

Id: 1257
10/13

LUCIA DE FATIMA DA SILVA

O SER-CORONARIOPATA
ENTRE O VIVER AUTÊNTICO E AS AMARRAS AO COTIDIANO

FORTALEZA
1997

LUCIA DE FATIMA DA SILVA

O SER-CORONARIOPATA
ENTRE O VIVER AUTÊNTICO E AS AMARRAS AO COTIDIANO

Dissertação de Mestrado, apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Assistência participativa em situação de saúde-doença

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Maria Coelho Damasceno
Co-orientador: Prof. Dr. Rui Verlaine Oliveira Moreira

FORTALEZA
1997

31/10/97
111/103
111/103
111/103

e 3/11/97
X 11/11/97
20/11/97

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº.	R 732419
	03 / 03 / 98

OK

FICHA CATALOGRÁFICA

S586s

Silva, Lucia de Fatima da

O Ser-coronariopata: entre o viver autêntico e as amarras ao cotidiano/Lucia de Fatima da Silva. Fortaleza: UFC, 1997.

102 p.

Orientadora: Marta Maria Coelho Damasceno
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -
Universidade Federal do Ceará, 1997.

1. Coronariopatia. 2. Fenomenologia.
3. Enfermagem. I. Título.

CDD: 616.123

O SER-CORONARIOPATA
ENTRE O VIVER AUTÊNTICO E AS AMARRAS AO COTIDIANO

Lucia de Fatima da Silva

Dissertação aprovada em: 04/07/1997

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marta Maria Coelho Damasceno (Orientadora)
Presidente

Prof.^a Dr.^a Regina Lúcia Mendonça Lopes
1^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araújo
2^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
Examinadora Suplente

O SER-CORONARIOPATA
ENTRE O VIVER AUTÊNTICO E AS AMARRAS AO COTIDIANO

Lucia de Fatima da Silva

Dissertação aprovada em: 04/07/1997

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marta Maria Coelho Damasceno (Orientadora)
Presidente

Prof.^a Dr.^a Regina Lúcia Mendonça Lopes
1^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araújo
2^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
Examinadora Suplente

Este estudo contou com o apoio financeiro da Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa (FUNCAP), no período de outubro de 1996 a fevereiro de 1997.

A Deus,

agradecendo por ter me permitido ser *pre-sença* com possibilidades;

aos meus pais, *Luiz e Nanci,*

que souberam, com simplicidade e autenticidade, conduzir minha *existência*;

aos *coronariopatas* participantes deste estudo,

que me proporcionaram vivenciar a tentativa de descobrir o fenômeno de suas existências,

Dedico este estudo.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a **Marta Maria Coelho Damasceno**, que, acreditando nas possibilidades do ser, me acolheu e orientou de forma competente e segura.

À Prof.^a Dr.^a **Maria Euridéa de Castro**, pelo valioso apoio na construção inicial deste estudo.

Ao Prof. Dr. **Rui Verlaine Oliveira Moreira**, *verdadeiro mestre*, desmedido na colaboração com o outro.

À amiga **Margarida Almeida da Silva**, parceira nos momentos de maiores dúvidas e dificuldades, pelo apoio, até em compartilhar suporte financeiro durante nosso curso.

À **Célia Freitas, Cristiana Bitu, Diva Almeida, Glória Coelho, Renata Moreira, Rosa Amélia, Samya Coutinho, Socorro Feitosa, Terezinha Queiroz e Vilani Guedes**, por estarem sempre presentes.

Às colegas de turma do Mestrado, em especial, **Corina Amaral, Jane Eyre Xavier e Naira Jucá**.

À Prof.^a MS. **Maria Francilita Frota Loureiro**, pela disponibilidade em ajudar.

À **Universidade Estadual do Ceará (UECE)** e ao **Hospital de Messejana**, por terem proporcionado minha liberação para cursar Mestrado.

Às colegas do **Departamento de Enfermagem da UECE** e do **Centro Coronariano do Hospital de Messejana** sou grata pelo incentivo e apoio.

Ao corpo docente do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFC, em especial sua coordenadora, Prof.^a Dr.^a **Raimunda Magalhães da Silva**, pelos ensinamentos e discussões conducentes a soluções.

Às **funcionárias da Secretaria de Mestrado**, pela acolhida.

À **Thelma Marylanda Silva de Melo**, pela orientação bibliográfica.

A todos cujos nomes não explicitarei, mas que fazem parte da minha existência e a quem quero bem.

*Javé é o meu pastor.
Nada me falta.
Em verdes pastagens me fez repousar;
para fontes tranqüilas me conduz,
e restaura minhas forças.
Ele me guia por bons caminhos,
por causa do seu nome.
Embora eu caminhe por um vale tenebroso,
nenhum mal temerei, pois junto a mim estás;
teu bastão e teu cajado me deixam tranqüilo.
Diante de mim preparas a mesa,
à frente dos meus opressores;
unges minha cabeça com óleo,
e minha taça transborda.
Sim, felicidade e amor me acompanham
todos os dias da minha vida.
Minha morada é a casa de Javé,
por dias sem fim.*

Salmo 23

RESUMO

Estudo fenomenológico, cujo objeto é o *sentido* que os coronariopatas atribuem às suas experiências vivenciadas. Dos discursos obtidos por meio de entrevista semi-estruturada foram extraídas significações, apreendidas de imediato, quais sejam: temer a morte, a separação dos entes queridos e o retorno dos sintomas agudos; perceber a coronariopatia como transformadora da vida social, profissional e sexual; sentir-se vigiado pela família; conformar-se com a nova condição de vida; e ter sentimento de tristeza e de inconformação. Estas significações constituíram o ponto de partida para compreender a existência dos coronariopatas. A compreensão foi respaldada na analítica existencial explicitada por Martin Heidegger, em sua obra célebre *Ser e tempo*, permitindo captar os aspectos ontológicos, ou seja, o que está velado nas significações. Assim, a pre-sença coronariopata desvelou-se como existente inautêntica ao se mostrar temerosa de "algo", ao amarrar-se à tagarelice e ao vigor de ser sido, desvencilhando-se da atualidade e do porvir. Ainda, transcende ao existir autêntico quando se angustia, assumindo a coronariopatia como possibilidade de ser-no-mundo, muito embora fracasse diante da tarefa de existir autenticamente e volte às amarras que a prendem ao cotidiano. O estudo traz reflexões sobre a necessidade de privilegiar a dimensão existencial na assistência à saúde e na formação dos profissionais, e sobre a compreensão do outro como esteio fundamental para o cuidar de pessoas coronariopatas.

ABSTRACT

Phenomenological study which purpose is the meaning that the persons suffering from coronary diseases ascribe to the experiences undergone. From the statements obtained through a semi-structure interview the following significances, with were understood right away, were obtained: fear of death, the separation from beloved persons and the return of the acute symptoms; perceiving coronary illness as transformer of social, professional and sexual life; feeling watched by family; resigning oneself to the new life conditions; and have feelings of sadness and no resignation. These significances were the starting point for understanding the existence of people suffering from coronary diseases. The understanding was supported by existential analysis expressed by Martin Heidegger in his renowned work *Being and time*, making it possible to grasp the ontological aspects, that is, what is hidden the significances. Thus, the coronary disease relates pre-sence showed itself as inauthentic existence when fearing "something", by becoming tied to talkativeness and to the satisfaction once had, getting rid of the present time and the time to come. Moreover, it transcends to the authentic living when gets anguished, assuming coronary illness as a possibility of existing in the world, although it fails before the task of existing authentically and again becomes tied to daily life traps. The study brings reflections about the need to privilege the existential dimension in health assistance and in the training of professionals and about the understanding of the other as basic guidance for the assistance to the persons having problems in their coronaries.

APRESENTAÇÃO

Do meu cotidiano com os coronariopatas surgiram algumas inquietações relacionadas a como se dava, em sua existência, o conviver com a coronariopatia. Tais inquietações me levaram a desenvolver este estudo fenomenológico com vistas a desvelar o fenômeno ser-coronariopata, a partir dos discursos de quem vivencia esta situação.

O caminhar na busca do desvelamento do fenômeno está organizado como se segue:

- 1 A CONSTRUÇÃO DO ESTUDO:** aponto o quadro epidemiológico e estrutural das coronariopatias; suas repercussões no cotidiano dos portadores e a assistência a eles prestada; a origem da minha inquietude; meu encontro com a fenomenologia e o objetivo do estudo.
- 2 A METODOLOGIA:** indico os participantes do estudo, descrevendo dados relativos à sua condição sócio-econômica-cultural; as percepções e sentimentos oriundos da minha interação com os

coronariopatas; como aconteceram nossos encontros; e como foram trabalhados os dados com vista à compreensão.

3 A COMPREENSÃO: apresento o pensamento de Martin Heidegger, expresso na obra *Ser e tempo*; descrevo os aspectos ônticos apreendidos nos discursos dos sujeitos entrevistados, e, em seguida, busco os aspectos ontológicos, isto é o *sentido*, o modo de ser dos coronariopatas.

4 REFLEXÕES SOBRE O ESTUDO: faço considerações sobre o existir dos coronariopatas; a assistência que eles recebem nas instituições de saúde; a necessidade da formação de profissionais voltada para a dimensão existencial da pessoa humana; e a aplicabilidade do método fenomenológico à enfermagem.

coronariopatas; como aconteceram nossos encontros; e como foram trabalhados os dados com vista à compreensão.

3 A COMPREENSÃO: apresento o pensamento de Martin Heidegger, expresso na obra *Ser e tempo*; descrevo os aspectos ônticos apreendidos nos discursos dos sujeitos entrevistados, e, em seguida, busco os aspectos ontológicos, isto é o *sentido*, o modo de ser dos coronariopatas.

4 REFLEXÕES SOBRE O ESTUDO: faço considerações sobre o existir dos coronariopatas; a assistência que eles recebem nas instituições de saúde; a necessidade da formação de profissionais voltada para a dimensão existencial da pessoa humana; e a aplicabilidade do método fenomenológico à enfermagem.

SUMÁRIO

1 A CONSTRUÇÃO DO ESTUDO	13
1.1 INTRODUÇÃO AO TEMA.....	13
1.2 O DESPERTAR PARA A REFLEXÃO.....	22
1.3 O ENCONTRO COM A FENOMENOLOGIA.....	26
1.4 O OBJETIVO.....	29
1.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
2 A METODOLOGIA	34
2.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
3 A COMPREENSÃO	40
3.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
4 REFLEXÕES SOBRE O ESTUDO	68
4.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
5 BIBLIOGRAFIA	75
6 ANEXOS	81
1 DISCURSOS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	83
2 FORMULÁRIO DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.....	102

1 A CONSTRUÇÃO DO ESTUDO

1.1 INTRODUÇÃO AO TEMA

O quadro epidemiológico das doenças cardiovasculares que se traça no Brasil, como também o de outros países desenvolvidos ou em desenvolvimento, é de constante aumento do número de ocorrências, considerando-se principalmente as profundas alterações no estilo e qualidade de vida das populações.

Para Chor et al (5, p. 58),

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. Nesse novo quadro demográfico, passaram a predominar as doenças crônicas, não transmissíveis, no perfil de morbi-mortalidade dos países desenvolvidos, e, décadas mais tarde, na maioria dos países do Ocidente. Assim, mesmo passando a predominar em momentos distintos, 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.

Ainda para estes Autores, nos últimos cinquenta anos, percebe-se uma diferença entre as causas de mortalidade das doenças cardiovasculares. Há evidência de redução dos percentuais do surgimento de patologias originárias de

processos infecciosos, como as doenças reumáticas, graças ao uso da penicilina. Enquanto isso, percebe-se crescente aumento da ocorrência de doenças ateroscleróticas, tais como coronariopatias isquêmicas e doenças cerebrovasculares. Este fato parece estar associado ao estilo de vida competitivo adotado pelos povos.

Tal comportamento, ainda hoje, a despeito da realização de campanhas educativas com relação aos cuidados com os chamados fatores de risco para estas patologias, é a maior causa de morte entre homens e mulheres acima de trinta anos.

Durante anos, como enfermeira convivendo com pessoas que vivenciam estas condições, tenho percebido semelhanças com o que se descreve na literatura, ou seja, cada vez mais precocemente as doenças coronarianas isquêmicas têm atingido as pessoas, de um modo em geral, como também têm alcançado um número sempre maior de mulheres. Certamente este crescente ocorre pelo fato de vivermos sob estresse físico e emocional, competindo progressivamente com os homens por oportunidades de trabalho.

Com relação às doenças das artérias coronárias ou coronariopatias, Meltzer (9, p. 49-50) afirma que

A primeira doença a afetar as artérias coronárias é a aterosclerose, um processo no qual substâncias gordurosas (particularmente colesterol) depositam placas ao longo da camada íntima dos vasos sanguíneos, dificultando a passagem do sangue.

Ainda para a Autora, a aterosclerose se desenvolve gradativamente através dos anos, atinge ainda mais homens do que mulheres, e tem afetado, em ascendente gradação, as pessoas jovens.

Com relação aos chamados "fatores predisponentes" da coronariopatia, há maior probabilidade de estes surgirem com maior intensidade entre as pessoas acima de 50 anos, muito embora, como relatado, seja hoje muito freqüente em faixas etárias jovens. Os homens são mais acometidos que as mulheres, ainda que, após a menopausa, ocorra acréscimo na incidência entre estas, acreditando-se que os hormônios femininos sejam responsáveis pela proteção coronariana quanto à aterosclerose. A hereditariedade é outro fator considerado de importância na gênese das doenças coronarianas, como também o são o tabagismo, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia, o *diabetes mellitus*, a obesidade, a vida sedentária e o estresse emocional, que, associados, potencializam o risco de doença coronária.

A coronariopatia pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, se caracteriza por angina do peito. O infarto agudo do miocárdio, ou necrose de uma área da musculatura cardíaca, é a fase mais avançada da coronariopatia. O infarto do miocárdio em geral se instala de modo súbito, porém, faz com que a pessoa conviva com suas conseqüências para o resto da vida, ocasionando, nas mais das vezes, um abalo emocional importante, ao portador quanto aos de sua família.

Silva e Guedes (17, p.97-98), investigando a percepção de pessoas em vivenciar a fase aguda do infarto miocárdio, chegaram à inferência de que tal situação é acompanhada de sentimentos de medo da morte; de ansiedade com

relação à separação de cônjuges e filhos: de crédito em forças sobrenaturais: de aceitação; e de esperança na reabilitação.

Do ponto de vista fisiológico, o coração é um órgão muscular nobre, responsável pelo bombeamento de sangue para a pequena e grande circulação, e para isso requer que sua estrutura muscular seja nutrida e oxigenada eficazmente. Para tanto, são as artérias coronárias, direita e esquerda, as responsáveis pelo suprimento de sangue para o músculo cardíaco.

As artérias coronárias nascem na artéria aorta. A artéria coronária direita é responsável pelo suprimento sangüíneo do átrio direito, ventrículo direito, porção posterior do ventrículo esquerdo e septo interventricular. A artéria coronária esquerda se subdivide em dois grandes ramos, denominados artéria descendente anterior esquerda e artéria circunflexa esquerda. A artéria descendente anterior esquerda é responsável pela nutrição e oxigenação da parede anterior de ventrículo esquerdo, porção anterior do septo interventricular e parede anterior de ventrículo direito, e, finalmente, a artéria circunflexa esquerda irriga a porção lateral de ventrículo esquerdo e o átrio esquerdo (9, p. 49).

No que diz respeito à existência humana, o coração é símbolo de sentimentos de coragem, fraqueza, amor e ódio. Assim, uma condição crônica de saúde que afete o coração é capaz de desencadear alterações na auto-imagem e desenvolver sentimentos de ansiedade, manifestação de negação da realidade, de não aceitação do risco de morte iminente, de alterações nas suas atividades físicas ou na relação saúde-doença (22, p. 157-163).

Svartman (19, p. 7), afirma que “A cardiopatia coloca o paciente em confronto com a intensificação da angústia da morte, já que o coração representa o motor da vida.”

Muitas vezes, no nosso cotidiano, atribuímos ao coração a responsabilidade por toda a carga de emoções pelas quais passamos. A ele são dirigidos os mais diferentes sentimentos, como amor e ódio, alegria e tristeza, entre outros, sendo-lhe atribuído o papel de impulsionador da nossa existência.

Quando se trata do adoecer do coração, quantas vezes ouvi de pacientes a expressão de ansiedade e medo por estar “doente do coração”, representadas por falas como: “poderia ter adoecido de tudo, menos do meu coração”, “sei que agora doente do coração não vou mais viver muito”, “doença do coração não tem jeito”, “meu coração não vai aguentar”...

Ramos (14, p. 53) faz uma análise do simbolismo individual e coletivo do coração, através de toda a história da humanidade. Ela afirma que o simbolismo corporal aparece em rituais, nas mais diversas formas de representações artísticas e até arquitetônica dos povos. Porém, é o coração o órgão que mais se destaca como símbolo representativo em todas as culturas, da pré-história até os dias atuais.

Situações crônicas, tais como coronariopatias, miocardiopatias, enfim, alterações no coração que comprometam o perfeito funcionamento da bomba cardíaca podem requerer do sujeito acometido uma adaptação ao novo modo de vivenciar o processo saúde-doença.

Meltzer (10, p. 26), quando se refere à fase aguda do curso clínico do infarto do miocárdio, diz que os distúrbios emocionais

...são freqüentemente observados entre estes pacientes (...) A base destas reações pode ser facilmente compreendida: a interrupção súbita do ritmo normal de vida, o medo da morte e a possibilidade de invalidez permanente são poderosas ameaças psicológicas.

Na fase aguda do infarto, a pessoa é passível de apresentar algumas alterações emocionais, que podem variar entre sentimentos de negação, de ansiedade, depressão, agitação e delírio (11, p. 2).

Quando a intervenção cirúrgica é necessária, estes sentimentos podem ser intensificados. A cirurgia cardíaca é invasiva e vai afetar o coração, órgão considerado intocável. Ainda com a cirurgia cardíaca, são freqüentes as preocupações de pacientes com relação ao estilo de vida após a reabilitação; as possibilidades de praticar exercícios; ao retorno à vida sexual e ao trabalho (16, p. 20).

Ongaro (13, p. 13) diz que

O paciente coronariano nega que sua ação sobre o mundo e seu projeto de vida estejam sendo bloqueados pela doença. A desordem da doença não deve prevalecer sobre a ordem, que para ele representa o valor primordial, sem a qual ele perderia o sentimento de controle. (...) Ele se comporta como se estivesse diante de um risco superior ao da própria concretude da doença.

Quantas vezes fui surpreendida por pacientes ou por pessoas de suas famílias, principalmente por ocasião de suas altas hospitalares, ao fazerem indagações tais como: Quando vou poder voltar a trabalhar? Serei o mesmo homem? Esta última trás de forma velada a preocupação com a vida sexual.

Em Velasco e Maureira (21, p. 61), encontrei comentários sobre os aspectos relacionados à reabilitação social e profissional, bem como acerca da melhoria da qualidade de vida de pacientes cardíacos. Estes Autores relatam:

A reabilitação cardíaca vem adquirindo cada vez maior componente social. Primeiramente surgiu como uma metodologia dirigida a melhorar a capacidade física... que esta melhoria da capacidade física deveria levar a uma melhoria da readaptação social dos pacientes dos campos familiar, social e profissional e conseqüentemente a uma elevação do nível de sua qualidade de vida.

No entanto, na prática, a cura da doença continua a ser o principal propósito da medicina, direcionando o cuidado à saúde como predominantemente curativo de doença, de sorte que o ser humano é visto em partes e não como um ser integral (6, p. 120).

Nesse contexto, Castiel (4, p.185) afirma que

Médicos, via de regra, diagnosticam e tratam de doenças, que costumam ser encaradas independentemente da subjetividade do 'paciente', aparentes nas alterações da estrutura e função. Ou, então, tal subjetividade deve ser 'objetivada' por meio de escalas/testes/índices (...) A metáfora na biomedicina é a representação do organismo como uma máquina bioquímica.

Este comportamento que direciona o cuidar para o aspecto curativo também é assumido pelas enfermeiras, que segundo Dal Sasso (6, p.121), consideram o fato de "que o cliente é doente até o momento da alta hospitalar e com saúde quando ele deixa o hospital (...) ignoram os níveis de transição entre doença e bem-estar e tendem a focalizar exclusivamente o diagnóstico médico". Entendo que isto provém da nossa formação, centrada essencialmente no modelo biomédico, com uma abordagem técnica, sendo o nosso trabalho, mais freqüentemente, desenvolvido em hospitais.

Deveríamos, pois, focalizar o homem sempre como um ser disposto nas relações familiar e social, com a saúde-doença como algo indissolúvel e não dicotomizado. Para Beland e Passos (1, p.72), "estando saudável, o homem é capaz de se adaptar com sucesso ao seu ambiente. Na doença, sua capacidade de adaptação fica, de certa forma, limitada".

Remen (15, p. 9) afirma a respeito, dizendo que

...saúde não é qualidade de uma pessoa, mas sim de uma vida (...) pessoas fisicamente saudáveis podem viver de forma doentia e pessoas fisicamente doentes podem viver vidas sadias (...) há uma maneira saudável de ter uma doença.

Viver saudável pode se constituir na capacidade das pessoas em enfrentar os problemas de maneira a apreender algo de muita validade. Para o Autor, pessoas saudáveis talvez sejam as que utilizam sua capacidade para transformar a experiência, para melhorar a qualidade de sua existência.

Considero, neste estudo, o processo saúde-doença como parte dos diversos estágios de vida do homem. Durante todas as fases da vida - nascimento, crescimento, desenvolvimento e envelhecimento, o ser humano está sujeito a vivenciar doenças que podem acometê-lo temporária ou definitivamente.

Segundo Trentini e Silva (20, p.77), quando isto acontece de forma permanente, "a pessoa passa a incorporar a doença no seu processo de viver, isto é, passa a conviver com ela e, portanto, estamos diante de uma condição crônica de saúde". Referidas Autoras definem condição crônica de saúde como uma intercorrência estressora, cujo impacto surge a qualquer tempo e vem para

permanecer, capaz de alterar a condição de ser saudável dos indivíduos ou grupos.

Percebo essas circunstâncias como verdadeiras dificuldades ao bem-estar individual e familiar. Creio que essas situações “estressoras” requerem dos sujeitos que as vivenciam uma capacidade adaptativa para a obtenção da melhor qualidade de vida possível. Para que o sujeito consiga êxito nessa fase de aceitação à nova condição de vida, ele precisa ser assistido.

Nós enfermeiras podemos ser elementos importantes na ajuda ao cliente quando do enfrentamento da doença, a partir dos esclarecimentos e orientações sobre como melhorar sua qualidade de vida.

Consoante Remen (15, p.99), a doença em geral constitui uma interrupção ou pausa nos padrões ou hábitos das pessoas; estas situações constituem crises que levam a questionamentos sobre determinados valores, prioridades e maneiras de ser. Tais momentos podem, portanto, ser responsáveis pela necessidade de compreensão mais profunda e de maior valorização por parte destas pessoas, bem como de um agir mais consciente nas suas formas de viver.

Portanto, a doença necessariamente deve deixar de ser encarada apenas como uma alteração do ponto de vista físico, para ser dimensionada como um fator de alteração no individual e no coletivo. Há necessidade de considerarmos a subjetividade de cada pessoa com relação às possíveis respostas apresentadas diante destas circunstâncias.

Investigando a literatura, encontrei estudos que abordam aspectos físicos, sociais, culturais e emocionais do adoecer do coração. No entanto, neles

não consegui apreender o que está por trás dos comportamentos e sentimentos manifestados pelos coronariopatas, bem como das interrogações que eles faziam diante de sua condição crônica de saúde.

Assim, fui percebendo a importância de desenvolver um estudo que buscasse descobrir o que estava velado naquelas mostrações dos humanos enquanto coronariopatas. Tal percepção já apontava para a necessidade de um olhar diferenciado para esta clientela.

1.2 O DESPERTAR PARA A REFLEXÃO

Minha adolescência foi permeada pela convivência com meu avô materno, que, àquela época, morava conosco e padecia de “doença do coração”. Muito me afligia vê-lo limitado em seus movimentos, dependente de medicação, condicionado a freqüentes consultas médicas e, principalmente, a recorrências de internações hospitalares. Quando internado em unidades de terapia intensiva, via, através de visores, sua restrição no leito, ligado a fios e aparelhos, os quais me diziam eram responsáveis pelo “controle do coração”.

Em meio às idas e vindas do meu avô aos/dos hospitais, a enfermagem surgiu em minha vida. Era, até então, algo totalmente desconhecido, quando aos dezessete anos deveria me submeter ao vestibular. A opção por esta área foi fruto de várias discussões com uma amiga que, na ocasião, era estudante de enfermagem.

Aos poucos fui percebendo que as disciplinas que iam sendo cursadas, o convívio com as professoras e, principalmente, com os ambientes de terapias intensivas me fascinavam. A avaliação hoje feita por mim é de que o fascínio era desencadeado pelo imediatismo com que eu via o paciente internado ser atendido naqueles setores. O alto grau de resolutividade, o desenvolvimento tecnológico, científico e o aparente poder e reconhecimento profissional da enfermeira naqueles serviços me impressionavam.

O que era desconhecido nas situações de visitas como parente próximo de uma pessoa internada, agora me parecia ser um ambiente propício ao desenvolvimento de um trabalho, eficiente, responsável e essencialmente humano.

Tornei-me enfermeira e logo realizei um grande desejo, que era desenvolver minhas atividades profissionais em uma unidade de terapia intensiva de um hospital especializado no atendimento a clientes portadores de doenças do coração e dos pulmões.

Minha trajetória profissional foi, pouco a pouco, se solidificando. Por algum tempo, os aspectos técnico-científicos relacionados ao desempenho da minha profissão me bastavam. O ambiente da terapia intensiva, todo o seu aparato tecnológico eram suficientes para me fazer sentir útil ao procurar desempenhar, cada vez mais de modo técnico, competente, responsável e eficientemente, minhas tarefas, mas, ao mesmo tempo, sentia que algo "escapava", alguma coisa incomodava na minha relação com o paciente.

Ele chegava em condições clínicas ou cirúrgicas sempre com estado geral grave ou com potencialidade para se agravar. O tratamento e os cuidados

eram implementados, na maioria das vezes com êxito, e, quando não, tínhamos a “satisfação” de pensar que o possível havia sido feito. Mas, quem eram aquelas pessoas, o que elas estavam pensando, sentindo..., quem eram suas famílias, em que condições se dava aquele adoecer? Tudo aquilo me inquietava...

Surgiu-me depois a oportunidade de ser responsável por uma unidade de internação clínica e pré-operatória. Naquela ocasião, convivi com clientes que, por circunstâncias diversas, permaneciam por prolongado tempo de internação, o que fazia com que eu mantivesse contato mais pessoal e até certo ponto fraterno com eles, com sua família e seus amigos. Assim, havia maior interação entre nós.

Eu encontrava pessoas hospitalizadas em decorrência de primeira crise ou por motivo de recidivas de sintomas de patologias cardíacas que as faziam vivenciar a condição crônica de saúde. Percebia que aquelas situações interferiam nas suas vidas e nas de suas famílias, da mesma forma como tinha acontecido na minha, de modo muito importante. Percebia ainda que este enfrentamento *era mais difícil naqueles pacientes internados em virtude da primeira crise, quando se delineava o diagnóstico de estado crônico.*

Hoje, continuo convivendo e cuidando de pessoas nestas situações no Centro Coronariano, ora como enfermeira assistencial, ora como docente. Compartilho das suas surpresas, angústias, aflições, ansiedades, estresses, enfim, da experiência de enfrentar a nova circunstância de vida.

Considero que nosso modelo assistencial está centrado nos aspectos médico-biológicos e, que muitas vezes, caminha na busca da perfeição técnico-científica, nos afastando de colaborar com o cliente, no seu processo de lidar com a nova condição. O que para nós pode parecer simples e facilmente

assimilável, para o sujeito que experimenta a situação pode ter uma repercussão muito importante. Para quem experimenta o acontecer, tudo é novo, tudo é vivido de forma singular e, quem sabe, pela primeira vez na sua existência.

Infelizmente, nosso sistema de saúde não dispõe de uma estrutura de assistência preventiva eficaz. Por isso, as condições crônicas de saúde, especialmente na área da cardiologia, já se instalam na forma de um ataque agudo e grave, o que contribui para que o indivíduo experimente grandes estresses, especialmente direcionados à expectativa com relação à qualidade de vida que ele vai ter a partir do diagnóstico dessa nova condição.

Ao submeter-se ao tratamento, a pessoa tem restringido seu estado de ser um cidadão e passa a ser "um paciente", destinado a submeter-se a todas as intervenções que lhe forem indicadas. No cotidiano, tenho percebido que o paciente começa a se questionar sobre as perspectivas de vida que terá após o diagnóstico médico de uma condição crônica de saúde, as alterações que isto trará sobre sua qualidade de vida, as limitações que lhe serão impostas, até o medo da morte. Nestas condições, percebo que a pessoa indaga: Poderei continuar trabalhando? Manterei minhas atividades físicas? Poderei manter relações sexuais? Poderei tomar minha cervejinha? Enfim, que qualidade de vida terei?

Estes questionamentos iam e vinham na minha prática sem que houvesse um esforço dos profissionais para ajudar os doentes no enfrentamento desta nova situação. Um mergulho em reflexões me fez retornar ao olhar diferenciado para os coronariopatas cuja necessidade eu já vislumbrara. Era preciso considerá-los em sua totalidade, em sua dimensão existencial e, assim,

compreendê-los na diversidade de experiências por eles vivenciadas com a coronariopatia.

1.3 O ENCONTRO COM A FENOMENOLOGIA

Muito se tem pesquisado e descoberto sobre a evolução clínica das condições crônicas de saúde, especialmente em cardiologia. No entanto, uma outra busca à literatura mostrou que a maioria das investigações em enfermagem era direcionada para as nuances dos avanços técnico-científicos na área de atendimento terciário de saúde. Com certeza estes aspectos são indispensáveis à assistência aos clientes, principalmente os cardiopatas, porém não adequados para responder às inquietações que cada vez mais me afligiam.

Meus primeiros ensaios em pesquisa buscavam, também, descrever aspectos técnicos e científicos da profissão. Assim foram as pesquisas formais realizadas quando dos cursos de habilitação e de especialização, bem como alguns outros estudos apresentados em congressos e outros eventos específicos.

Mais recentemente, intensificaram-se as discussões nos congressos, seminários e publicações, sobre o enfoque da enfermagem como prática social. Simultaneamente, difundiu-se em nosso meio a abordagem qualitativa de pesquisa como instrumento que possibilita a compreensão da pessoa humana, favorecendo a solidificação de nossa prática profissional.

Participando destes eventos, já havia percebido que as minhas inquietações não se relacionavam com os aspectos técnicos e biológicos que

envolviam as coronariopatias, mas com a dimensão existencial das pessoas coronariopatas. A afirmativa de uma Filósofa - Creusa Capalbo - comprometida com temas existenciais também veio reforçar a minha percepção:

As doenças precisam ser consideradas quanto à sua natureza estrutural - que permite entendê-las como são 'em si mesmas', em qualquer lugar do mundo - e quanto à sua natureza de conteúdo - que expressará a situação existencial concreta do ser doente (...) O sentido da existência, (...) a autenticidade, o acolhimento devem merecer uma mediação filosófica de natureza compreensiva, explicativa, interpretativa (3: p. 70-73).

Assim, descobri a fenomenologia como uma abordagem qualitativa de pesquisa adequada às ciências humanas e sociais, por se preocupar com o estudo das essências experienciadas e descritas pelos próprios sujeitos que vivenciam a situação. Pensei que ela poderia ser um caminho que possibilitasse a obtenção de respostas para muitas das minhas indagações.

Em outro momento, esta mesma estudiosa procurou fazer uma aproximação da fenomenologia com a enfermagem, dizendo que a fenomenologia é um método qualitativo de pesquisa que se preocupa com a busca da compreensão das significações essenciais, e que compete a ela descrever, explicar e compreender as diversas manifestações do sentido na trama constitutiva da existência em todas as suas dimensões (2, p. 135).

Para a Filósofa, a fenomenologia é muito importante para a enfermagem, uma vez que, desde a sua origem, é uma profissão preocupada com o cuidado dos doentes e com a promoção da saúde das pessoas. Ainda porque, nos dias atuais, ela tem tentado considerar o homem de forma holística, em detrimento do modelo biomédico que por muito tempo a influenciou como profissão, e,

sobretudo, porque seu foco de interesse é voltado para o cuidado do homem, utilizando-se sempre da possibilidade de compartilhar-com ele.

Assim, a fenomenologia aproxima-se da enfermagem como opção metodológica que se abre para as ciências humanas.

Corroborando, Lopes et al. (8, p. 50) dizem que

A fenomenologia apresenta-se como uma alternativa de pesquisar e assistir em enfermagem, pois, sendo o nosso trabalho com o humano, surge a possibilidade do olhar fenomenológico para o outro, nosso semelhante situado no mundo em sua totalidade de vida.

Certa de que minhas inquietações eram da instância do fenômeno, continuei buscando conhecimentos sobre a pesquisa fenomenológica através da literatura e da realização de cursos. Participei de cursos como o de Metodologia Qualitativa, ministrado pela Prof.^a Dr.^a Margareth Ângelo (USP-SP) e o de Fenomenologia, ministrado pela Prof.^a Dr.^a Creusa Capalbo (UFRJ-RJ).

A oportunidade de cursar o mestrado, culminando com a elaboração e defesa de dissertação, representou o momento de buscar respostas às indagações surgidas acerca dos coronariopatas. Decidi trilhar o caminho da fenomenologia pelo discurso de Martin Heidegger, expresso na obra ***Ser e tempo***, uma vez que o pensamento deste Filósofo, segundo Olivieri, nos “oferece possibilidades para entender o ser humano no conviver com os outros, no vivenciar o cotidiano” (12, p. 19).

Mas, diante da dificuldade de compreender o pensamento do Filósofo, participei do Seminário de leitura de *Ser e tempo*, coordenado pelo Prof. Dr. Rui Verlaine Oliveira Moreira (UFC).

Ser e tempo, obra editada em dois volumes em 1927, é considerada junto a algumas outras como fundamental para a filosofia contemporânea. Declarando sua importância, Leão (7, p.11) afirma que é um marco na caminhada do pensamento pela história do Ocidente, enquanto Stein (18, p. 5) diz que “A passagem do milênio é heideggeriana, sem dúvida alguma, e o próximo século se ocupará muito com o estudo da obra heideggeriana...”

Heidegger foi, portanto, um estudioso da existência humana, e, considerando ser a coronariopatia uma alteração no processo saúde-doença, capaz de afetar a existência e o cotidiano de quem a vivencia, busquei nesse Autor a compreensão da pessoa coronariopata.

1.5 O OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo compreender a existência dos coronariopatas a partir das significações que eles atribuem às suas experiências vivenciadas.

1.5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BELAND, I., PASSOS, J. *Enfermagem clínica*. Trad. Beti Raquel Lerner. São Paulo: EPU, 1979. v.1.
- 2 CAPALBO, C. Alternativas metodológicas em pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis./ *Anais...* Florianópolis: Editora da UFSC, p. 130-157, 1984.
- 3 _____ . Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 70-76, mai., 1994.
- 4 CASTIEL, L. D. *O Buraco e o avestruz*: a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papyrus, 1994.
- 5 CHOR, D. et al. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, M. C. S., et al. *Os muitos brasis*: saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC, 1995. p. 57-86.
- 6 DAL SASSO, G. T. M. Compreendendo o ser saudável através do processo saúde-doença. *Texto e Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 120-138, jul./dez. 1992.

- 7 LEÃO, E. C. Apresentação. In: HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. 4. ed. Trad. Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1993. pte. 1.
- 8 LOPES, R. L. M., et al. Fenomenologia e a pesquisa em enfermagem. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 49-52, mai. 1995.
- 9 MELTZER, L. E. M. et al. *Intensive coronary care: a manual for nurses*. 5. ft. Miami: Kathleenes Drawp, 1995.
- 10 _____ . *Terapia intensiva em unidade coronariana*. Trad. Walter Franco. Rio de Janeiro: Atheneu, 1980.
- 11 OLIVEIRA, M. F. P. Manifestações emocionais do paciente coronariano. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 1-4 (Supl. A), jan./fev. 1995.
- 12 OLIVIERI, D. P. *O "Ser doente"*: dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Editora Moraes, 1985.
- 13 ONGARO, S. O Paciente coronariano em reabilitação: uma abordagem psicossomática. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 9-16, jul./ago. 1991.

- 14 RAMOS, D. G. *A Psique do coração: uma leitura analítica do seu simbolismo*. São Paulo: Editora Cultrix, 1990.
- 15 REMEN, R. N. *O Paciente como ser humano*. São Paulo: Summus, 1993.
- 16 RUSCHEL, P. P. e HOLFMAN, K. C. Fantasia dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. *Atualização Cardiológica*. São Paulo, jul./ago. 1989.
- 17 SILVA, L. F. e GUEDES, M. V. C. Vivenciando o infarto do miocárdio - uma busca de compreensão. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 46., Porto Alegre. *Temas livres-síntese*. Porto Alegre: ABEn-RS, 1994. p. 97-98.
- 18 STEIN, E. Uma Armadilha trágica do imaginário. *Folha de São Paulo*, São Paulo. 26 maio 1996. Caderno Mais. p. 6.
- 19 SVARTMAN, B. Adoecer do coração: visão psicanalista. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 5-8 (Supl. A), jan./fev. 1994.
- 20 TRENTINI, M., SILVA, D. G. V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. *Texto e Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 76-88, jul./dez. 1992.

21 VELASCO, J. A., MAUREIRA, J. *Rehabilitación del paciente cardíaco.*

Barcelona: Ediciones Doyma, 1993.

22 WHIPPLE, G. H., et al. *Insuficiência coronariana e tratamento.* Trad.

Antônio Alberto de Toledo Serra. São Paulo: EPU, 1980.

2 A METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo do estudo era preciso obter dos coronariopatas uma descrição detalhada dos seus vividos. Dessa forma, 14 pessoas, sendo 13 do sexo masculino, todas na faixa etária entre 48 e 75 anos, submeteram-se às entrevistas (Anexo 1).

Para Deslandes (2, p. 43), “A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade”; deve, sim, possibilitar a apreensão das múltiplas dimensões do fenômeno estudado.

Os participantes do estudo são usuários do Sistema Único de Saúde, acompanhados no Centro de Pacientes Externos (CEPEX) do Hospital de Messejana, que é um nosocômio da rede pública estadual de referência para o atendimento de pacientes portadores de doenças cardíacas e pulmonares. Eles são oriundos de diversas classes sociais, entrevistei, tanto pessoas que possuem diploma de curso superior, como analfabetos.

As justificativas para a utilização dos recursos de saúde da rede pública vão desde a impossibilidade de pagamento à rede privada, até o fato de gostarem do atendimento dispensado pelos profissionais de saúde do Hospital.

Alguns residem em casa ou apartamento amplo, dispondo de boas instalações e conforto, outros em casas humildes, pequenas e habitadas por grande número de moradores, abrangendo, inclusive, companheiros dos filhos e netos.

Deles, pelo menos três se queixaram da diminuição da renda familiar em decorrência da aposentadoria precoce provocada pelo surgimento da doença.

A escolha dos depoentes do estudo recaiu nos que aguardavam consultas médicas nos corredores do ambulatório. Aproximava-me para que pudesse falar sobre a pesquisa que estava desenvolvendo e explicar o objetivo. Após esclarecer que a participação deles seria muito importante, convidava-os para a entrevista. Diante da concordância em participar, indagava a hora e o local que melhor lhes conviessem. Como preferiram os domicílios, anotei seus endereços.

Os rostos de muitos pacientes eram a mim familiares, em decorrência do nosso convívio durante suas hospitalizações. Alguns pacientes chegavam a me reconhecer, outros não. Isto se justifica pelo tempo decorrido da internação ou pelo fato da difícil caracterização do pessoal que trabalha no Hospital, especialmente em terapias intensivas.

Considerando os aspectos éticos da pesquisa qualitativa apontados por Munhall (4, p. 157), uma das áreas que merece consideração no trabalho de campo é o segredo das permutas pessoais entre o pesquisador e os participantes ou colaboradores, e, somente com o consentimento destes, os dados podem ser incluídos no estudo. Por isso, garanti-lhes o anonimato, ao mesmo tempo em que

lhes pedia permissão para utilizar o gravador. Vale a pena ressaltar que nenhum dos convidados se recusou a participar.

Em decorrência da opção pelo recurso metodológico da entrevista, senti necessidade de aprofundar meu conhecimento acerca da entrevista qualitativa e, mais precisamente, da entrevista fenomenológica, visando a reunir condições de maior interação com os sujeitos ou participantes da minha pesquisa. Desse modo, esperava obter melhor apreensão dos seus relatos.

Em Carvalho (1, p.37), encontrei que a lição segundo a qual

Em uma entrevista fundamentada na metodologia fenomenológica, não se busca uma linguagem que seja a soma de pensamentos e idéias. Busca-se uma linguagem que seja 'fala originária', 'fala' esta que possibilite a mediação com o outro e a comunicação com o mundo.

Para a Autora, quando o orador fala, o resultado é a expressão do seu pensamento e este discurso se acompanha de gestos necessários, acentos e tonalidades, silêncios, e reticências. Ele narra, na sua história, de alguém que fala e não de alguém que só tem certeza de existir em virtude de pensar.

O entrevistado discursa em estilo singular, sem comparação com qualquer outro, relevando seu modo de existir e de estar no mundo.

Minayo (3, p. 99) relata o fato de que a entrevista é um instrumento para orientar uma conversa com finalidade, devendo ser ela um facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da conversação. Há necessidade de interação entre entrevistador e entrevistado, bem como alto grau de confiança entre eles.

Weber (5, p. 65-66) diz que, através do diálogo, se aprofunda a reflexão comum entre entrevistador e participante, de modo que a entrevista se transforma numa relação entre duas pessoas na qual elas aprendem o máximo sobre si acerca do tópico da conversação.

Quando chegava aos domicílios, eu reforçava a explicação sobre o objetivo do estudo, procurando deixar clara a importância da sua participação.

Optei pela entrevista semi-estruturada, a partir das seguintes questões iniciais, que possibilitaram o meu encontro com os participantes:

- Como é para o(a) senhor(a) conviver com essa doença no coração?**
- Como tem sido o seu dia-a-dia convivendo com essa doença no coração?**

Os entrevistados falaram livremente. Procurei não interrompê-los e, quando necessário, perguntei-lhes se gostariam de falar mais sobre alguma coisa. O uso do gravador não pareceu constituir incômodo para eles.

Utilizei também um formulário composto de 10 (dez) itens, que me permitiram anotar dados de identificação de cada participante do estudo (Anexo 2).

Registro, aqui, a minha satisfação por ter tido a oportunidade de interagir na intimidade dos lares destes clientes, uma vez que estes encontros não representaram apenas "meras entrevistas", objetivando a elaboração de dissertação de Mestrado"; eles foram oportunidades de conhecer estas pessoas, poder prestar-lhes, não somente ao paciente, como também à sua família,

orientações relativas à educação em saúde, especialmente quanto à prevenção das doenças cardiovasculares. Houve ainda solicitações de verificação de pressão arterial e de encaminhamentos junto ao serviço de ambulatório do Hospital, no que procurei atendê-los prontamente.

À medida que as entrevistas iam acontecendo, eu procurava transcrevê-las. Para mim isto representou novo mergulho no movimento próprio de cada entrevistado, no mundo da linguagem que envolve não só as suas palavras, mas os gestos, o silêncio, a expressão facial.

Após a transcrição de duas das entrevistas realizadas, senti a necessidade de esclarecer pontos que para mim pareciam obscuros, tendo retornado, mediante contato telefônico prévio, aos dois entrevistados.

Aos entrevistados atribui nomes fictícios, desde que não fossem próprios de nenhum dos participantes do estudo. Nomes fictícios também foram atribuídos aos familiares e profissionais de saúde citados pelos coronariopatas.

De posse de todo o material transcrito, procedi à leitura, primeiramente, sem emitir juízo. Depois, li várias vezes cada discurso em separado na tentativa de apreender as significações atribuídas às experiências vivenciadas com a coronariopatia. A partir das significações apreendidas que já representavam um movimento de compreensão, procurei acessar o que nelas estava velado, tendo como suporte os modos de ser do humano analisados por Martin Heidegger em *Ser e tempo*.

2.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 CARVALHO, A. S. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. Rio de Janeiro: Agir, 1987.
- 2 DESLANDES, S. F. A Construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S., et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- 3 MINAYO, M. C. S. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- 4 MUNHALL, P. L. Ethical considerations in qualitative research. *West. J. Nurs. Res.*, v. 10, n. 2, p. 150-162, apr. 1988.
- 5 WEBER, S. J. The Nature of interviewing. *Phenomenology+Pedagogy.*, v. 4, n. 2, p. 65-72, 1986.

3 A COMPREENSÃO

A fenomenologia surgiu em meio à crise do positivismo no final do século XIX, início do século XX, em decorrência da dificuldade então sentida de, através do positivismo, responder às questões relacionadas às ciências do homem. É neste contexto que surge como contestação ao modelo positivista, experimental, para o tratamento daquelas questões.

Embora o termo fenomenologia já fosse utilizado por pensadores como Lambert (1764), Kant (1770) e mesmo Hegel (1807), foi Edmund Husserl, filósofo alemão, o verdadeiro precursor da fenomenologia como movimento ontológico, por pensar ele que o sentido do ser e o do fenômeno estão sempre associados.

Edmund Husserl (1859-1938) era um matemático, cujo pensamento foi influenciado por Franz Brentano (1838-1917), filósofo idealista, também alemão. Àquela época, Brentano propunha novo método de conhecimento do psiquismo, do qual Husserl tirou um dos conceitos fundamentais para a fenomenologia que propôs - o da intencionalidade. Para Brentano, a mente sempre está dirigida para algo, ela é sempre intencional (4, p. 10).

Segundo Husserl, a fenomenologia é um retorno à experiência vivida, sendo isto para ele fundamental. É uma volta "às coisas mesmas", uma tentativa

de descrever o fenômeno, sem necessariamente explicá-lo ou apreender relações causais.

Este Pensador foi, assim, o fundador da fenomenologia contemporânea, a partir da qual, em nosso século, outros autores vão chamar a atenção para o fenômeno da pre-compreensão inerente a todo o conhecimento, como Martin Heidegger, cuja fenomenologia está vinculada à ontologia da existência. Para os seguidores de Husserl não existe fato puro, há o que eles chamam de 'círculo hermenêutico' entre fatos e teorias: um remete ao outro (2, p. 133).

Em sua obra **Ser e tempo**, Heidegger utiliza-se do método fenomenológico para ir "às coisas mesmas", muito embora não chegue a explicitá-lo. Por esta máxima husserliana, o Filósofo busca desnudar o fenômeno: a discussão e compreensão do ser, obscurecidas pela metafísica (5, p. 27-30).

Martin Heidegger (1889-1976), filósofo alemão, assistente e depois sucessor de Edmund Husserl na Universidade de Friburgo, retoma, especialmente em **Ser e tempo** a questão do sentido do ser, como um tema caído no esquecimento. Consoante o Pensador, o sentido do ser "deu fôlego às pesquisas de Platão e Aristóteles para depois emudecer como *questão temática de uma real investigação*" (5: p.27). Embora o conceito de "ser" fosse entendido como vago e universal, Heidegger considerou que ele prescindia de definição.

Nesta obra célebre, Heidegger expõe que o termo fenomenologia é derivado dos termos gregos: *pháinomenon* e *lógos*. *Pháinomenon* vem do verbo *phainestai*, que significa "o que se mostra, o que se revela", portanto, o que se mostra em si mesmo. *Lógos* é traduzido literalmente por discurso; porém, pode ser interpretado por juízo, razão, conceito, definição, fundamento, relação,

proporção. Assim, fenomenologia quer dizer fazer aparecer o fenômeno, deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo - *para as coisas elas mesmas* (5, p. 58-63).

Para Heidegger, ser é o conceito mais universal e na sua compreensão está sempre incluído em tudo o que se apreende do ente. E, segundo ele, "Ente é tudo que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos. Ser está naquilo que é como é, na realidade, no ser simplesmente dado (5, p. 32). (Ser simplesmente dado como modo de ser que não pertence à essência do ente dotado de caráter da pre-sença).

Elaborar a dimensão do ser será, pois, tornar transparente um ente especial, privilegiado, capaz de questionar, ente em suas muitas possibilidades ontológicas de existência (*ek-sistere*): o homem, o qual é designado com o termo *Dasein*, traduzido em **Ser e tempo** pela expressão *ser-aí*. Assim, "o homem é o *aí (Da)* onde o ser (*sein*) se coloca como questão, de modo que se trata no homem de muito mais que do homem" (4, p. 129-130).

A essência do *Dasein* está na sua existência, sendo o homem o único *Eksistente* capaz de se comportar dessa ou daquela maneira, compreendendo-se a si, a partir de sua existência e de sua possibilidade de ser ou não ser ele mesmo (5, p. 39). Existência significa estar fora da realidade e na direção da possibilidade, do poder-ser. Dessa forma, só se aplica ao homem, ao ente dotado da pre-sença.

Para designar os possíveis modos de ser da pre-sença, Heidegger utiliza-se do termo *existenciais*, que difere completamente de um outro,

existenciário, empregado pelo Autor para fazer referência à compreensão que a pre-sença tem de si mesma em seu contexto histórico e ôntico.

Ele estabelece, assim, diferença entre o modo de ser da pre-sença e o modo de ser dos entes simplesmente dados. A pre-sença existe, enquanto os entes simplesmente dados são.

É no retorno “às coisas mesmas” que o pesquisador se utiliza da sua subjetividade para descobrir o que se encontra velado na consciência, a essência (*eidós*) do fenômeno. Para isto deve colocar o fenômeno em suspensão, realizar a *epoché*, através da redução fenomenológica, numa explicação do ontológico que se encontra velado no ôntico.

Para Heidegger, a verdade (o desvelamento, o desnudamento) do ser se dá de forma ontológica a partir do ôntico, pela hermenêutica compreensiva, do particular para o geral e do geral para o particular, compreensão que, para o Autor, requer sempre uma pre-compreensão.

A fenomenologia, como retorno “às-coisas-em-si-mesmas!”, deixa e faz ver por si aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si. É, para Heidegger, a alternativa metodológica para a descoberta do ser.

Fenômeno não é o que aparece, mas o que está atrás do que aparece, encoberto, chegando-se a ele por intuição; é somente o que se constitui o ser, e ser é sempre ser de um ente. Fenomenologia, ele diz ser a ciência do ser e dos entes - é ontologia, que parte do ôntico para chegar ao ontológico, através de um ser especial - pre-sença ou *Dasein*. Para o Filósofo, a própria descrição fenomenológica do sentido do ser é interpretativa, portanto hermenêutica, no sentido de elaboração das condições de toda investigação ontológica, sendo a

pre-sença o horizonte para a compreensão e possível interpretação do ser (5: 58-59).

A pre-sença, para Heidegger (5: p. 90-92), é "um ente, que na compreensão do seu ser, com ele se relaciona e se comporta (...) a pre-sença é o ente que sempre eu sou". Como um ponto inicial, a pre-sença é um ser-no-mundo, através de uma tríplice visualização: *em-no-mundo*, na sua mundaneidade como tal, *em* não espacial, mas sim relacional; *ente*, no cotidiano aparente da pre-sença; e *ser-em* (*em* relacional com-o-outro), de modo ontológico-existencial. "O *ser-em* é, pois a expressão formal e existencial do ser da pre-sença que possui a constituição essencial de ser-no-mundo".

A pre-sença, como *ser-em*, é lançada-no-mundo de modo aleatório, o que se caracteriza pela facticidade, ou seja "o caráter fatural do fato da pre-sença em que, como tal, cada pre-sença sempre é" (5, p. 94), muito embora *ser-em* seja um constitutivo próprio da pre-sença ser-no-mundo.

Mundo é um caráter da própria pre-sença, um vez que esta só pode descobrir o ente como natureza num determinado modo de *ser-no-mundo* (5, p. 105-106). A pre-sença é no mundo na relação com outros homens e com coisas, caracterizando o *ser-com*.

Neste estudo, a pre-sença coronariopata se mostrou na sua existência, na sua relação com o outro e com as coisas, por manifestações ônticas (apreendidas imediatamente), e ontológicas (apreendidas mediadamente, pelo sentido). Em Heidegger, o homem se mostra como um ente que é por meio do seu *logos*, ou seja do seu discurso esclarecedor pronunciado pela linguagem. É

através desta que o homem se expressa como pessoa que compreende. que se encontra situado no mundo.

Na tentativa de compreender os coronariopatas em sua existência, parti das manifestações ônticas, ou seja, das significações apreendidas nos seus discursos, as quais estão apresentadas a seguir:

- **temer a morte, a separação dos entes queridos e o retorno dos sintomas agudos;**
- **perceber a coronariopatia como transformadora da vida social, profissional e sexual;**
- **sentir-se vigiado pela família;**
- **conformar-se com a nova condição de vida**
- **ter sentimento de tristeza e de inconformação;**

Em Heidegger, as significações representam o primado ôntico do ser-coronariopata e, como tal, não conseguem esclarecer o seu *sentido*, a sua direção. Assim, fez-se necessário que eu buscasse apreender o primado ontológico, abarcando o que estava escondido no discurso dos participantes do estudo.

Para o Filósofo, no modo de ser, a pre-sença se desvela no mundo como possibilidades de ser. Ela se compreende como abertura, como ser-para ou poder-ser; sendo assim, ela também é transcendência, na busca de suas possibilidades.

Neste estudo, a busca do primado ontológico é, pois, a apreensão do sentido do ser-coronariopata, fundamentada nos discursos dos entes que vivenciam esta situação.

Heidegger (5, p. 204-211), quando trata no parágrafo 32, da obra *Ser e tempo*, da compreensão e interpretação, diz que "Na interpretação, a compreensão se torna ela mesma e não outra coisa (...) Interpretar não é tomar conhecimento de que se compreendeu, mas elaborar as possibilidades projetadas de compreensão". Ele complementa, a seguir, que o mundo já compreendido é interpretado na circunvisão, ou seja, no mundo ao redor e que se explicita na compreensão que tem a estrutura de algo-como-algo.

Porém, quando se compreende através de uma aproximação interpretativa de entes, na estrutura de algo-como-algo, ela será sempre antecedida de uma pre-compreensão, de uma posição temática - explicitada do particular - a este respeito. A interpretação de algo-como-algo é fundada na posição prévia (momento que indica que a interpretação já tem uma posição que possibilita o horizonte das articulações), visão prévia (momento que designa a perspectiva em que se encara e vê o conjunto de articulações) e concepção prévia (momento que consiste na apreensão desse conjunto de posições e visões prévias), não podendo ser concebida como apreensão de um dado preliminar, isenta de pressuposições.

Para Heidegger (5, p. 208),

Se junto com o ser da pre-sença o ente intramundano também descobre, isto é, chega a uma compreensão, dizemos que ele tem *sentido* (...) e Sentido é aquilo em que se sustenta a compreensibilidade de alguma coisa (...) aquilo que pode articular-se na abertura da compreensão (...) é um existencial da pre-sença.

Assim, a interpretação já sempre se movimenta no já compreendido e nele se alimenta formando o círculo hermenêutico, “em espiral”, da compreensão.

A pre-sença coronariopata, em sua historicidade, cotidianidade e temporalidade, articulou seu discurso segundo uma direção, um modo de ser. Assim, articulando ou organizando entre si os objetos intramundanos, atribui-lhes um *sentido*.

Quando Heidegger trata do tema da analítica da pre-sença, no parágrafo 9 de *Ser e tempo*, afirma que ela é sempre uma possibilidade. Mais adiante, ao tratar a pre-sença como *ser-no-mundo* facticial diz que ela já se dispersou ou até mesmo se fragmentou em determinados modos de *ser-em*: o autêntico e o inautêntico.

A inautenticidade significa o modo de ser no impessoal, ou seja, o modo de viver no qual a pre-sença sendo pode “escolher-se”, ganhar-se ou perder-se ou ainda jamais ganhar-se ou só ganhar-se “aparentemente” (5, p. 78). No modo de ser da ocupação, nada é determinado. A pre-sença existe no mundo de todos, na publicidade do impessoal, onde ela é tomada pelo mundo de que se ocupa.

Em Heidegger (5, p. 180-181), “O impessoal *tira o encargo* de cada pre-sença em sua cotidianidade. (...) Todo mundo é outro e é si próprio.”

Diferentemente do viver inautêntico, a pre-sença não apenas se ocupa mas também se preocupa, se comporta como *ser-com*, quando a ocupação respeita e considera a originalidade que se toma. É o viver autêntico (5, p. 173 e 313).

Na cotidianidade mediana, tal como é, antes de tudo e na maioria das vezes, a pre-sença tende a manifestar-se no modo de ser da ocupação do impessoal, pois está arraigada aos modos e costumes comuns e públicos de viver. Assim também são os coronariopatas, pois, na medida em que suas vidas são tomadas por um novo modo de ser, passam a conviver com alterações físico-emocionais que permeiam suas existências, modos de ser que passam a ser codeterminados (7, p. 32).

Pode-se dizer que a pre-sença tende, por natureza, a ser inautêntica e impessoal na sua cotidianidade. Assim, passo a explicitar como o viver inautêntico se caracteriza entre as pre-senças entrevistadas.

Ao ser lançada no mundo a pre-sença coronariopata, na sua facticidade, contraiu uma doença descrita como de cunho agudo-crônica, uma vez que, dependendo da extensão e do comprometimento da lesão e do sucesso terapêutico, lhe trará menor ou maior grau de alterações na qualidade de vida.

Na cotidianidade, a pre-sença coronariopata de-cai de si mesma mostrando-se como inautêntica na medida em que teme ora a morte, ora a separação de entes queridos, ora o retorno dos sintomas agudos da doença.

O temor é um modo inautêntico de disposição da pre-sença, embora ele seja demonstrado numa relação com uma disposição fundamental da pre-sença que é a angústia, verdadeira abertura privilegiada e ontológica.

Quando a pre-sença coronariopata teme a morte, assim expressa:

...Tenho medo de morrer e deixar esse mundo bonito...

José

...o que mais me angustiou foi que nos dias antes de eu me operar, quatro pessoas foram e não voltaram da cirurgia. Aí eu pensava: esse tal de coração mata mesmo!...

Paulo

Em Heidegger, a pre-sença é um ser-para-a-morte, e, como tal, a morte se constitui de possibilidade própria privilegiada. O temor, para ele possui caráter de ameaça, e a morte, feita a última das possibilidades da pre-sença, constitui uma ameaça, embora devesse, como possibilidade própria, ser suportada.

Corroborando este sentimento de ameaça, é importante lembrar que o coração é comumente representado como órgão nobre, primordialmente importante para a manutenção da vida, o que também foi demonstrado nos discursos que se seguem:

...Quando o médico falou em cateterismo (...) olha pode ser tudo no mundo (...) mas menos o meu coração, mas antes fosse um enfisema pulmonar (...) Eu achava que eu podia adoecer de qualquer órgão, mas do coração! Logo o principal que eu achava o mais importante, então pra mim o órgão mais importante afetado (...) eu achava que o coração era o órgão mais vital e depois de mexido, quer dizer, jamais ele seria um todo (...) quando eu me senti com meu coração papocado (...) eu chorava, eu me desesperei, eu dizia: Mãe, o que eu mais pedia era minha saúde, tu acabou (...) tu acabou comigo porque fui de encontro logo ao meu coração, me mata mãe!, me mata!...

Paulo

Coração é bicho duvidoso, a pessoa que sofre do coração é assim...

João

Do ponto de vista da cotidianidade, esta representação é justificada, uma vez que ao coração, como páginas atrás referido, são atribuídas as sensações

afetivas e emocionais, tais como os sentimentos de amor e ódio, alegria, tristeza e pesar.

Conforme Ramos (9, p. 79 - 125),

O coração (...) é o ponto de origem e de retorno (...) O simbolismo do coração, através das eras, tem estado presente na vida do homem das mais diversas formas: em rituais, sacrifícios, preces e meditações, nas atividades artísticas, na expressão amorosa, na saúde e na doença, como expressão do mistério da vida.

O temor da morte revelado pela pre-sença coronariopata caracteriza-se pelo medo de uma possibilidade que pode ainda não estar tão próxima, muito embora esta possibilidade não próxima não resolva o temor, bem ao contrário, o constitua.

Ainda, quando teme a separação de entes queridos, a pre-sença, como é próprio dela, teme no lugar do outro, caracterizando um modo de disposição junto com os outros:

...Dois dias antes da cirurgia chamei meu pai e disse a ele tudo que eu tinha, chamei a Ana (esposa) e disse: jamais abandone o Felipe (filho)...

Paulo

Neste momento, **Paulo** teme pela falta que ele julga irá fazer à sua família e teme pelo destino do seu filho.

A agudização da doença coronariana é caracterizada pelo surgimento de sintomas desagradáveis como dor retro-esternal intensa, acompanhada de manifestações como sudorese, náuseas, vômitos etc. (8, p. 63-64). Certamente este quadro clínico desencadeia desconforto generalizado no doente. Assim, a

pre-sença coronariopata, por já ter vivenciado esta situação, teme a possibilidade do retorno destes sintomas:

A minha vida nunca mais foi a mesma, a gente fica sempre com aquele medo (...) Tenho medo de sentir de novo alguma coisa (...) a gente tem aquele medo, aquele temor de fazer qualquer coisa (...) tem que se cuidar, porque senão...

Pedro

Em Heidegger (5, p. 197), o temor pode variar seus momentos constitutivos entre pavor, caracterizado por uma ameaça que ainda não, mas a qualquer momento sim, algo que lhe é conhecido e familiar, o que pode ser percebido no discurso de **João**:

...eu quero fazer uma coisa que de primeiro eu metia a cara e fazia e hoje me sinto nervoso de fazer, tenho medo (...) Tenho medo de adoecer de novo (...) só tenho medo de sentir de novo, tenho muito medo.

Quando a ameaça ou o temor possui caráter de algo totalmente não familiar, está caracterizado o horror. Pode, ainda, o temor caracterizar-se pelo pavor e pelo horror, simultaneamente, ou seja, algo que a princípio lhe é familiar pode também tomar aspecto de novo, tornando-se então terror. O discurso de um dos participantes deste estudo revela o terror do ato operatório, especialmente relacionado ao fato de ele haver experienciado a morte do outro, seu irmão, em circunstâncias similares:

... eu já tinha adoecido quando meu irmão mais velho (...) adoeceu também do coração e foi (...) operado (...) com três dias da cirurgia veio a notícia que ele tinha tido uma parada cardíaca (...) Eu fiquei com muito

*medo (...) sempre peço pra esperar, (...) eu não me
sinto emocionalmente em condições
(silenciou)...Quando não puder mais...*

Pedro

Assim, de forma inautêntica, a pre-sença coronariopata ocupa-se com seu ser-no-mundo-com-o-outro na cotidianidade do temor.

Em **Ser e tempo**, Heidegger prossegue afirmando que a existência liga-se à temporalidade, como fundamento ontológico, originário da existencialidade da pre-sença, colocando em jogo o seu próprio ser.

A temporalidade é constituída por 'ekstases' (vigor de ter sido, atualidade e porvir), que têm relação com o passado, presente e futuro. Heidegger chama de temporalidade "este fenômeno unificador do porvir que atualiza o vigor de ter sido" (6, p. 120). O passado corresponde ao retorno ao vivido, o presente à ocupação com as coisas do mundo e o futuro às possibilidade de ser.

A pre-sença coronariopata, quando referiu alterações causadas na sua vida social, profissional e sexual, demonstrou estar presa ao passado, ao vigor de ter sido:

...Até o primeiro infarto eu era um menino de 17 anos. Se não tivesse acontecido eu era um menino. Eu farreava até 4 horas da manhã, trabalhava 12 horas por dia (...) Após, jamais posso fazer isso. Quando dou fé de uma vez... (olhos com lágrimas)

José

...A minha vida mudou completamente, o que eu mais gostava de fazer era brincar, hoje é completamente diferente do que eu era antes de me operar, eu era um homem disposto pra tudo, gostava de tomar minha cervejinha, gostava de fumar meu cigarrinho, de brincar com as meninas, visitar cabaré, dançar, fazer tudo isso. Todo final de semana eu saía, brincava. Hoje

minha vida é totalmente diferente, hoje eu sou um homem acabado, restrito, acomodado, pra mim tudo acabou (...)...Não posso fazer o que a natureza pede, não tenho condições (...) Se eu fosse fazer aquilo que a natureza pede eu já estaria morto (...) sinto falta de brincar com as meninas, toda vida gostei, desde de 11 anos que eu já conhecia mulher (...) Então eu vou me controlando (...) Não saio mais pra brincar com as meninas, não tenho mais graça...

David

...Eu não pedia nada a ninguém pra fazer nada, se precisasse de uma coisa eu ia logo lá e fazia, não esperava por ninguém(...) o que mudou mesmo pra mim foi eu não poder trabalhar mais cuma eu fazia, pra mim Vixe Maria, isso é ruim demais!

Henrique

...eu sempre fui um homem muito trabalhador, trabalhava não tinha hora, era direto (...) Fico muito chateado por não poder fazer mais minhas coisas (...) Trabalho como ambulante, preciso carregar minhas coisas e é pesado, tenho que andar muito e me vejo impossibilitado, com dificuldade...

João

Ao prender-se ao vigor de ter sido, a pre-sença coronariopata despreza a atualidade e o porvir como ekstases da temporalidade. Ela considera o "pre" apenas como "antes" e o "já" de "agora-não-mais, mas antes", deixando, assim, de projetar-se "em função de si-mesma" (6, p.120-122).

Por conseguinte, a pre-sença vive o agora na idéia de não mais vir a ser, de não buscar possibilidades de uma existência autêntica.

Quando se trata da sexualidade, os coronariopatas demonstraram, através do silêncio, a sua ocupação.

Heidegger ensina que a linguagem, a expressão, a manifestação do que é, constitui-se o pronunciamento do discurso. A pre-sença se expressa através

da palavra, embora a escuta e o silêncio também pertençam à linguagem discursiva como possibilidades intrínsecas. No discurso, a pre-sença se pronuncia, ou seja, se anuncia antes.

Ao demonstrar a ocupação com a sexualidade, alguns coronariopatas silenciaram. Ouvi discursos como “*Não sou mais homem para nada!*”, “*Não posso mais fazer tudo que eu fazia antes*”. Quando indagados sobre o que realmente queriam dizer com tais afirmativas, prosseguiram calados ou mudavam de assunto, parecendo pouco à vontade para expressar as dificuldades relativas à limitação da vida sexual.

Esta compreensão encontra apoio no pensamento de Heidegger (5, p. 223-224):

Quem silencia no discurso da convivência pode ‘dar a entender’ com maior propriedade, isto significa, pode elaborar a compreensão por oposição àquele que não perde a palavra. (...) Silenciar (...) não significa ficar mudo.

Alguns discursos mostram a adesão do coronariopata ao modo de ser cotidiano da tagarelice. Em Heidegger, tal modo se caracteriza pelo falar e repetir sem fundamento, que descansa na perda de uma relação autêntica com o que se fala:

...não posso correr, andar ligeiro...

David

...Eu conheço uns safenados que bebem, que andam, que dirigem carro (...) vão ao clube, mas eu, pelo contrário...

José

...não posso mais trabalhar...

Antônio

Quando os coronariopatas expressam tais restrições, estão repetindo e passando adiante as informações transmitidas pelos profissionais de saúde. que muitas vezes são mal interpretadas. Estes, por sua vez, repetem quase que automaticamente as informações e orientações sobre as coronariopatias, caracterizando, além do falatório o ser-com-inautêntico:

Eu achava que estava bom, mas estive no médico (...) e sabe o que o ele disse que: Olha Sr. Lucas o senhor tem cara de quem tá vendendo saúde, pelos os seus músculos o senhor podia levantar um caminhão, mas pelo o seu coração o senhor não pode trocar um pneu! Eu disse doutor, então eu tô lascado (...) Tô lascado!...

Lucas

A curiosidade, arrastada pelo falatório também faz parte da cotidianidade do coronariopata, que busca através de conversas com seus pares, com profissionais de saúde e através da mídia, novas informações somente para passar adiante. Profissionais de saúde, nesta mesma perspectiva, tentam informar-se através de eventos e periódicos específicos. Estas buscas, no entanto, os mantêm apenas na ocupação uns com os outros, visto que, na cotidianidade, não é possível uma relação autêntica com o que se fala.

No modo do falatório e da curiosidade, o coronariopata permanece acomodado na passividade do “se diz que”, o que lhe confere um discurso ambíguo.

Mas, a despeito de a pre-sença tender, de acordo com Heidegger, a ser inautêntica e viver no impessoal da ocupação, o coronariopata muitas vezes faz opção pela existência autêntica na medida em que consegue se libertar da

inautenticidade para angustiar-se, que é a dimensão existencial do viver autêntico. Esta opção acontece ainda que os profissionais de saúde insistam, com seus discursos, em mantê-los acomodados à inautenticidade:

Logo depois da minha operação eu participei do Clube do Safenado, lá no Hospital de Messejana, lá eu ouvi uma pessoa dizer, o Dr. Floriano, que safenado anda sempre de ré, porque só vive preocupado com a doença e tal (...). Eu não disse nada na hora, mas não concordo, eu pelo menos não vivo assim. Me operei pra ficar bom e hoje acho que estou bom, mesmo depois desse tempo todo da cirurgia...

Ricardo

...uma parte dos médicos (...) falam como se a pessoa tivesse de desistir da vida, mas encontrei um médico (...) ele me deu muita força (...) Ele sempre me explicou sobre toda a realidade, mas sempre me dizendo que eu poderia ter uma vida normal depois de operado, desde que eu me conscientizasse, tivesse certos controles, seguisse as orientações dos médicos, sobre a alimentação, ser sempre acompanhado, dizendo que isso tudo é importante pra minha vida. Enquanto os outros dizem: Não vá pensando que você tá bom, você pode morrer a qualquer instante. Isso é qualquer um de nós, doente ou não. Todos nós estamos prontos para isso.

André

Em Heidegger, a pre-sença quando de-cai de si mesma no mundo é livre para perder-se (inautenticamente) ou para achar-se (autenticamente) nas suas possibilidades de ser, como antecipação do que ainda lhe é estranho.

A estranheza, o que ainda não é conhecido, coloca a pre-sença diante de si, diante do nada, que pertence à possibilidade do seu poder-ser mais próprio, levando-a a se angustiar na busca de se assumir como tal.

Entretanto, a liberdade só é experimentada de modo condicional no mundo circunstancial. “A liberdade (...) apenas se dá na escolha de uma possibilidade, ou seja, implica suportar não ter escolhido e não poder escolher outras” (6, p. 73).

No pensar do Filósofo (5, p. 258):

É no preceder a si mesma, enquanto ser para o poder-ser mais próprio, que subsiste a condição ontológico-existencial de possibilidade de *ser livre para* as possibilidades propriamente existenciárias. O poder-ser é aquilo em função de que a pre-sença é sempre tal como ela é de fato. (...) Mesmo na impropriedade, a pre-sença permanece essencialmente um preceder a si mesma (...) ainda apresenta a constituição ontológica na qual *está em jogo o seu ser*.

Percebi nestes discursos um “grito” em busca do desejo de experimentar livremente as próprias possibilidades de existência, mesmo sendo portador da coronariopatia.

Ele percebe-se livre não para fazer o que o outro faz, no modo de ser do impessoal. Sendo e assumindo-se como coronariopata, faz opção pela autenticidade de ter liberdade em condição.

A liberdade é abertura àquilo que há de vir, só o homem é livre, tem capacidade de escolha, de optar por suas possibilidades de ser, de fazer opções futuras. “A liberdade permite ao homem sua autodeterminação, seu conhecimento e a ultrapassagem daquilo que já se é hoje” (1, p. 49).

Com liberdade e conformando-se à nova condição de vida, a pre-sença coronariopata realiza-se descobrindo-se, abrindo-se para as suas possibilidades, angustiando-se.

Para o Pensador, o fenômeno da angústia pode propiciar fenomenalmente o todo da pre-sença, “o angustiar-se é um modo de ser-no-mundo, a angústia se angustia com o ser-no-mundo lançado (...) se angustia pelo ser-no-mundo” (5, p. 225).

Com demonstrações autênticas, a pre-sença coronariopata incomoda-se por sentir-se vigiada pela família percebendo-se cerceada em sua liberdade:

...Tudo que eu vou fazer, minha mulher, minha filha dizem pra eu não fazer que é pesado...

Antônio

...Minha mulher fica o tempo todo vigiando, dizendo que eu tô comendo muito, que eu tô gordo, eu não me acho não (...) Quando me esforço um pouquinho mais mexendo debaixo de um carro lá vem a Rosa (esposa) brigar (...) Só acho ruim esta falta de liberdade...

Mateus

Às vezes os meninos (filhos) fala que eu tô fazendo coisa que não é pra fazer

Pedro

É na abertura da angústia que a pre-sença coronariopata assume a conformação como modo de ser-no-mundo, como possibilidade de ser autêntica:

...hoje eu sou um inteiro mais uma metade (...) porque hoje além de eu recuperar minha saúde, eu me sinto bem, me sinto capaz de fazer ou resolver qualquer coisa (...) participo de tudo...

Paulo

Lucia, eu quase não mudei, nada mudou na minha vida, pelo contrário eu fiquei (...) mais alerta, fiquei mais controlado, mas não me afetou absolutamente em nada particularmente. Eu não senti tristeza, nem diferença dos outros (...) Sobre a alimentação, se eu

bebia, abandonei, comer gordura, deixei (...) Sem dúvida melhorei. Antes eu ignorava tudo isso...

André

...Hoje não sinto nada, posso trabalhar, sou mestre de obra, sabe? Subo até o último andar do prédio e não sinto absolutamente nada. O que eu mais queria era poder trabalhar e graças à Deus hoje eu faço isso sem nenhum problema (...) Olha, hoje minha vida é muito melhor do que era antes de eu me operar. Antes de eu saber o que realmente eu tinha, eu tinha uma dificuldade de trabalhar e não sabia por quê...

Marcus

Aí, vou vivendo né? Eu quero é viver, porque viver é muito gostoso, a gente nasceu pra viver, é muito bom, muito gostoso, viver é muito bom.

Pedro

...eu me sinto muito bem, muitas vezes nem lembro que sou operado, me sinto como bom (...) me sinto bem (...) não vejo diferença, caminho, faço minhas coisas em casa (...) não tem problema.

Mateus

Graças a Deus me sinto muito bem. Faço tudo normalmente, tenho que dar graças à Deus de ter sido tudo bem na minha operação e eu me sentir bem (...) Me sinto muito bem, disposto, acho que não sou doente, se fosse pra eu me sentir doente não tinha me operado

Fernando

...Hoje acho que estou bem (...) faço todas as atividades como normal...

Ricardo

...agora graças à Deus não estou sentindo mais nada (...) Agora lhe digo que não tô sentindo nada, estou como bom...

Lucas

Compreendo que a presença mostrou o transcender para a autenticidade, na medida em que aceita a nova condição de ser coronariopata.

Em Heidegger (5, p. 251), temos que “a angústia singulariza a pre-sença em seu próprio ser-no-mundo que, na compreensão, se projeta essencialmente para possibilidades”.

Quando a pre-sença se perde no impessoal, deve primeiro encontrar-se; para tanto, necessita do testemunho do poder-ser si mesma como possibilidade, daí ser necessário ter consciência (6, p. 53-54).

Na concepção de Heidegger, a consciência é sempre minha e é fenômeno da abertura da pre-sença, assim como se desentranha como clamor, ou seja, como modo de discurso, com caráter de aclamação da pre-sença para o seu poder-ser-si-mesma mais próprio.

Como a consciência é constitutivo próprio da pre-sença, através do seu clamor, lhe é possibilitado transcender o viver ôntico e aceitar-se ontológica e autenticamente.

Muitas vezes, na busca deste ser autêntico, a pre-sença coronariopata se vale da dimensão religiosa, que, em última instância, é considerada ontológica, muito embora pelo fato de o ser-no-mundo não poder singularizar-se, a mantém simplesmente no plano ôntico (Seminário de Leitura da obra **Ser e tempo**, proferido pelo Prof. Dr. Rui Verlaine 1996/1997). A tentativa de atingir a autenticidade junto à religiosidade e à fé é, a seguir, descrita:

...eu tenho uma coisa comigo (...) Sabe quem me deu forças, foi Deus (...) eu dizia: Mãe se curado eu ficar, eu prometo (...) divulgar sua devoção (...) eu vou colocar no melhor local da minha casa uma imagem (...) e te prometo ficar contigo diante do teu altar..

Paulo

...agradecendo a Deus por eu tá vivendo (...) Eu só quero que Deus nosso Senhor me dê vida (...) eu só queria que antes Dele me levar Ele permitisse a graça de eu ainda voltar no meu lugar, vê o lugar onde eu nasci.

David

...Deus é quem sabe, Deus é quem vai saber mesmo...

Henrique

Mas assim a gente vai tirando, até quando Deus quiser...

Maria

Quando se apóia na fé em Deus, a pre-sença coronariopata projeta-se no seu poder-ser, no porvir, fundados no vigor de ter sido. Angustia-se, opondo-se ao temor de um *malum futurum*, e tendo esperança em um *bonum futurum*, muito embora esta decorra da dimensão ôntica da fé divina cotidiana (6, p. 143).

Mas, em Heidegger, o existir autêntico é um desafio e, assim, a pre-sença acaba perdendo a força para lutar contra o predomínio do existir inautêntico.

O comentário de Critelli (3, p. 69) esclarece o pensamento deste Filósofo acerca de ambos os modos de existir:

Heidegger, ao mesmo tempo que apresenta a inautenticidade do modo de ser cotidiano, nos fala também da possibilidade da autenticidade, não como uma extirpação do 'a gente', mas como uma modificação existencial do ser nele e a partir dele.

Nos discursos que se seguem, a pre-sença coronariopata mostra sua existência na oscilação entre o libertar-se para o viver autêntico e a de-cadência cotidiana:

...Quando é coisa pouca, às vezes ir num canto, na rua, os fazer de casa, eu digo pra minha mulher: deixa que eu vou, eu só sirvo pra dar recado mesmo (risos)

(...) ao mesmo instante eu penso: sabe isso não é nada não, eu me conformo.

Henrique

...Mesmo assim me acho um homem satisfeito, alegre e tal (...) Não é por causa dessa privação que eu vou pensar besteira, pensar em me suicidar, morrer, não! A vida é doce....

David

Vimos que a pre-sença coronariopata algumas vezes oscila entre a autenticidade e a volta às amarras que a prendem ao cotidiano. Porém, Heidegger afirma que o predomínio do cotidiano é tão forte que a pre-sença termina por fracassar diante da tarefa de existir autenticamente. A perda desta batalha está demonstrada nos trechos dos discursos dos coronariopatas, quando preferem descansar na tristeza e na inconformação.

Quando demonstra tais sentimentos, a pre-sença coronariopata os atribui ora às restrições físicas provocadas pela doença, ora às alterações no estilo de vida. Quando lamenta as restrições físicas, assim revela:

... não vivo não, não vivo, eu apenas vejo o mundo, a beleza que é a vida (lágrimas nos olhos). Eu não vivo mais, eu apenas vejo o mundo ainda, que eu adoro (...) eu não consegui me adaptar, eu não quis. Minha mente não quer, ela não me diz: você tá assim!...

José

... É muito duro um homem ficar assim tão restringido na vida...(olhos fixos no horizonte)

Antônio

...Eu também não posso mais pegar peso, fazer nada mais pesado (...) Tudo tenho que fazer devagar e de duas ou três vezes, se eu pegar qualquer coisa pesada estou me arriscando...

Pedro

...Não posso pegar peso...

David

Eu não me sinto mais gente pra nada...

Maria

Considero o fato que esta inadaptação às novas condições de ser coronariopata, que deixa a pre-sença presa à ocupação e a impede de transcender para a angústia de aceitar-se sendo coronariopata-no-mundo, também se determina em decorrência do processo terapêutico, bem como de suas condições de vida do ponto de vista sócio-econômico.

Os que responderam com êxito à terapêutica clínica e/ou cirúrgica têm melhores condições de aceitar esta nova situação e de buscar opções de bem viver. Entretanto, quando o sucesso terapêutico não é alcançado, como descrito nos discursos a seguir, a aceitação torna-se mais difícil:

Após a ponte, essa tal de operação, que eles falam que é uma maravilha, uma beleza, não tem maravilha não (...) não houve jeito (...) que dirigem carro(...) eu, pelo contrário, fiquei muito dependente, em tudo, tudo mesmo...

José

A minha vida mudou muito com essa doença (...) Depois que eu me operei não fiquei como era, eu sinto muita coisa (...) eu sinto muita dor...

João

A adaptação parece ser mais difícil, também, em decorrência do uso contínuo de medicamentos e do planejamento alimentar:

...não posso comer as coisas que tenho vontade (...) É muito complicado (...) Ainda por cima tem os remédios

que a gente toma; é muito ruim tá todo tempo preocupado com isso...

Antônio

...com relação à comida eu lamento um pouco porque hoje sei que essa doença veio porque eu gostava muito de comida gordurosa, eu adorava carne de porco, hoje eu não posso comer de tudo...

Marcus

...Também é no remédio todo tempo. Você sabe a pessoa fica meio impressionado com a vida né? Porque uma vida que não é mais como era antes (...) tem que comer pouco, nada de excesso de sal, gordura de jeito nenhum, ovos que eu gostava muito, só um por mês, melhor nem comer... Eu sinto saudade porque eu gosto muito de ovos, eu nunca mais comi...

Pedro

...A única coisa que eu me sinto é com relação à comida. Não poder comer tudo que se quer, não poder nunca comer uma "buchadinha", é muito ruim...

Mateus

Ainda, a pre-sença coronariopata se entristece e não se conforma pela abstinência do cigarro e da bebida alcóolica:

...até hoje eu tenho guardado os três cigarros que eu tinha naquele dia. Guardei os últimos três cigarros (...) Se Deus me livre eu contrair Câncer ou AIDS, eu volto a fumar... (risos)

Paulo

...não posso fumar, não posso tomar um golinho de cerveja. Vivo aqui nessa vida, minha pisada é essa, de dia e de noite (...) A senhora sabe eu compro cigarro só pra dar ao povo (...) Me sinto assim, tá me faltando uma coisa, tudo que estou fazendo é como se tivesse faltando uma coisa, quando vejo uma pessoa fumando penso assim: é isso mesmo! (...) era meu vício (...) Meu cunhado faz festa na casa dele, não vou a todas porque chego lá, meus amigos tudo bebendo e eu ali, feito "mariquinha", de "Amélia". Perguntam se quero

beber e eu respondo: Não, não posso. fico bebendo coca-cola. Vou nada!...

David

...Sobre ao cigarro, às vezes sinto muita falta do meu cigarro...

Fernando

Não posso exagerar nem uma vezinha na cerveja

Antônio

Este caminho trilhado representou uma tentativa de desvelar os modos de ser dos coronariopatas e, assim, compreender o seu existir autêntico e inautêntico. No entanto, apesar do esforço realizado, compreendi que nunca será possível abarcá-los em sua plenitude, pois, segundo Heidegger, a análise da pre-sença será sempre não somente incompleta como também provisória, na sua temporalidade e historicidade. O homem é *Dasein*, e como tal, nunca se fecha como algo; é sempre suas próprias possibilidades.

3.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BEAINI, T. C. *À Escuta do silêncio* (um estudo sobre a linguagem no pensamento de Heidegger). São Paulo: Cortez, 1981.
- 2 CAPALBO, C. Alternativas metodológicas em pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis./ *Anais...* Florianópolis: Editora da UFSC, p. 130-157, 1984.
- 3 CRITELLI, D. M. Para Recuperar a educação (uma aproximação à ontologia heideggeriana). In: HEIDEGGER, M. *Todos nós... ninguém*: um enfoque fenomenológico social. Trad. Dulce Mara Critelli. São Paulo: Editora Moraes, 1981.
- 4 DARTIGUES, A. *O que é a Fenomenologia*. 3. ed. Trad. Maria José J. G. de Almeida. São Paulo: Editora Moraes, 1992.
- 5 HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. 4. ed. Trad. Márcia de Sá Cavalcante. Rio de Janeiro: Petrópolis: Vozes, 1993. pte. 1.
- 6 _____ *Ser e tempo*. 4. ed. Trad. Márcia de Sá Cavalcante. Rio de Janeiro: Petrópolis: Vozes, 1993. pte. 2.

- 7 HEIDEGGER, M. *Todos nós... ninguém*: um enfoque fenomenológico social.
Trad. Dulce Mara Critelli. São Paulo: Editora Moraes, 1981.

- 8 MELTZER, L. E. M., et al. *Intensive coronary care* a manual for nurses. 5. ft.
Miami: Kathleen Drawp, 1995.

- 9 RAMOS, D. G. *A Psique do coração*: uma leitura analítica do seu simbolismo.
São Paulo: Cultrix, 1990.

4 REFLEXÕES SOBRE O ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido a partir das minhas inquietações acerca do coronariopata, emergidas do meu ser-com estas pessoas, no cotidiano profissional.

Busquei no método fenomenológico o caminho que possibilitaria a compreensão de como é para a pessoa conviver com a condição de coronariopata, visto ser ele capaz de permitir a apreensão do *sentido* do ser.

A minha busca era da instância existencial, e por isso encontrei na ontologia de Martin Heidegger subsídios que me aproximaram desta compreensão. À luz do pensamento heideggeriano, foi-me permitido abarcar o *sentido* do ser coronariopata, demonstrado por ele próprio, não como "algo" acabado e determinado, mas como ser de possibilidades, oscilando entre a inautenticidade ôntica e impessoal e o existir autêntico e ontológico.

Para Heidegger, "ser é ser suas próprias possibilidades, é fazer ser". O ser realiza-se, existe livremente na inautenticidade ou na autenticidade. Por escolha original, realiza seu ser-com de modo impessoal inautêntico como estado habitual, até que elabore sua conversão à autenticidade. Para tanto, recebe

influência da voz da consciência. no instante em que se revela a si autenticamente, elevando os outros a um autêntico junto consigo (6, p. 318-319).

Neste estudo, os coronariopatas demonstraram aderir ao modo de viver impessoal próprio do existir cotidiano, na medida em que temem a morte, a separação dos entes queridos e o retorno dos sintomas agudos, prendem-se à tagarelice e ao passado, no vigor de ter sido, desvencilhando-se da atualidade e do porvir. Contudo, transcendem ao viver autêntico, quando, através da angústia, assumem a coronariopatia como possibilidade autêntica de ser-no-mundo.

Mas, para Heidegger, o existir autêntico jamais é definitivo e nem pode ser considerado um estado de equilíbrio. Dessa forma, a pre-sença vivencia o seu ser-coronariopata, ora oscilando entre o autêntico e o inautêntico, ora preferindo o conforto da existência inautêntica.

É importante que seja considerado o fato de que no mundo a pre-sença relaciona-se com o outro e com as coisas e que seu modo de ser-no-mundo, o modo como ela de-cai no mundo, vai influenciar na sua existência autêntica ou inautêntica. Deste modo, a pessoa doente, como pre-sença, também sofre estas influências. Corroborando este pensamento, Capalbo (1, p. 75) refere que

...A compreensão do ser humano doente passa, necessariamente, pela compreensão dos modos pelos quais se dá o cruzamento, em sua existência, das violências institucionais exercidas contra a sua vida.

Há necessidade de se compreender o ser humano na sua existencialidade, situado no mundo, com os outros. A fenomenologia busca esta compreensão, especialmente do ser humano doente, pela apreensão dos modos pelos quais se dá esta existencialidade.

Em Olivieri (5, p. 18), temos que

A doença é, então, o corpo na sua facticidade; o 'Ser-doente' está vivendo o seu tempo de forma especial e, também, indaga a si mesmo e, através da reflexão, transcende, existe e chega à consciência de si.

O ser doente, como pre-sença, é também livre para achar-se ou para perder-se no mundo. Ele tem liberdade não para fazer os que os outros fazem - no modo de ser impessoal - mas sim para assumir-se autenticamente como coronariopata. Ao experienciar esta situação, a pre-sença coronariopata estabelece relações com os outros e com as coisas no mundo circundante.

O coronariopata se relaciona, portanto, no mundo, com profissionais de saúde, especialmente com médicos e enfermeiras. Estes co-existem na assistência aos pacientes absorvidos pela solicitude inautêntica, que tende a se caracterizar pela dominação e manipulação do outro, afastando-se, assim, da solicitude autêntica, na qual é possibilitado ao outro a responsabilidade por trilhar o próprio caminho, buscando o encontro consigo.

Por sua vez, também mergulhado na solicitude inautêntica, o coronariopata se deixa dominar por estes profissionais, na medida em que, muitas vezes, se submete às regras para ele estabelecidas como se fosse simples entidade.

É sabido que a formação de profissionais de saúde nem sempre está direcionada para a compreensão do ser, o que certamente contribui para o distanciamento entre estes e os pacientes. Estudando a dimensão humana na formação de profissionais de saúde, Olivieri (5, p. 18) observa que, sobretudo

depois da descoberta dos antibióticos e do desaparecimento do médico da família, há tendência, nas escolas que formam profissionais de saúde, de focalizar-se a doença, distanciando o pensamento do profissional das necessidades do doente, na qualidade de ser humano com sua vivência singular.

Torna-se, com efeito, importante que os profissionais de saúde sejam formados e estejam preocupados com a compreensão dos seres humanos, com seus contextos existenciais, visando a melhor assisti-los. Para isso é necessário que os currículos dos cursos formadores destes profissionais, igualmente, estejam interessados em dirigir para a pessoa o foco do cuidar, considerando-a como existente-no-mundo.

Para o Autor, é evidente a necessidade de uma atitude humana e ontológica do profissional de saúde para como o cliente através da aproximação à sua existência. Diz ainda que, no momento da doença, o paciente sente sua existência ser abalada e que vê no profissional de saúde a esperança para reconquistá-la. Daí, o Autor justifica a necessidade de que, através da fenomenologia, os profissionais de saúde sejam ensinados a apreender o que está por trás das evidências, no cuidar do ser humano (5, p.18).

A enfermeira, que na maioria das vezes é responsável pelas orientações para a saúde de pacientes portadores de doenças crônicas, poderia ajudá-los na adequação às novas possibilidades de ser, se considerasse as suas condições existenciais no mundo.

Nesta direção, Capalbo (2, p. 195), afirma que

O ser com o outro na doença pode tornar-se uma participação significativa quando expressa '*solicitude*' ou que se chama também '*cuidar do outro*', ter consideração e paciência com o outro. (...) uma das finalidades da enfermagem é justamente este '*cuidar do outro*' que implica na coexistência e na participação (...) oposto aos comportamentos de acomodação, de competição, de indiferença, de distanciamento, de apatia, de descrença, de passividade de descompromisso, tantas vezes verificado na prática profissional.

Para Heidegger, quando eu cuido, estou me ocupando do outro, sendo que, para tanto, já devo estar preocupada com o outro, o que caracteriza a *solicitude* autêntica, diferenciando, assim, o cuidar ou ocupar-se futilmente, do cuidar preocupando-se essencialmente com o fenômeno da *cura* (4, p. 172-173).

O Autor utilizou-se da palavra latina *cura* como termo originário de cuidado, inspirando-se em uma fábula para designá-la como ser da presença (4, p.263-264).

Damasceno (3, p.103-104), estudando a existência diabética, apontou a importância de a enfermeira transformar o cuidar do outro em *solicitude* autêntica, o que implica co-existência, participação e necessidade de embasamentos filosóficos claros. Neste momento de reflexão, posso afirmar que tal comentário se aplica também à clientela coronariopata estudada.

A realização deste ensaio representou, ainda, uma tentativa de aproximar a fenomenologia da prática da enfermagem, permitindo-me solidificar o pensamento de que "a fenomenologia (...) busca compreender o homem em sua totalidade existencial (...) enquanto homem que vive numa dada sociedade historico-cultural situada, em seu todo de carne e espírito" (1, p. 74).

Nesta direção, Capalbo (2, p. 195), afirma que

O ser com o outro na doença pode tornar-se uma participação significativa quando expressa '*solicitude*' ou que se chama também '*cuidar do outro*', ter consideração e paciência com o outro. (...) uma das finalidades da enfermagem é justamente este '*cuidar do outro*' que implica na coexistência e na participação (...) oposto aos comportamentos de acomodação, de competição, de indiferença, de distanciamento, de apatia, de descrença, de passividade de descompromisso, tantas vezes verificado na prática profissional.

Para Heidegger, quando eu cuido, estou me ocupando do outro, sendo que, para tanto, já devo estar preocupada com o outro, o que caracteriza a *solicitude* autêntica, diferenciando, assim, o cuidar ou ocupar-se futilmente, do cuidar preocupando-se essencialmente com o fenômeno da *cura* (4, p. 172-173).

O Autor utilizou-se da palavra latina *cura* como termo originário de cuidado, inspirando-se em uma fábula para designá-la como ser da presença (4, p.263-264).

Damasceno (3, p.103-104), estudando a existência diabética, apontou a importância de a enfermeira transformar o cuidar do outro em *solicitude* autêntica, o que implica co-existência, participação e necessidade de embasamentos filosóficos claros. Neste momento de reflexão, posso afirmar que tal comentário se aplica também à clientela coronariopata estudada.

A realização deste ensaio representou, ainda, uma tentativa de aproximar a fenomenologia da prática da enfermagem, permitindo-me solidificar o pensamento de que "a fenomenologia (...) busca compreender o homem em sua totalidade existencial (...) enquanto homem que vive numa dada sociedade historico-cultural situada, em seu todo de carne e espírito" (1, p. 74).

Mesmo não tendo sido possível abarcar todas as faces do fenômeno estudado, percebo, ao término desta pesquisa, que o cuidar centrado na compreensão do outro, no "todo" da pessoa doente, será sempre o esteio para a assistência aos coronariopatas.

4.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 CAPALBO, C. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 70-76, mai., 1994.
- 2 _____. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 192-197, out., 1994.
- 3 DAMASCENO, M. M. C. *O Existir do diabético*: da fenomenologia à enfermagem. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.
- 4 HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. 4. ed. Trad. Márcia de Sá Cavalcante. Rio de Janeiro: Petrópolis: Vozes, 1993. pte. 1.
- 5 OLIVIERI, D. P. *O "Ser doente"*: dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Editora Moraes, 1985.
- 6 SARTRE, J. P. *O Ser e o nada*: ensaio de ontologia fenomenológica. 2. ed. Trad. Paulo Perdigão. Petrópolis: Vozes, 1997.

5 BIBLIOGRAFIA

ANGERAMI-CAMON, V. A. A. (org.). *E a Psicologia entrou no hospital*.

São Paulo: Pioneira, 1996.

ARTINIAN, B. A. Qualitative models of inquiry. *West. J. Nurs. Res.*, v. 10, n. 2,

p. 138-149, apr. 1988.

BARBOSA, J. C. *Compreendendo o ser doente renal crônico*. Ribeirão Preto:

USP, 1993, Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1993.

BARRETO, J. A. E., MOREIRA, R. V. O. *O Problema da indução: o cisne negro*

existe. Fortaleza: Edição dos Autores, 1993.

BARRETO, J. A. E., MOREIRA, R. V. O. (orgs.). *Coisas imperfeitas* (escritos de

filosofia da ciência). Fortaleza: Casa de José de Alencar/Programa Editorial, 1996.

BLEICHER, J. A Hermenêutica ontológico-existencial de Heidegger. In: _____.

Hermenêutica contemporânea. Trad. Maria Georgina Segurado. Lisboa: Edições 70, 1980.

- CAMARGO JÚNIOR, K. R. O Impacto psicológico da cirurgia cardíaca. *Inform. Psiq.*, v. 4, n.1, p. 9-12, 1983.
- CAMPOS, E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes médicas, 1992.
- CORETH, E. Essência e estrutura da compreensão. In: _____. *Questões fundamentais da hermenêutica*. Trad. Carlos Lopes de Matos. São Paulo: EPU, 1973.
- CORRÊA, A. K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. *Rev. Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 83-88, jan. 1997.
- DAMASCENO, M. M. C. *O Ex-sistir do diabético*: da fenomenologia para a enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, 1996.
- DARTIGUES, A. Um retorno à ontologia. In: _____. *O que é a fenomenologia?*. 3. ed. Trad. Maria José J. G. de Almeida. São Paulo: Editora Moraes, 1992.
- ECO, U. *Como se faz uma tese*. 12. ed. Trad. Gilson Cesar Cardoso de Souza. São Paulo: Editora Perspectiva, 1995.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed.

Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FORGHIERI, Y. C. Contribuições da fenomenologia para o estudo de vivências.

Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia. v.2, n. 1, 1989.

HUSSERL, E. *A Filosofia como ciência do rigor*. Trad. Albin Beau. Coimbra:

Atlântida, 1965.

LOPES, R. L. M. *O Averso da prevenção do câncer cérvico-uterino*: do existir

feminino sob a ótica da enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ, 1996. Tese

(Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ,

1996.

LOUREIRO, M. F. F. *O Sentido do comportamento materno diante da morte*

do filho. Fortaleza: UFC, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

Departamento de Enfermagem, UFC, 1996.

MARTIN Heidegger: Conferências e escritos filosóficos. Trad. Ernildo Stein. São

Paulo: Nova Cultural, 1996. (Coleção: Os Pensadores).

MARTINS, J. Apresentação. In: *O "Ser doente"*: dimensão humana na formação

do profissional de saúde. São Paulo: Moraes, 1985.

- MARTINS, J. *Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação*.
São Paulo: Moraes, 1983.
- MARTINS, J., BICUDO, M. A. V. *A Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básico*. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1994.
- MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*.
Petrópolis: Vozes, 1994.
- NAHUZ, C. S., FERREIRA, L. S. *Manual para normalização de monografia*.
São Luiz: CORSUP/EDFMA, 1989.
- OLIVEIRA, J. M. Fatores psicossociais e doença coronariana. *F. méd.* v. 79, n. 1,
p. 1-6, 1979.
- OLIVEIRA, M. F. P., ISMAEL, S. M. C. (orgs.). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. Campinas: Papyrus, 1995.
- PATRÍCIO, Z. M. *Ser saudável na felicidade-prazer*. uma abordagem ética e
estética pelo cuidado holístico-ecológico. Florianópolis: PPG em
Enfermagem/UFSC, 1996.

PEREZ, G. H., ROMANO, B. W. Dor torácica e sua associação com distúrbios psicológicos: uma revisão. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*. São Paulo, v. 4, n. 4, p. 10-13 (Supl. A), jul./ago. 1994.

RIBEIRO JÚNIOR, J. *Fenomenologia*. São Paulo: Pancast, 1991.

RIBEIRO, L. A. M. et al. O Retorno ao trabalho após o infarto agudo do miocárdio. *F. méd.* v. 89, n. 4, p. 293-298, 1984.

SILVA, M. A. *O Conflito do existir-come-mãe acompanhante*. Fortaleza: UFC, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Departamento de Enfermagem, UFC, 1997.

STEIN, E. *Seis Estudos sobre "Ser e tempo"*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

_____. *Seminário sobre a verdade: lições preliminares sobre o parágrafo 44 de Sein und Zeit*. Petrópolis: Vozes, 1993.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLE, E. R. M. *Ser-no-mundo-com-o-filho portador de câncer: hermenêutica de discursos de pais*. São Paulo: USP, 1988. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, USP, 1988.

Universidade Federal do Paraná. Biblioteca Central. ***Normas para apresentação de trabalhos***: citações e notas de rodapé. 5. Ed. Curitiba: UFPR, 1995. v.7.. p.1-19.

6 ANEXOS

6.1 DISCURSOS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

José

Senhor de 70 anos, divorciado, aposentado (foi bancário), diz não ter religião, diagnóstico de coronariopatia há 8 anos, revascularizado há 7 anos. Possui boas condições financeiras, mora em apartamento, sozinho. Tem 2º grau completo.

Seu discurso:

Após a ponte, essa tal operação, que eles falam, que é uma maravilha, uma beleza, não tem nenhuma maravilha não. Eu fiz com o maior cuidado, me cuidei bem, religiosamente tomava os remédios que me davam, me alimentava, não houve jeito. Eu não vivo não, não vivo, eu apenas vejo o mundo, a beleza que é a vida (Lágrimas nos olhos). Veja, eu não vou a uma festa, eu não vou a um baile, eu não vou a um teatro, eu não vou a um cinema, eu não vou passear, vamos jantar fora? Eu não vou. Eu passo tudo isso! Então eu não vivo mais, eu apenas vejo o mundo ainda, que eu adoro. Quem sente dor continuamente não pode exagerar em nada, em absolutamente nada. Eu conheço uns safenados que dizem que bebem, que andam, que dirigem carro, que andam à cavalo, vão a clube, mas eu, pelo contrário, fiquei muito dependente, em tudo, tudo mesmo. Você quer vê ? Eu vou andando, olho assim uma quadra, chego lá no final e penso: não dá pra eu voltar (...) Até o primeiro infarto eu era um menino de 17 anos. Se não tivesse acontecido eu era um menino. Eu farreava até 4 horas da manhã, trabalhava 12 horas por dia (...) Após, jamais posso fazer isso. Quando dou fé, de uma vez... (Olhos com lágrimas).

O senhor precisou se adaptar à nova vida ?

Eu não digo nem uma adaptação, porque eu não consegui me adaptar, eu não quis. Minha mente não quer, ela não me diz: você tá assim! Não. E eu digo pros meus filhos: eu não tenho pena de morrer e deixar vocês, não, estão criados! Tenho pena de morrer e deixar esse mundo bonito...(Lágrimas transbordando dos olhos).

Antônio

Senhor de 61 anos, casado, aposentado (trabalhava como motorista), católico, diagnóstico de coronariopatia e revascularização há 7 anos. Mora em casa com boas instalações com mulher e filha. Tem 1º grau incompleto.

Seu discurso:

Eu tive infarto quando eu estava me aposentando, tinha 53 anos e pensava em arrumar outro emprego. Aí aconteceu (...) Depois, o médico me proibiu de trabalhar, porque eu dirigia caminhão, ele disse que era pesado. Por isso minha vida mudou muito.

O senhor disse que sua vida mudou, o que aconteceu para o senhor dizer que sua vida mudou?

Primeiro, não posso mais trabalhar, não posso comer as coisas que tenho vontade (...) Não posso exagerar, nem uma vezinha na cerveja. É muito complicado. Eu me acho um homem ainda forte, mas não posso trabalhar. Ainda por cima tem os remédios que a gente toma; é muito ruim tá todo tempo preocupado com isso. Tudo que eu vou fazer, minha mulher, minha filha dizem pra eu não fazer que é pesado. É muito duro um homem ficar assim tão restringido na vida... (Olhos fixos no horizonte).

O senhor gostaria de dizer mais alguma coisa?

Não.

Paulo

Senhor de 52 anos, casado, aposentado (ex-administrador), católico, diagnóstico de coronariopatia há 9 anos e revascularizado há 8 anos. Mora em casa com excelentes condições com mulher e filho.

Seu discurso:

...Quando o médico falou em cateterismo...(...) olha pode ser tudo no mundo (...) mas menos o meu coração, mas antes fosse um enfisema pulmonar... (...) Olha me deixa ir pra casa que eu já tenho a minha cura, um 38, eu me mato, acabou-se, porque eu não sou mais homem para nada, eu não sou mais homem para nada, ficar um pedaço de homem!

Sr. Paulo o que o senhor quer dizer com “não ser mais homem pra nada”?

Naquele momento eu fui pego de surpresa, de supetão, se eu fosse um cara coronariano, mas não. Eu achava que eu podia adoecer de qualquer órgão, mas do coração! Logo o principal que eu achava o mais importante, então pra mim o órgão mais importante afetado eu me sentia uma metade de gente, pra mim, naquele momento era melhor que eu morresse, terminasse tudo. Eu achava que eu ia ficar um homem encostado, lá vem uma aposentadoria, por não poder mais trabalhar, impedido de dirigir, de me preocupar, o coração não ia conseguir. O coração ia ser consertado, só pra prolongar mais os dias (...) Aí deu uma reação de comportamento e meu lado emocional, uma tristeza, mas aí começou a chegar pessoas (funcionários do hospital) que eu conhecia, foi melhorando. Um dia quando eu me levanto de manhã (já em casa) pra tomar café, só cafezinho preto. E cigarro não, aí me deu uma reação, até hoje tenho guardado os três cigarros que eu tinha naquele dia. Guardei os últimos três cigarros (...) Até a operação não senti mais nada, mas o que mais me angustiou, por coincidência, foi que nos dias antes de eu me operar, quatro pessoas foram e não voltaram da cirurgia. Aí eu pensava: Este tal de coração mata mesmo. Pois bem, dois dias antes da cirurgia, chamei meu pai e disse a ele tudo que eu tinha, tá e tá. Chamei a Ana e disse: Você sabe que o Felipe é tudo na minha vida, jamais abandone o Felipe, jamais eu quero vê ele sendo criado em casa de tia ou por outro pai que seja um impostor para ele. Se eu morrer compre um jazigo no Parque da Paz, jamais me deixe longe, me bote perto, eu não quero ser esquecido, quero ser lembrado pelo que eu fui. Quando eu chego (após ser operado de revascularização do miocárdio) em casa aí eu me acabo, a insegurança de que eu ia morrer, eu fazia uma

caminhada, tinha medo de cair, aquela coisa toda. (...) Era medo voltado para aquele drama que eu tinha que ali eu não era mais um todo, eu era uma metade. Eu achava que o coração era o órgão mais vital e depois de mexido, quer dizer, jamais ele seria um todo, aí eu tomava medicação (antidepressivo) (...) hoje meu testemunho é assim, hoje eu sou um inteiro mais uma metade.

O que o senhor quer dizer com isso?

Porque hoje além de eu recuperar minha saúde, eu me sinto bem, me sinto capaz de fazer ou resolver qualquer coisa (...) Quanto a outras coisas, participo de tudo (...) emocionalmente, hoje, psicologicamente eu estou bem, mas eu tenho uma coisa comigo (...). Sabe quem me deu forças foi Deus.

Essa sua aproximação com a religião foi depois da doença?

Eu de criança já queria bem à Nossa Senhora., eu ia para o colégio, tinha que entrar no Coração de Jesus para rezar uma Ave-Maria (...) eu tinha um hábito de sair do trabalho, passava na Igreja de Fátima, eu sou devoto de Nossa Senhora., conversava com ela como estou conversando com você. Dizia: Mãe, pelo amor de Deus, eu te amo mãe, olha minha saúde, olha minha vista, olha o *Felipe*, olha meu trabalho. Eu sempre me fazia um filho no colo dela, e o que eu mais pedia era pela minha saúde. Aí quando eu me senti com meu coração papocado, que eu me agredia dentro daquele Hospital do Coração, eu chorava, eu me desesperei, eu dizia: Mãe, o que eu mais pedia era minha saúde, tu acabou, eu chorando, tua acabou comigo porque tu foi de encontro logo ao meu coração, me mata, me mata (...) Hoje eu entendo (...) Aí eu dizia: Mãe se curado eu ficar, eu te prometo, porque te quero bem, eu prometo divulgar sua devoção e como eu já tenho na minha casa tua imagem no meu quarto, eu vou colocar no melhor local da minha casa, uma imagem no maior valor que eu poder adquirir e te prometo ficar contigo diante do teu altar. E hoje eu tenho a imagem na minha sala...

O Sr. encontrou aí forças?

Sou da renovação carismática, por que eu gosto de Nossa Senhora.? Primeiro porque ela é mulher, é mãe. E quem não gosta de sua mãe? Se eu gosto de minha mãe, imagina da mãe Daquele que morreu por mim, tudo que eu vou pedir ao pai, eu peço à ela... (silenciou)

Sr. Paulo, o senhor gostaria de falar sobre mais alguma coisa?

A medicação, praticamente não tomo nada, só Propranolol e ASS infantil por dia, é nada (...) Agora quanto ao cigarro, sempre digo à minha mulher: Se Deus me livre eu contrair Câncer ou AIDS, eu volto a fumar. (Risos)

O que representa para o senhor ter parado de fumar?

Uma grande perda, mas o importante é minha saúde.

Pedro

Senhor de 72 anos, casado, aposentado (exerce ainda atividade de barbeiro no seu domicílio), católico, diagnóstico de coronariopatia há 2 anos. Mora em casa humilde com instalações hidro-sanitárias, com mulher e filhos. Analfabeto.

Seu discurso:

A minha vida nunca mais foi a mesma, a gente fica sempre com aquele medo (silenciou)

O senhor poderia me explicar ou falar mais sobre esse medo?

Tenho medo de sentir mais alguma coisa, de sofrer outro infarte. E tem a cirurgia, a senhora sabe, eu já tinha adoecido quando meu irmão mais velho, ele era como se fosse meu pai, era um pai para mim, adoeceu também do coração e foi de imediato operado. Foi tudo bem na operação, mas quando foi com três dias veio a notícia que ele tinha tido uma parada cardíaca...Eu fiquei com muito medo. No dia que o médico disse que eu tinha que me operar...Eu nunca disse a ele que não me operava, mas sempre peço pra esperar, enquanto eu puder esperar, enquanto eu puder aguentar eu vou ficando assim, eu não me sinto emocionalmente em condições (silenciou) Quando não puder mais...

Tem mais alguma coisa que lhe causa temor?

Eu também não posso mais pegar peso, fazer nada mais pesado, essas coisinhas que aparecem pra gente fazer em casa. Tudo tenho que fazer devagar e de duas ou três vezes, se eu pegar qualquer coisa pesada estou me arriscando.

Como o senhor se sente vivendo assim?

Também é no remédio todo tempo. Você sabe a pessoa fica meio impressionado com a vida né? Porque uma vida que não é mais como era antes. A gente tem aquele medo, aquele temor, de fazer qualquer coisa mais e pegar mais peso de andar muito (...) a gente tem que descansar muito, tem que ser (sorrindo), tem que se cuidar, porque se não dar certo (...) Eu vou pelejando. Às vezes os meninos (filhos) fala que eu tô fazendo coisa que não é pra fazer. Mas você sabe dentro de casa, você qualquer coisa não vai ficar só mandando, você quer fazer (sorrindo). E a comida também (...) tem que comer pouco, nada de excesso de sal, gordura de jeito nenhum, ovos que eu gostava muito, só um por

mês, melhor nem comer (...) Eu sinto saudade porque eu gosto muito de ovos, eu nunca mais comi (...) Aí vou vivendo né? Eu quero é viver, porque viver é muito gostoso, a gente nasceu pra viver, é muito bom, muito gostoso, viver é muito bom...

André

Senhor de 72 anos, casado, aposentado, da reserva da Marinha do Brasil e ex-combatente, católico, diagnóstico de coronariopatia há 7 anos e revascularizado há 7 anos. Mora em casa de boas condições com mulher e filhas. Tem 2º grau completo.

Seu discurso:

Lucia, eu quase não mudei, nada mudou na minha vida, pelo contrário eu fiquei mais (...) como se diz, diante desta minha operação, do meu caso, do meu estado de saúde, eu fiquei mais alerta, fiquei mais controlado, mas não me afetou absolutamente em nada particularmente. Eu não senti tristeza, nem diferença dos outros. Apesar que também uma parte dos médicos, não todos, eles falam como que se a pessoa tivesse de desistir da vida, mas eu encontrei um médico, o Dr. *Victor* (...), ele me deu muita força (...) Ele sempre me explicou sobre toda a realidade, mas sempre me dizendo que eu poderia ter uma vida normal depois de operado, desde que eu me conscientizasse, tivesse certos controles, seguisse as orientações dos médicos, sobre a alimentação, ser sempre acompanhado, dizendo que isso tudo é importante pra minha vida. Enquanto os outros dizem: Não vá pensando que você tá bom, você pode morrer a qualquer instante. Isso é qualquer um de nós, doente ou não. Todos nós estamos prontos para isso.

Sr. André, fale um pouco pra mim sobre esse "controle" que o senhor disse ter adotado

Sobre a alimentação, se eu bebia, abandonei, comer gordura, deixei (...) Sem dúvida melhorei. Antes eu ignorava tudo isso, eu não sabia. Eu escondi muito a doença (...), acho que por ignorância eu não sabia, escondia também da minha mulher, parte por ignorância, parte para proteger minha mulher (...) Até quando o médico disse que eu tinha infartado, eu reagi bem.

O senhor gostaria de dizer mais alguma coisa a este respeito?

Acho que era isso que eu tinha a dizer, tem sido assim.

Marcus

Senhor de 48 anos, casado, mestre de obras, católico. diagnóstico de coronariopatia há 15 meses e revascularizado há 10 meses. Mora em apartamento com boas instalações com a esposa, não têm filhos. Tem 1º grau completo.

Seu discurso:

Olha, hoje minha vida é muito melhor do que era antes de eu me operar. Antes de eu saber o que realmente eu tinha eu tinha uma dificuldade de trabalhar e não sabia porquê. Eu ia subir uma escada não conseguia, era aquele mal-estar e eu não sabia o que era. Aí eu tive aquele infarto, fiquei sabendo o que era e tive que me operar. Eu não tive medo, o que eu queria era ficar bom. Não me lembro de ter sentido nem dor. Hoje não sinto nada, posso trabalhar, sou mestre de obra sabe? Subo até o último andar do prédio e não sinto absolutamente nada. O que eu mais queria era poder trabalhar e graças a Deus hoje eu faço isso sem nenhum problema. A senhora sabe meu trabalho é tudo pra mim, faltou meu trabalho falta tudo, o meu trabalho é o meu lazer. Até no final de semana eu faço meus "biscates". Não sinto absolutamente nada.

O senhor gostaria de dizer mais alguma coisa?

Somente com relação à comida eu lamento um pouco porque hoje sei que essa doença veio porque eu gostava muito de comida gordurosa, eu adorava carne de porco, hoje não posso comer de tudo...

O que representou para o senhor ter de deixar de comer estas coisas que o senhor gosta?

Como lhe disse lamento muito, mas sei que é para o meu bem e assim aceito. Com tudo isso digo a senhora que se tivesse de fazer a operação eu fazia de novo, porque hoje não sinto nada e posso fazer o que mais gosto que é trabalhar.

David

Senhor de 71 anos, casado, aposentado, católico, diagnóstico de coronariopatia há 9 anos e revascularizado há 8 anos. Mora com a esposa em apartamento na periferia da cidade de Fortaleza, de regulares instalações. Os filhos são casados. Tem 2º grau completo.

Seu discurso:

A minha vida mudou completamente, o que eu mais gostava de fazer era brincar, hoje é completamente diferente do que era antes de eu me operar, eu era um homem disposto a tudo, tinha aquele ânimo de sair, gostava de tomar minha cervejinha, gostava de fumar meu cigarrinho, de brincar com as meninas, visitar cabaré, dançar, fazer tudo isso. Todo final de semana eu saía, brincava. Hoje minha vida é totalmente diferente, hoje sou um homem acabado, restrito, acomodado, para mim tudo acabou, não existe mais nada. Depois que me operei me acomodei totalmente. Até viajar, eu sou de Minas Gerais, fico doidinho pra voltar à minha terra e não posso, porque não posso andar só. Os médicos dizem: *David, você não pode andar só!* Então isso tudo me priva, me sinto um homem privado. Quero fazer, estou enxergando o que é bom na vida, e não tenho condições, me acho praticamente um homem inútil. Quero trabalhar (...) Não posso pegar peso, não posso correr, andar ligeiro, estou proibido de subir escadas. Então minha vida mudou 70%, não tem pra onde correr, minha vida mudou totalmente. Tem dias que fico muito nervoso não me controlo, meus filhos dizem: *Papai, o senhor está tão enjoado!* Meu enjoô é esse vejo as coisas boas, quero e não tenho condições! Me sinto um homem totalmente privado, me acomodei, estou acomodado, vivo deitado. A senhora vê saio um pouco de manhã, volto e me deito até a hora do almoço. Depois durmo de novo, a vida é só essa. Eu trabalhava com terraplanagem, hoje eu não posso mais fazer nada disso, tenho que viver do meu pequeno salário de aposentado, é uma vida privada. Eu era acostumado a ganhar mais dinheiro, vê a coisa rolar, pegar em dinheiro. Hoje estou vivendo do meu simples salário, então pra todos os efeitos minha vida hoje é privada. Não posso fazer aquilo que a natureza pede, não tenho condições... Se eu fosse fazer aquilo que a natureza pede eu já estaria morto

De que o senhor sente mais falta?

Brincar com as meninas, toda vida gostei, desde a idade de 11 anos, com 11 anos eu já conhecia mulher, lá vem a *Cláudia* (falando mais baixo para que a esposa não ouvisse). Então eu

vou me controlando e me conformando e agradecendo a Deus por eu tá vivendo. Não é por causa dessa privação que eu vou pensar besteira, pensar em me suicidar, morrer, não! A vida é doce! Eu só quero que Deus nosso senhor me dê vida, eu digo pros meus amigos alí da praçinha que eu quero ir a 130 anos. Eu quero é viver, agora eu tô vivendo mas é uma vida assim privada, não posso fazer aquilo que eu quero, então me sinto privado, aí foi onde eu me acomodei.

O que o senhor quer realmente dizer com ter se acomodado?

Não tenho mais ânimo pra nada, não tenho prazer, tem um movimento grande aqui na praça nunca fui nenhuma noite. O que eu vou fazer lá? Não posso fumar, não posso tomar um golinho de cerveja. Vivo aqui nessa vida, minha pisada é essa, de dia e de noite. Meu cunhado faz festa na casa dele, não vou todas porque chego lá, meus amigos tudo bebendo e eu alí, feito "mariquinha", de "Amélia". Perguntam se quero beber e eu respondo: Não, posso não, fico bebendo Coca-cola. Vou nada! Mesmo assim me acho um homem satisfeito, alegre e tal, mas acomodado. Não saio mais pra brincar com as meninas, não tenho mais graça. Hoje prefiro ir pro interior, ficar vendo aquele lugar de interior (...) Faço festa pro povo de lá beber, brincar e fico só olhando...

O senhor prefere então diversão em lugares diferentes do que o senhor freqüentava antes de adoecer?

Eu tô vivendo muito melhor no interior do que aqui, me sinto bem lá. Eu podia até sair aqui, andar de ônibus, ir no centro da cidade, mas não vou fazer o que lá? Mas minha vida é essa e estou agradecendo a Deus (...) Meu natural, meu modo de pensar é assim (...) A senhora sabe compro cigarro só pra dar ao povo...

O que representa para o senhor não poder mais fumar?

(Silenciou um bom tempo antes de responder) Me sinto assim, tá me faltando uma coisa, tudo que estou fazendo é como se tivesse fazendo uma coisa, quando vejo uma pessoa fumando penso assim: é isso mesmo! Porque beber, só de farra, quando eu estava com as meninas (...) Mas fumar era meu vício. Mesmo assim agradeço à Deus eu só queria que antes Dele me levar ele permitisse a graça de eu ainda voltar no meu lugar, vê o lugar onde eu nasci.

Maria

Senhora de 72 anos, casada, aposentada, católica, diagnóstico de coronariopatia há muitos anos e revascularizada há 10 meses. É diabética e hipertensa. Mora em casa pequena, com instalações hidro-sanitárias, com marido, filhos e dois netos. Analfabeta.

Seu discurso:

Eu não me sinto mais gente pra nada... (silenciou)

O que a senhora quer dizer com não se sentir mais gente pra nada? Com relação ao que?

(Começou a chorar e ainda chorando disse) A gente quando tem costume de trabalhar, fazer as coisas da gente e depois viver assim é tão ruim, né? Eu me sinto mal. Eu toda vida trabalhei em casa, pra fora, como lavadeira e engomadeira (...) Eu costurava também (...) Eu vivo assim, não tenho coragem pra nada, vivo só na espera. Invento de fazer uma costurinha, não posso não tenho coragem (...) Vou estender um pano, os braços não agüentam (...) Não consigo fazer nada. (...) Não é bom não viu? Mas assim a gente vai tirando até quando Deus quiser. É muito ruim. (...) Eu era disposta, trabalhadora, andava à pé e tudo. (...) Hoje não consigo mais fazer nada. A gente tem aquela vontade de trabalhar, com aquela saudade...

Mateus

Senhor de, 71 anos, casado, aposentado, católico, diagnóstico de coronariopatia e revascularização há 10 anos. Mora em um sítio na região metropolitana de Fortaleza, com a esposa, a filha e a neta. Sabe ler e escrever.

Seu discurso:

Pra falar a verdade doutora, eu me sinto muito bem, muitas vezes nem lembro que sou operado, me sinto como bom. A única coisa que eu me sinto muito é com relação a comida. Não poder comer tudo que se quer, não poder nunca comer uma "buchadinha", é muito ruim (...) Minha mulher fica o tempo todo vigiando, dizendo que eu tô comendo muito, que eu tô gordo, eu não me acho não, me sinto muito bem. Quanto ao resto das coisas não vejo diferença, caminho, faço minhas coisas em casa, aqui no meu terreno, que como a senhora vê é até grande, mexo numa coisa e noutra e não tem problema. Quando me esforço um pouquinho mais mexendo debaixo de um carro lá vem a *Diana* (esposa) brigar (...) Só acho ruim esta falta de liberdade.

O senhor teria mais alguma coisa a acrescentar?

Não, a minha vida tem sido assim mesmo.

Fernando

Senhor de 75 anos, casado, aposentado, católico, diagnóstico de coronariopatia e revascularização há 3 anos. Mora em casa pequena, com instalações sanitárias, com a esposa, filhos e um neto.

Seu discurso:

Graças à Deus eu me sinto muito bem. Faço tudo normalmente, tenho que dar graças à Deus de ter sido tudo bem na minha operação e eu me sentir assim.

O que o senhor chama de fazer tudo normalmente?

Sou aposentado, não faço nada que precise eu botar força, se vou fazer algo mais pesado me preocupo pra não me esforçar.

Por que o senhor se preocupa para não se esforçar?

Porque sei que agora eu preciso ter mais cuidado pra não prejudicar minhas pontes e não entupir mais minhas veias. Medo eu não tenho, nem de morrer nem de nada. Quando o doutor disse que eu precisava me operar eu disse que tava tudo bem, que eu estava pronto pra tudo, que eu queria era ficar bom. Hoje eu me sinto muito bem, disposto, acho que não sou doente, se fosse pra eu me sentir doente não tinha me operado...

O senhor gostaria de comentar mais sobre alguma coisa?

Sobre o cigarro, às vezes sinto muita falta do meu cigarro, mas ao mesmo tempo me lembro que eu fumava mais de brincadeira, por farra, posso viver bem sem ele, o importante é minha saúde.

Ricardo

Senhor de 75 anos, casado, aposentado, católico, diagnóstico de coronariopatia e revascularização há 12 anos. Mora em uma excelente casa, com a esposa e uma filha. Tem 2º grau completo.

Seu discurso:

No começo, depois da operação eu fiquei muito nervoso, custei um pouquinho a voltar ao normal e me acostumar, depois fui melhorando. Hoje acho que estou bem, estou aposentado, não preciso mais trabalhar e me acostumei faço todas as atividades como normal, qualquer atividade em casa eu tomo à frente, faço tudo. Dirijo carro, se tiver um reparo em casa eu tomo a frente e tudo. Eu levo a vida como uma vida normal. Graças à Deus faço tudo, ando muito à pé também, me sinto bem. Recentemente fui passear na serra, subi alto, desci, não senti nada, foi até um teste depois desses anos todos de operado (...) O êxito dessa ponte de safena, dizem é melhor quando a gente não teve infarto, eu não cheguei a ter, foi detectado a doença antes (...) às vezes a gente tem um estressezinho em casa, eu suporto tudo muito bem sem sentir nada. Tomo meus remédios bem direitinho, no começo eles eram muitos, hoje só são dois, não vejo problema em seguir a receita direito, não me atrapalham em nada não... Logo depois da minha operação eu participei do Clube do Safenado, lá no Hospital de Messejana, lá eu ouvi uma pessoa dizer, o Dr. *Floriano*, que safenado anda sempre de ré, porque só vive preocupado com a doença e tal (...) Eu não disse nada na hora, mas não concordo, eu pelo menos não vivo assim. Me operei pra ficar bom e hoje acho que estou bom, mesmo depois desse tempo todo da cirurgia.

João

Senhor de 65 anos, casado, aposentado (ainda trabalhando com comércio ambulante) , católico, diagnóstico de coronariopatia há 1 ano e 3 meses e revascularização há 1 ano e 5 meses. Mora em uma casa ainda em construção, no momento ainda sem instalações hidro-sanitárias, com a mulher, filha e neto. Sabe ler e escrever.

Seu discurso:

Ah! A minha vida mudou muito com essa doença, porque eu sempre fui um homem muito trabalhador, trabalhava não tinha hora, era direto (...) Depois que eu me operei, não fiquei como era, eu sinto muita coisa (...) Eu sinto ainda muita dor e mistura com medo também que eu tenho de passar mal (...) Fico muito chateado de não poder fazer mais minhas coisas.

A que coisas o senhor se refere?

Trabalho como ambulante, preciso carregar minhas coisas e é pesado, tenho que andar muito e me vejo impossibilitado, com dificuldade. Eu acho que tenho disposição, nas tenho nervosismo, me acho meio nervoso, eu quero fazer uma coisa que de primeiro eu metia a cara e fazia e hoje me sinto nervoso para fazer, tenho medo. Coração é bicho duvidoso (...) A pessoa que sofre do coração é assim...

O que o senhor quer realmente dizer quando diz isso?

Tem medo de adoecer de novo, mas às vezes acho que não sofro do coração porque teve o tratamento da cirurgia pra eu ficar bom, sei de gente que sofre do coração e sente muita falta de ar, inchaço nas pernas (...) O meu eu não senti essas coisas, senti sim aquela dor horrorosa, mas depois da operação, depois da fase pior nunca mais senti assim grande. No começo era horrível, eu pensava assim: será que todo mundo que se opera sofre o que eu estou sofrendo (...) Eu senti muita dor (...) Agora só tenho medo de sentir de novo, tenho muito medo. Vou vivendo, graça à Deus, não me considero doente do coração quando vejo outras pessoas sofrendo mais do que eu.

Henrique

Senhor de 75 anos, casado, aposentado, católico, diagnóstico de coronariopatia e revascularização há 5 anos. Mora em pequena casa, sem instalações hidro-sanitárias, com esposa, filhos, genro e dois netos. Analfabeto.

Seu discurso:

Bom, só que o que mudou mesmo pra mim foi eu não puder trabalhar mais cuma eu fazia, pra mim, Vixe Maria isso é ruim demais! Antes de eu me operar eu achava que se eu parasse de trabalhar eu não vivia mais pra frente. Eu não pedia ninguém pra fazer nada, se precisasse de uma coisa eu ia logo lá e fazia, não esperava por ninguém. Eu achava que se deixasse aquilo eu não ia mais pra frente. Mas não senhora não foi como eu pensei, eu achei quem fizesse por mim. Agora coisa pouca eu já faço, faço tudo pra não me esforçar muito. Penso que cada vez mais eu possa fazer minhas coisas (...) Eu pensava que não trabalhando eu ia até morrer de fome, mas tô vivendo, a aposentadoria mesmo pequena me serve muito. Eu não sei não Deus é quem sabe, Deus é quem vai saber mesmo. Quando é uma coisa pouca, às vezes ir num canto, na rua, os afazer de casa, eu digo pra minha mulher: deixa que eu vou, eu só sirvo pra dar recado mesmo (risos).

Tem mais alguma coisa que o senhor gostaria de comentar sobre sua vida depois desta doença?

Não senhora, tem não (...) Às vezes, cá comigo, eu não digo nada a ninguém não, eu penso: isso é que é uma vida, né? A gente ser obrigado a viver sobre isso (remédio), se eu não tomar isso aqui eu não continuo pra frente, mas ao mesmo instante, eu também penso: sabe isso não é nada não, eu me conformo...

Lucas

Senhor de 69 anos, viúvo, aposentado (comerciante), católico, diagnóstico de coronariopatia e feito angioplastia há 7 meses. Alterna a moradia entre sua própria casa na qual mora sozinho com a de uma das filhas casadas, embora diga passar a maior parte do tempo com a filha, cuja Casa possui boas instalações. Tem 1º grau completo.

Seu discurso:

Quando me deu essa doença eu pensei que era só enxaqueca, que eu já tinha e sempre tomava um pouquinho de cachaça alemã, mas que nada era coisa maior (...) Depois disso eu fiquei com o sistema nervoso bem abalado, mas agora graças à Deus não estou sentindo mais nada.

Eu achava que estava bom, mas estive no médico, o Dr. *Alexandre*, e sabe o que o ele disse que: *Olha Sr. Lucas o senhor tem cara de quem tá vendendo saúde, pelos os seus músculos o senhor podia levantar um caminhão, mas pelo o seu coração o senhor não pode trocar um pneu!* Eu disse Dr. Então eu tô lascado Tô lascado! Aí eu fiquei com mais reserva, com mais medo e achando até que estou fazendo muita extravagância. Agora lhe digo que não tô sentindo nada, estou como bom, mas isso vem assim sem avisar, é traiçoeiro. Agora eu gosto de uma cachaçinha às vezes pra almoçar, fico com medo de atrapalhar o remédio, mas se precisar eu deixo, o importante é minha saúde.

Sr. Lucas, tem mais algum comentário que o Sr. gostaria de fazer?

Eu me sinto muito disposto, faço tudo como eu fazia, eu não me sinto doente de jeito nenhum.

6.2 FORMULÁRIO DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Dados de identificação:

1. Sexo:

Masculino ()

Feminino ()

2. Idade:.....

3. Estado Civil:

Solteiro ()

Casado ()

Viúvo ()

Outros ()

4. Religião:.....

5. Ocupação:.....

6. Tempo de diagnóstico de coronariopatia:.....

7. Sofreu Infarto do Miocárdio:

Sim ()

Não ()

8. Realizou cirurgia para revascularização do miocárdio:

Sim ()

Não ()

Caso afirmativo, há quanto tempo:.....

9. Realizou angioplastia:

Sim ()

Não ()

Caso afirmativo, há quanto tempo:.....

10. Relato sobre condições sócio-econômicas e culturais:

.....