This paper is a description of experiences with groups of heart attacked patients in a hospital. Heart disease is seen as a "disconforti" of high rate experienced by people in modern age. The beginning of this disease can lead to a progressive state of malfunction which gradually, can worsen to the its chronic state and ultimately, to death. These processes imply in periods of hospitalization, changes in life routine and observance of variety of medical therapeutic procedures prescribed by health professionals. All of this cause great emotional distress to the patient. Its is in this context that groups of professionals come up with therapeutic approaches to implement the rehabilitating process, allowing the ones who have undergone heart attack episode, to deal subjectively and satisfactorily with his/her own process of health and disease.*

## I. INTRODUÇÃO

Este trabalho se propõe a ser um relato de experiência com grupos de pacientes

hospitalizados portadores de coronariopatias, onde pretendemos fazer algumas reflexões acerca da questão do "mal-estar" da era contemporânea e sua

relação com a doença cardíaca coronariana.

Acreditamos que a crise de paradigmas (político, econômico, religioso e social) da atualidade está resultando em sintomas de ordem individual e coletiva, nos quais destacamos a problemática da doença cardíaca, considerada hoje um mal de grande incidência na modernidade.

Entretanto, a vivência terapêutica grupal com indivíduos acometidos de patologias cardíacas tem-nos mostrado ser eficaz na superação da experiência vivenciada pelo adoecimento, influenciando nos processos de subjetivação desses indivíduos, além de ser uma forma mais humanizada de assistência a sujeitos adoecidos, infelizmente ainda pouco utilizada no meio hospitalar.

Em primeiro lugar, abordaremos a problemática crônica dos sujeitos portadores de enfermidades cardíacas no contexto da hospitalização, justificando e situando, desta forma, a existência da terapêutica grupal no âmbito hospitalar.

Em seguida, descreveremos o referencial teórico e técnico no qual nos apoiamos em nossa vivência de grupos com pacientes somáticos, bem como os sentimentos e elaborações que se manifestam neste movimento grupal, através dos quais, esperamos que possam resultar em processos de subjetivação satisfatórios do paciente na compreensão do seu estado de saúde e doença.

## II. O HOSPITAL, O DOENTE E A DOENÇA

A doença cardíaca é um agravo de grande incidência na atualidade. Segundo CHOR (apud MINAYO, 1995): "As conquistas de melhores condições de vida, entre outros fatores, tornou possível a queda da mortalidade geral, especialmente através do controle das doenças infecciosas, resultando no envelhecimento da população. Neste novo quadro demográfico, passaram a predominar as doenças crônicas, não transmissíveis, no perfil de morbimortalidade dos países desenvolvidos. Neste contexto as doenças do

aparelho circulatório ou cardiovasculares vêm representando a primeira causa de morte, na grande maioria dos países, desde a primeira metade deste século".

Dentre os vários diagnósticos de enfermidades cardíacas que se apresentam na instituição, nos deteremos a abordar especificamente as doenças coronarianas, dentre as quais o Infarto Agudo do Miocárdio assume importância fundamental como afecção que vem atingindo cada vez mais pessoas na contemporaneidade. De acordo com WENGER & GILBERT (1977), o infarto do miocárdio é:

*"a necrose do músculo cardíaco resultante da oclusão da artéria coronariana por ruptura da placa ateromatosa, formação de trombos e/ou vaso-espasmo. Os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes consistem em: dor súbita precordial ou retroesternal constritiva com irradiação para o membro superior esquerdo, pescoço e/ou mandíbula. Geralmente, a dor é acompanhada de sensação de opressão e morte iminente, peso retroesternal, engasgamento esofágico, epigastralgia moderada, ou mesmo de forma indolor, não cedendo com repouso ou administração de vasodilatador coronariano, e podendo alcançar uma duração de vinte minutos a horas. As manifestações adrenérgicas que acompanham o quadro doloroso são: sudorese, náusea ou vômito, palidez e ansiedade, podendo também surgir dispnéia, fraqueza, hipotensão e alteração da frequência cardíaca".*

A etiologia da doença aterosclerótica é ainda obscura, mas alguns fatores de risco podem contribuir para a sua gênese e progressão, como os descritos a seguir:

- *Ingestão de alimentos ricos em colesterol e ácidos graxos saturados (gema de ovo, gorduras de bovinos, aves e suínos, carnes em conservas, chocolate, coco, camarão e peixes conservados no óleo, fígado, carne de porco, rins, leite integral, manteiga, etc)*

causando hiperlipidemia e doença arterial coronariana;

- Hipertensão Arterial, pois esta alteração fisiológica acelera o processo aterosclerótico e eleva o consumo de oxigênio pelo músculo cardíaco;
- Tabagismo, pois a absorção da nicotina agindo sobre o sistema circulatório eleva a pressão arterial, a frequência cardíaca e o débito cardíaco aumentando o consumo de oxigênio pelo miocárdio;
- Estresse e ansiedade crônica, porque aceleram a coagulação sanguínea originando como consequência, a formação de trombos arteriais;
- Sedentarismo, já que a atividade física desempenha um papel importante na diminuição das complicações da aterosclerose coronariana;
- Predisposição familiar, sendo quase impossível dissociar a influência de experiências ambientais comuns no meio familiar e o desenvolvimento de patologias genéticas;
- Obesidade e diabetes, processos mórbidos que geralmente associam-se ou agravam a doença coronariana;
- Sexo masculino, pois as mulheres estariam mais protegidas até o período pré-menopausa, devido ao fator hormonal.

Desta forma, a doença cardíaca, assume seu caráter de cronicidade e morbimortalidade, estando o doente sujeito a inúmeras situações de perdas e ameaças, não somente pela doença, mas também pela hospitalização e procedimentos médicos-hospitalares a que terá que submeter-se, ocasionando enorme sofrimento emocional. O aparecimento da enfermidade, geralmente de forma súbita, provoca a ruptura nas atividades cotidianas do indivíduo, ocasionando limitações de ordem física, separação do meio familiar imposta pela hospitalização, prescrições e controles da equipe de saúde em relação aos hábitos de vida.

A certeza da doença resulta, portanto, em uma completa fragilização do indivíduo pelo sentimento de "estranheza" e ameaça que esta lhe causa, atingindo-lhe o narcisismo

e onipotência, que, até então, garantiam ao ser humano a fantasia de ser inabalável e imortal. A doença cardíaca revela-se, pois, como o contato mais próximo com a própria finitude devido a emergente ameaça de morte que esta proporciona. A falta de saúde situa, então, o sujeito à sua própria "falta em ser", ou seja, ao sentimento de ser castrado, incompleto e finito.

Porém, este estado psicológico do paciente, ainda não é compreendido em sua totalidade pela medicina, visto percebermos que as abordagens terapêuticas utilizadas no contexto hospitalar, são baseadas em um modelo predominantemente organicista, em que as práticas de tratamento são direcionadas para o órgão doente e não para a pessoa doente. Os profissionais de saúde não compreendem a enfermidade com aquilo que ela quer dizer a respeito do homem possuidor de conflitos existenciais, fragmentando o indivíduo e destituindo-lhe a unicidade mente e corpo.

Na realidade do nosso sistema público de saúde, são comuns períodos excessivamente longos de internação e espera angustiante pelos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos, o que agrava mais ainda o "mal-estar" do paciente.

A psicanálise também nos demonstrou que todos os fenômenos humanos têm sempre motivações e significações, que não podem ser explicadas pela lógica comum, mas devem ser compreendidas de modo mais profundo através da lógica simbólica e intencionalidade das ações humanas.

Em cada indivíduo, configurado como paciente, há uma história que é contada por um corpo, o qual, por vias estranhas, arranja um meio de dar voz a um sofrimento. Esta linguagem dos sintomas é, não só, incompreendida e ignorada pelo próprio indivíduo, que inconscientemente, elabora mal suas questões existenciais e agride seu próprio corpo em busca de soluções, mas também pelos profissionais de saúde que, em geral, não são treinados e sensibilizados para essa "escuta" terapêutica.

Pensamos que uma doença é algo que transcende meramente o orgânico,

possuindo relações lógicas com outras variáveis. No Brasil, especificamente falando da doença cardíaca, esta tem sua importância agravada pela precocidade com que se manifesta, particularmente nos indivíduos de classes econômicas socialmente desfavorecidas, devido a pior qualidade de vida e menor acesso aos serviços de saúde.

Em nossa sociedade contemporânea, sabemos também que o homem apresenta-se extremamente fragilizado em sua condição de existência humana, devido à ausência de paradigmas éticos e morais que ocasionam uma desestruturação nas identidades individuais e coletivas, e portanto, situações que engendram reações de estresse prolongadas e contínuas que se tornam parte do cotidiano das sociedades ditas pós-modernas. Neste cenário, a doença torna-se uma linguagem representativa e conseqüente desses sintomas sociais e "mal-estar" que atingem o homem em sua condição existencial.

A doença, dor ou sofrimento, que ecoa, portanto, no corpo, é um fenômeno que carece de uma compreensão profunda, mas, lamentavelmente, na mesma proporção em que cresce o desenvolvimento tecnológico no âmbito hospitalar, cresce o desprezo pelas manifestações e subjetividades humanas.

Na verdade, percebemos que os profissionais de saúde lidam muito mais com a doença, do que com o doente, com o indivíduo, com o sujeito adoecido, supervalorizando habilidades técnicas em detrimento de uma formação mais humanista.

Se desdobrarmos o sentido da dor, do sofrimento, da doença, estaremos compreendendo o sentido da existência, e possibilitando ao ser portador de uma patologia, um viver pleno, apesar da iminente e irreversível finitude humana.

### III. PRÁTICA TERAPÊUTICA GRUPAL:

Neste sentido iniciamos os grupos de apoio com pacientes hospitalizados em uma unidade de pré-operatório cardíaco do Hospital de Messejana, instituição pública destinada ao tratamento de afecções cardíaco-respiratórias conhecida popularmente por Hospital do Coração.

Encontramos na literatura, que o trabalho com grupos de clientes somáticos foi iniciado em 1905 por PRATT, um fisiologista de Boston, que mesmo sem uma visão psicodinâmica do paciente e do processo grupal, tratava indivíduos tuberculosos, cardíacos, diabéticos e psiconeuróticos em grupos de discussões e orientações, verificando que estas reuniões melhoravam o estado emocional dos pacientes, fortaleciam vínculos e ajudavam no processo de recuperação dos doentes (MELLO FILHO, 1995; ZIMMERMAN & OSÓRIO, 1997).

Desde então, importantes autores como MORENO, LEWIN, FOULKES, PICHON RIVIÉRE, BION, ROGERS, PAGÉS, ANZIEU, KÁES, GRINBERG, ZIMMERMAN, BLAY NETO, OSÓRIO, MELLO FILHO e inúmeros outros nomes de reconhecida importância estão contribuindo para o desenvolvimento do referencial teórico aplicado ao contexto grupal.

ZIMMERMAN & OSÓRIO, (1997) relata que "o ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais". A importância do conhecimento e utilização da psicologia grupal decorre justamente do fato de que todo indivíduo passa a maior parte do tempo de sua vida convivendo e interagindo em distintos grupos. Desde o grupo natural, ou família nuclear, passando pela escola, instituições de trabalho, grupos informais e sociais, associações, constituição de nova família quando adulto, etc.

Talvez, por esta influência anterior, percebemos uma certa identificação e uma boa adesão e aceitabilidade por parte dos pacientes à proposta de um trabalho grupal, que justifica-se por oportunizar a reunião de pessoas que estão vivenciando problemáticas semelhantes, dando-as oportunidade de refletirem e subjetivarem a experiência do adoecimento.

Desta forma, um grupo adquire o caráter de vínculo, onde segundo KRECH&CRUTCHFIELD (apud PIÉRON, 1966) há relacionamentos expressos e mútuos. Também concordamos com PAGÉS

(1982) quando sustenta que a união solidária que proporciona os grupos funciona como uma defesa para os indivíduos contra sua condição de seres angustiados.

De fato, objetivamos nos grupos com pacientes somáticos: trabalhar os anseios emocionais ocasionados pela enfermidade cardíaca; favorecer a expressão de sentimentos e emoções relacionadas à experiência vivenciada; oferecer apoio emocional; promover adaptação às novas condições impostas pela patologia; propiciar a compreensão e elaboração do processo saúde e doença; esclarecer dúvidas sobre o diagnóstico e os procedimentos adotados no âmbito hospitalar; estimular sentimentos positivos com relação ao processo de recuperação e incentivar a adoção de hábitos saudáveis para a melhoria da qualidade de vida.

Como referencial metodológico e técnico de trabalho, utilizamos as teorias da psicoterapia analítica grupal (FOULKES), da dinâmica de grupo (KURT LEWIN) e do grupo operativo (PICHON RIVIÉRE), embora tenhamos que modificar o enquadre destas técnicas em virtude da realidade do serviço e especificidades dos próprios pacientes.

Gostaríamos de deixar claro que o grupo de apoio não é uma terapia grupo-analítica propriamente dita, mas tem importantes aspectos terapêuticos por ser um espaço continente ou como nos disse WINNICOTT (1975), favorecer um "holding", permitindo que as necessidades e sentimentos mal suportados pelos pacientes possam ser acolhidos, tarefa esta que poderá ser realizada não somente pelo terapeuta do grupo, mas também pela rede ou "matriz grupal", para usar um conceito básico da teoria de FOULKES (apud MELLO FILHO, 1995). O grupo tem a função de acolher o paciente em sofrimento ou regressão, "aninhá-lo" e protegê-lo. Isto segundo MELLO FILHO (1995) vai favorecer um estágio cada vez maior de integração entre os componentes do grupo, evoluindo para uma "gestalt" coesa e una. Este processo estimulará as relações de identificação, e deste modo, os pacientes passam a ajudar-se mutuamente. Como a nossa experiência de trabalho se faz com grupos abertos, é

comum a chegada de um elemento novo no processo, e o grupo acolhe naturalmente este novo membro auxiliando o facilitador em sua tarefa de "maternagem".

O grupo também é um excelente espaço para produzir "insight", pois age como um ambiente facilitador, como um espaço de transicionalidade (WINNICOTT, 1975), quando vão sendo assinaladas coisas significativas para o paciente e o grupo, proporcionando reflexões e possibilitando aos próprios sujeitos chegarem a interpretações sobre os conteúdos psíquicos de cada um e a linguagem do adoecer que manifestam. É uma área de experimentação onde vai se construindo uma ampla zona de troca de experiências, informações, identificações, reflexões. Segundo MELLO FILHO (1995), verdadeiras experiências emocionais com potencial corretivo.

Utilizamos também muito sobre a teoria da dinâmica de grupos, cujos estudos iniciaram-se com K. LEWIN (apud ZIMERMAN & OSÓRIO, 1997). A possibilidade desse campo lúdico facilita o acesso às sofridas realidades dos pacientes. É através de piadas, jornais-murais, dramatizações e painéis de arte, que percebemos todo um simbolismo expresso de forma mais livre, sem inibição, rigidez e concretudes. A fantasia leva os pacientes a vivenciarem estas situações como alheias a si mesmos, pertencentes apenas ao outro, ao mesmo tempo que o lúdico ativa os processos criativos, oportunizando uma melhor compreensão e elaboração dos seus conflitos.

Com relação à técnica dos grupos operativos, a consideramos de fundamental importância no trabalho que realizamos em virtude de centrarmos nossa finalidade e objetivo em uma tarefa, ou seja, a mobilização de estruturas estereotipadas por causa do montante de ansiedade (ansiedade depressiva pela perda da condição anterior do sujeito e ansiedade paranóide pela vivência do novo e do desconhecido, e conseqüente insegurança). "No grupo operativo o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução de tarefas coincidem com a cura, criando-se um novo esquema referencial" (PICHON-RIVIÉRE, 1991).

Assim, o grupo vai se constituindo. Um grupo é mais do que a soma dos indivíduos que o compõe, é um campo de relações interpessoais, projeto coletivo, um conjunto de pessoas ligadas por uma constante de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna. Tem como características serem grupos abertos para pacientes de ambos os sexos e os consideramos homogêneos em virtude da patologia apresentada. A frequência dos nossos encontros é semanal, com um número de 12 a 15 participantes. No cotidiano dos grupos de apoio, temos observado os seguintes sentimentos manifestados pelos pacientes: ansiedade, depressão e angústia; impotência e sentimento de fracasso; sentimento de desvalia, insegurança e medo; regressão e atitudes de comportamento primitivas; culpa e sensação de punição ou castigo; misticismo fervoroso; negação e revolta em relação à enfermidade; mecanismos de defesa projetivos e agressividade; falta de compreensão a respeito da doença e concepções errôneas com relação ao processo de recuperação; desconfiança acerca da resolutividade do problema cardíaco (geralmente realizado através de intervenção cirúrgica) e dúvidas sobre a competência da equipe de saúde (manifestadas principalmente sobre a figura do médico cirurgião); às vezes, desorganização psíquica com claras manifestações e sintomas de ordem psicótica.

Como resultado do nosso trabalho, temos percebido que os pacientes que participam dos grupos terapêuticos adquirem uma melhor compreensão do contexto sócio-psico-somático no qual a doença se insere, ao mesmo tempo que enfrentam a situação crítica com maior equilíbrio emocional e, conseqüentemente com possibilidades reais e desejo de recuperação e reabilitação funcional.

#### IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Concluimos que a doença cardíaca é um agravo relacionado à modernidade, um "mal-estar" ou sintoma social, que está afetando intensamente as subjetividades dos indivíduos.

Deste modo, ressaltamos a importância da prática terapêutica grupal, nas instituições de saúde de uma forma geral, pois os grupos com sujeitos somáticos podem proporcionar uma vivência subjetiva, que possibilite-os uma melhor maneira de reagir ao "mal-estar" das diversas e caóticas situações de vida, facilitando a compreensão de seu modo de funcionamento psíquico e possibilitando-lhe formas de expressão mais saudáveis e menos regressivas do que a da linguagem da enfermidade.

Pensamos que a melhor dimensão da vida humana está em seu caráter de relação. É por meio dele, que os afetos são intercambiados e compartilhados, e o indivíduo descobre que só a realização coletiva possibilita-lhe a construção da sua história, minimizando, assim, o "mal-estar" que acompanha os homens em sua trajetória de vida.

#### V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHOR, D. et al. - **Doenças cardiovasculares**: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, C. S. et al. Os Muitos Brasis: Saúde E População Na Década De 80. São Paulo; Hucitec, 1995.
- MELLO F<sup>o</sup>, J. - **O ser e o viver**: uma visão da obra de Winnicott - Porto Alegre; Artes Médicas, 1995.
- OSÓRIO, L. C. - **Grupoterapia hoje** - Porto Alegre; Artes Médicas, 1986.
- PICHÓN- RIVIÈRE, E. **O processo grupal** 4 ed. São Paulo; Martins Fontes, 1991.
- PIÉRON, H. **Dicionário de psicologia** Rio de Janeiro: Globo, 1966.
- WENGER, N. K. & GILBERT, C. A. Reabilitação do paciente com infarto do miocárdio. In: Hurst, J. W.; Logue, R. B. Schlant, R. C. e Wenger, N. K. (Ed.): **O Coração, Artérias e Veias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.
- WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Trad. por José Otávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro; Imago, 1975.
- ZIMERMAN, D. & OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre; Artes Médicas, 1997.