

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO, SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM ADULTOS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA¹

Marineia Crosara de Resende

(Universidade Federal de Uberlândia – UFU – Uberlândia – MG)

Gabriela Teixeira de Rezende

(Residência Multiprofissional Hospital de Clínicas da Univ. Federal de Uberlândia).

Rosângela Caratta Macedo Portella Silveira

(Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia)

Resumo

Este trabalho, realizado com pacientes cardiopatas, objetivou investigar a saúde mental; identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas; verificar o bem-estar subjetivo e analisar a correlação entre as variáveis psicológicas. Participaram 30 adultos, com idade média de 61 anos ($DP \pm 10,25$). Os *resultados* indicaram que a estratégia de enfrentamento mais utilizada foi a focalizada no problema, seguida pela estratégia baseada em práticas religiosas e pensamentos fantasiosos e busca de suporte social. Os participantes apresentam saúde mental positiva e bem-estar subjetivo positivo.

Palavras-chave: cardiopatias; estratégias de enfrentamento; bem-estar subjetivo; saúde mental.

Abstract

Mental health, coping strategies and subjective well-being in adults with heart failure

This study, conducted with cardiac patients, aimed to investigate the mental health, identifying the coping strategies used, verify the subjective well-being and analyze the correlation between the psychological variables. Participants 30 adults, mean age 61 years ($SD \pm 10.25$). The results indicated that the coping strategy most used was focused on the problem, (mean 4.09, $SD = 0.56$), followed by strategy based on religious practices and wishful thinking (mean 3.68, $SD = 0.77$), seeking social support (mean 3.24, $SD = 0.88$) and emotion-focused (mean 1.97, $SD = 0.62$). The subjects have positive mental health (mean 2.14, $SD = 0.46$) and positive subjective well-being, indicated by life satisfaction (mean 5.12, $SD = 1.19$), positive affect (mean 4.63, $SD = 1.49$), negative affect (mean 2.50, $SD = 1.57$) and vitality (mean 5.12, $SD = 0.98$).

Key-words: heart diseases; coping strategies; subjective well-being; mental health.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, as doenças cardiovasculares, representam a maior causa de morte e incapacidade no mundo (OPAS/OMS, 2003). Em 2008, foram 17 milhões de mortes por doenças cardiovasculares (Brasil, 2008/2009). No Brasil, em 2007, essas doenças foram responsáveis por quase um terço dos óbitos totais (31,88%) e, em 2008, por 1.096.888 casos de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006). As doenças cardíacas afetam mais de dois milhões de pessoas, com 240.000 novos casos diagnosticados por ano, com taxa de mortalidade anual em torno de 8%, ou seja, acarretam aproximadamente 23.442 mortes a cada ano. É a causa mais frequente das internações por doenças cardiovasculares, sendo considerado um problema de saúde pública nos países desenvolvidos e uma preocupação crescente nos países em desenvolvimento (Pelegriño, Dantas & Clark, 2011).

A insuficiência cardíaca é a via final comum da maioria das doenças que acometem o coração, tanto crônicas quanto agudas, podendo atingir os ventrículos direito ou esquerdo. Constitui-se em uma

síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida pela III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica como uma disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou consegue fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento (Bocchi, Marcondes-Braga, Ayub-Ferreira, Rohde, Oliveira, Almeida e cols., 2009).

A insuficiência cardíaca aguda é definida como tendo início rápido ou mudança clínica dos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, resultando na necessidade urgente de terapia. Pode ainda ser nova ou devido à piora de uma insuficiência cardíaca pré-existente (crônica descompensada); pode estar relacionada à isquemia, distúrbios do ritmo, disfunção valvular, doença pericárdica, pressões elevadas de enchimento ou resistência sistêmica elevada. Causas cardiovasculares e não cardiovasculares podem precipitar a insuficiência cardíaca, como exemplos: o aumento da pós-carga devido à hipertensão pulmonar ou sistêmica; aumento da pré-carga por sobrecarga de volume ou retenção de líquidos; ou falência

circulatória por estados de alto débito, como infecção, anemia ou tireotoxicose, assim como outras condições: não aderência ao tratamento e uso de medicamentos como os antiinflamatórios não hormonais (Montera, Almeida, Tinoco, Rocha, Moura, Réa-Neto e cols., 2009).

A Insuficiência cardíaca crônica tem sido classicamente categorizada em 4 classes propostas pela *New York Heart Association (NYHA)*: *Classe I* - ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas; *Classe II* - sintomas desencadeados por atividades cotidianas; *Classe III* - sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços e *Classe IV* - sintomas em repouso (Bocchi e cols., 2009).

Sendo assim, a insuficiência cardíaca pode ter várias causas e a definição de sua etiologia é fundamental na avaliação dos pacientes, pois contribui para o prognóstico, podendo influenciar a terapia. No Brasil, a principal etiologia da insuficiência cardíaca é a cardiopatia isquêmica crônica, associada à hipertensão arterial e em determinadas regiões geográficas do país e em áreas de baixas condições sócio-econômicas, ainda existem formas associadas à doença de Chagas, endomiocardiofibrose e a

cardiopatia valvular reumática crônica (Bocchi e cols., 2009).

Segundo Cruz (2010), aproximadamente metade da população com insuficiência cardíaca é sintomática e apresenta qualidade de vida reduzida. Entre os sintomas apresentados pelos pacientes estão os físicos: dispnéia, fadiga, dor, edema e perda de apetite e psicológicos: ansiedade e depressão. Segundo Pinho (2008), a doença cardíaca com frequência tem sido associada a quadros depressivos e outras manifestações psiquiátricas. Quanto mais graves os sintomas depressivos, maior o risco de mortalidade cardíaca, visto a relação entre os estados emocionais e as doenças coronarianas. A depressão também se associa a piora da condição funcional e a pior avaliação do estado de saúde e qualidade de vida (Steffenset e cols., 1999; Ruo e cols., 2003 citado por Pinho, 2008).

Em conjunto, os fatores físicos e emocionais colocam sérias limitações em atividades de vida diária e podem ter efeitos adversos sobre a saúde física e mental (Pelegrino, Dantas & Clark, 2011). Nesse sentido, os principais objetivos no tratamento da insuficiência cardíaca são aliviar sintomas, melhorar a capacidade funcional ou física e prolongar o tempo de vida do paciente.

D'Amato (2008) acrescenta que as várias mudanças de estilo de vida necessárias a partir do surgimento de determinadas doenças cardíacas, como por exemplo, a perda da autonomia, do controle sobre algumas situações, as restrições alimentares, o impedimento de exercer a sua profissão ou desempenhar um trabalho, despertam angústia, desamparo e sofrimento para os pacientes. No caso da insuficiência cardíaca, os pacientes convivem com o risco de morte e as progressivas perdas na qualidade de vida (desde não conseguir trabalhar, até não conseguir pentear os cabelos devido à dispnéia), afetam a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo.

O bem-estar subjetivo constitui um campo de estudos que procura compreender as avaliações que as pessoas fazem de suas vidas (Diener, Suh & Oishi 1997). É composto pelas dimensões cognitiva (satisfação com a vida) e emocional (afetos positivos e negativos). Assim, o bem-estar subjetivo elevado inclui frequentes experiências emocionais positivas, rara experiência emocional negativa (depressão ou ansiedade) e satisfação com vários aspectos da vida e com a vida como um todo (Albuquerque & Tróccoli, 2004), ressaltando que o

juízo da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele escolhido.

O adoecer representa uma interrupção brusca ou uma modificação do ritmo de vida de qualquer pessoa (Oliveira, 2008). Paula Junior (2009) ressalta que no enfrentamento de uma doença crônica é importante avaliar o bem-estar subjetivo como um termômetro para indicar se a pessoa superou a adversidade e o risco de forma positiva. A doença cardíaca e/ou o tratamento impõem constantes mudanças de ordem física, social e psicológica, tanto quanto a necessidade de ajustar-se à nova situação, fazendo-se necessário que as pessoas utilizem de estratégias de enfrentamento (*coping*) nesse processo (Umann, Guido & Linch, 2010).

As estratégias de enfrentamento resultam de esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências internas ou externas à pessoa diante de situações de estresse e que são percebidos como desafios diante dos próprios recursos (Lazarus, & Folkman, 1984). Assim, as situações de estresse são consideradas analisadas pelo indivíduo como uma ameaça ao seu equilíbrio e, para superar

este perigo e restabelecer seu bem-estar, a pessoa utiliza-se das estratégias de *coping*.

Segundo Antoniazzi, Dell'aglio e Bandeira (1998), no modelo de *coping*, o enfrentamento possui duas funções básicas: foco no problema e o foco na emoção. O primeiro é definido como um esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando modificá-la, com foco na resolução do problema. Portanto, pode corresponder a uma reestruturação cognitiva, como a redefinição do elemento estressor, quando direcionada internamente ou também pode equivaler-se a uma busca por informações acerca do estressor, quando uma estratégia é direcionada externamente. Já o *coping* focalizado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao estresse ou é o resultado de eventos estressantes. Nestes esforços de *coping*, considera-se que há um estímulo estressor que sobrecarrega os recursos do indivíduo. Esse estímulo pode ser avaliado como um desafio, ameaça ou dando. Depois, o indivíduo avalia os próprios recursos para lidar com este estímulo estressor. Seus recursos cognitivos ou comportamentais serão, então, utilizados para minimizar ou controlar o estímulo estressor. Podem ser estratégias adequadas ou não. Nem sempre ajudam no restabelecimento do bem-estar,

podendo até ser prejudiciais a este (ex: beber, isolar-se, culpar-se).

Avaliar as estratégias utilizadas pelo paciente pode aumentar a compreensão sobre quais estratégias podem contribuir para o bem-estar e quais podem ser prejudiciais. Assim, pode-se estimular o uso de intervenções que favoreçam o uso de estratégias mais adequadas para o contexto em questão.

Resende e cols., (2008), a partir de revisão de literatura, afirmam que a escolha de uma ou outra estratégia vai depender do tipo de estressor envolvido, podendo ser utilizadas mais de uma estratégia durante praticamente todos os episódios estressantes. E que é preciso considerar que a escolha da estratégia de enfrentamento será sempre em função da especificidade da situação vivida, o que inclui avaliação do quanto a pessoa se sente capaz de enfrentá-la, dos seus recursos pessoais, incluindo-se a saúde e energia, as crenças existenciais, os compromissos, as habilidades para solução de problemas, as habilidades sociais de comunicação, as formas de comportamento socialmente apropriadas e efetivas, apoio social e recursos materiais. Carvalho e Rodrigues (2007) afirmam que as condições do paciente cardiopata, como idade, chance de sobrevivência e desafios específicos, interferem tanto na avaliação

do tipo e grau do estressor quanto na escolha de estratégias de *coping* que consideram com possibilidades de sucesso, além de selecionarem estratégias distintas para estressores diferentes.

No campo da saúde, as pesquisas sobre enfrentamento têm permitido a produção de conhecimento sobre o tema e o desenvolvimento de intervenções junto a pessoas acometidas por agravos diversos, em especial enfermidades crônicas (Seidl, 2005). Para Resende e cols., (2008), essas pesquisas poderão clarear o entendimento das estratégias utilizadas como protetoras ou indicadoras de comportamento de risco para a emergência de distresse ou incapacidades, bem como ajudar a entender que tipo de estratégias são necessárias para que as pessoas apresentem bem-estar subjetivo, apesar da insuficiência cardíaca.

Pesquisar como o adulto cardiopata enfrenta o processo de adoecimento relacionando com o bem-estar subjetivo é bastante relevante para compreender se as estratégias de *coping* utilizadas por eles estão sendo eficazes para minimizar o estressor e apresentar saúde mental. Diante do exposto, este estudo objetivou investigar a saúde mental em pessoas com cardiopatias; identificar as estratégias de

coping utilizadas por elas, verificar o bem-estar subjetivo e analisar a correlação entre estratégias de enfrentamento, bem-estar subjetivo e saúde mental.

Método

Participantes:

Participaram desta pesquisa, uma amostra de conveniência, composta por 30 adultos com diagnóstico de insuficiência cardíaca, com idade média de 61 anos (DP±10,25), sendo a maioria formada por homens (60,0%), casados (66,7%), com três ou mais filhos (60,0%), com escolaridade de ensino básico (43,3%), aposentados (50,0%) e que não recebem auxílio doença (90,0%).

Entre as profissões relatadas, 30,0% são produtores de bens e serviços industriais (como garimpeiro, carpinteiro, motorista, costureira, pedreiro); 20,0% trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados; 10,0% técnicos de nível médio; 6,7% trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca; 6,7% dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes; 3,3% trabalhadores de manutenção e reparação.

A maioria dos sujeitos (60,0%) é o principal responsável pelo sustento da família. E, entre os que não são os principais responsáveis pelo sustento da família, 75,0% contribuem financeira. A maioria (36,7%) da amostra mora com o cônjuge, 23,3% mora com cônjuge e filhos e outros 23,3% moram sozinhos. (Ver Tabela 1).

Tabela 1. Frequência das variáveis sociodemográficas dos sujeitos (n= 30)

Variável		N	%
Sexo	Masculino	18	60,0
	Feminino	12	40,0
Estado Civil	Casado	20	66,6
	Solteiro	2	6,7
	Viúvo	3	10,0
	Separado	5	16,7
Escolaridade	Ensino Básico	13	43,3
	Ensino Fundamental	9	30,0
	Ensino Médio	8	26,7
Trabalha	Sim	13	43,3
	Não	17	56,7
Auxílio doença	Sim	3	10,0
	Não	17	90,0
Responsável pelo sustento da família	Sim	18	60,0
	Não	12	40,0

Os participantes receberam o diagnóstico da doença em até um mês (20,0%); de um a seis meses (10%); de seis meses a um ano (26,7%); de um ano a quatro anos (6,7%), há mais de quatro anos (23,3%) e há mais de 10 anos (13,3%). Eles estavam internados em uma enfermaria de cardiologia de um hospital escola de uma cidade do interior de Minas Gerais. Entre os motivos da internação estão: realização de procedimentos eletivos, como angioplastia, cateterismo e cirurgia (33,3%); investigação de sintomas de angina (20,0%); por apresentarem outra doença cardíaca, como valvulopatia, pericardite, coronariopatia – DAC (13,3%); por ter tido infarto (10,0%); para colocar marca-passo (6,7%); por dispnéia (3,3%); arritmia (3,3%); gravidez de alto risco (3,3%); trombose (3,3%) e colesterol elevado (3,3%).

A grande maioria (93,3%) dos participantes já havia sido submetida a cirurgias prévias, sendo que 40,0% do total das cirurgias, relacionadas à doença cardíaca. Além disso, 86,7% dos participantes possuem história de insuficiência cardíaca prévia, com 43,3% relatando ter doenças associadas à insuficiência cardíaca: uma doença (40%) e três ou mais (3,3%).

Todos os participantes (100,0%) fazem uso regular de medicamentos, entre

os mais usados estão diuréticos, anticoagulantes, vasodilatadores, estatinas e bloqueadores do canal de cálcio. Em relação aos fatores de risco para coronariopatia e condições clínicas associadas a insuficiência cardíaca, os pacientes apresentam: hipertensão (70,0%); diabetes (20,0%); dislipidemia (40,0%); etilismo (13,3%); tabagismo (3,3%); acidente vascular encefálico (3,3%) e terapia de reposição hormonal (6,7%).

Instrumentos

a) *Ficha de Informações sócio-demográficas*– Questionário para coleta de dados sobre idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação, arranjo domiciliar e renda.

b) *Ficha de Informações sobre a doença* – Questionário para coleta de dados sobre a doença, fatores de risco associados, tempo de internação, cirurgias prévias e uso de medicamentos.

c) *Escala Modos de Enfrentamento de Problemas* (Seidl, Tróccoli,&Zannon, 2001) – composta por 45 itens, possui quatro sub-escalas que expressam cognições e comportamentos para lidar com eventos estressantes. As respostas são

dadas em escala Likert de cinco pontos (1 – Eu nunca faço isso; 5 – Eu faço isso sempre). Quanto mais elevado o escore, maior a utilização de determinada estratégia de enfrentamento.

d) *Medida de bem-estar subjetivo*: composto pelos seguintes instrumentos:

d.1) *Escala de Vitalidade* (Chaves, 2003): avalia o grau em que o participante tem se sentido em termos de vigor físico, mental e alerta, nos últimos dias. Compõe-se de sete itens (por exemplo, tenho energia e disposição; sinto-me vivo e cheio de vitalidade), cujas respostas devem ser dadas em uma escala de sete pontos, variando de 1 = *Nada Verdadeiro* a 7 = *Totalmente Verdadeiro*.

d.2) *Escala de Afetos Positivos e Negativos* (Chaves, 2003): formada por nove adjetivos, sendo 5 positivos: feliz, alegre, satisfeito, divertido e otimista; e 5 negativos: deprimido, preocupado, frustrado, raivoso e infeliz. O instrumento avalia quanto o participante tem experienciado cada uma dessas emoções nos últimos dias. Os itens são respondidos numa escala de

sete pontos, variando de **1** = *Nada* a **7** = *Extremamente*.

d.3) *Escala de Satisfação com a Vida* (Chaves, 2003): compõe-se de cinco itens (por exemplo, estou satisfeito com minha vida; as condições da minha vida são excelentes), respondidos em escala tipo *Likert*, variando de **1** = *Discordo Totalmente* a **7** = *Concordo Totalmente*.

e) *Questionário de Saúde Geral (QSG-12)* (Gouveia et al., 2003): composto por 12 itens. Cada item respondido em termos do quanto a pessoa tem experimentado os sintomas descritos, sendo as respostas dadas em uma escala de quatro pontos *1* (Absolutamente, não) a *4* (Muito mais que de costume); no caso dos itens afirmativos, as respostas foram de *1* (Mais que de costume) a *4* (Muito menos que de costume).

Procedimentos

Para a coleta de dados, seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia-MG, sendo aprovado em parecer nº. 15/2011. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética

em Pesquisa, foi feito contato com o responsável pela enfermagem de cardiologia e cirurgia cardíaca solicitando autorização para a realização da pesquisa. Posteriormente foram contactados os participantes hospitalizados, para explicar os objetivos da pesquisa, convidá-los para participar, esclarecer sobre o caráter voluntário da participação e a garantia de sigilo dos dados individuais e agendar data e local para a coleta de dados. A aplicação dos instrumentos foi feita individualmente em entrevista na própria enfermagem. Antes, cada sujeito foi convidado a ler e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados foi feita através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 18.0), realizando-se análise descritiva através de frequências e estatísticas descritivas. Para analisar a correlação entre as variáveis numéricas (escores das escalas) foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Os resultados serão apresentados na seguinte ordem: estratégias de *Coping* utilizadas, senso de bem-estar subjetivo

relatado, saúde mental apresentada e correlação entre as variáveis.

Estratégias de Coping utilizadas por adultos cardiopatas

Os resultados indicaram que a estratégia de enfrentamento mais utilizada foi a focalizada no problema (média 4,09; DP=0,56), seguida pela estratégia baseada em práticas religiosas e pensamentos fantasiosos (média 3,68; DP=0,77), busca de suporte social (média 3,24; DP=0,88) e estratégia de enfrentamento focalizada na emoção (média 1,97; DP=0,62).

Bem-estar subjetivo de adultos cardiopatas

Os participantes dessa pesquisa relatam bem-estar subjetivo positivo indicado por satisfação com a vida (média 5,12; DP=1,19), afetos positivos (média 4,63; DP=1,49), afetos negativos (média 2,50; DP=1,57) e vitalidade (média 5,12; DP=0,98).

Saúde mental em adultos cardiopatas

No QSG a média foi de 2,10 (DP=0,69), para depressão, a média foi 1,99 (DP=0,50) e para ansiedade, a média

foi 2,42 (DP=0,48); o que indica que os sujeitos apresentam saúde mental positiva, já que, quanto mais próximo de 1, melhor a saúde mental e quanto mais próximo de 4, maior o distresse.

Análise de correlação entre as variáveis

O teste de correlação de Pearson mostrou que houve correlação significativa positiva entre *estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção* e depressão ($r=0,555$; $p<0,01$), ansiedade ($r=0,642$; $p<0,01$), afeto negativo ($r=0,31$; $p<0,01$) e correlação significativa negativa entre *estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção* e satisfação com a vida ($r=-0,416$; $p<0,01$), afetos positivos ($r=-0,416$; $p<0,05$), ou seja, quanto maior a depressão, a ansiedade e o afeto negativo, menor a satisfação com a vida e os afetos positivos, maior a utilização de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção.

Houve correlação significativa entre estratégias de enfrentamento práticas religiosas/pensamentos fantasiosos e afeto positivo ($r=-0,362$; $p<0,05$) e afeto negativo ($r=0,551$; $p<0,01$).

A ansiedade também apresentou correlação significativa com a depressão ($r=0,603$; $p<0,01$) e o QSG total ($r=0,604$;

$p < 0,01$) e correlação significativa negativa com satisfação com a vida ($r = -0,594$; $p < 0,01$), de forma que quanto maior a ansiedade, maior a depressão, maior o distresse e menor a satisfação com a vida.

E a variável satisfação com a vida, teve correlação significativa negativa com depressão ($r = -0,644$; $p < 0,01$) e ansiedade ($r = -0,594$; $p < 0,01$) e saúde mental ($r = -0,611$; $p < 0,01$) e correlação positiva com a variável vitalidade ($r = 0,667$; $p < 0,01$); portanto, quanto maior a satisfação com a vida, menor a depressão, ansiedade e saúde mental (positiva), e maior a vitalidade.

Discussão

Este estudo investigou as estratégias de *coping* utilizadas por pacientes cardiopatas, o senso de bem-estar subjetivo indicado por satisfação com a vida, afetos positivos e vitalidade, a saúde mental e a correlação entre bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e saúde mental.

A estratégia de enfrentamento mais utilizada foi a focalizada no problema, que envolve esforços para reduzir ou eliminar as fontes de estresse, ou expandir os recursos para lidar com elas (Caires & Silva, 2011). É importante lembrar que os participantes dessa pesquisa estavam

internados em um hospital, buscando cuidar da saúde, ou seja, o foco estava no estressor (Seidl, Troccoli & Zannon, 2001). Para Wiedebusch et cols., (2009), a ativação de estratégias de enfrentamento tem sido associada à melhor qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca e a estratégia focalizada no problema pode ser a modalidade mais benéfica em termos de qualidade de vida.

Em segundo lugar, vieram as estratégias baseadas em práticas religiosas e pensamentos fantasiosos. A religiosidade e a espiritualidade têm sido vistas como recursos culturais que sempre serviram de suporte às pessoas em momentos de sofrimento e aflição (Fleck, Borges, Bolognesia & Rocha, 2003). Faria e Seidl (2006) citam a diversidade de implicações que a religiosidade pode ter nos fenômenos relacionados à saúde e ao adoecer, entre os benefícios provenientes de crenças e práticas religiosas, está a facilitação da aceitação da doença, o alívio do medo e da incerteza perante a morte. Esses aspectos sugerem mecanismos potenciais de como a religiosidade pode afetar a adaptação psicológica em contextos de danos à saúde.

A terceira estratégia utilizada foi a busca de suporte social. Seidl, Troccoli e Zannon (2001) apontam que o apoio vindo de pessoas significativas pode representar

um papel importante nas situações de enfrentamento de estresse. O suporte social tem por finalidade aliviar o distresse em situação de crise, e assim inibir o desenvolvimento de doenças e, no caso da doença já instalada, tem um papel importante na recuperação (Marques, 2007). Os estudos na área da saúde têm indicado que o apoio social propiciado pelas relações de amizade ou familiares, geram comportamentos positivos para recuperação da saúde e prevenção de doenças. E, por outro lado, o apoio social inadequado pode ter implicações negativas, como maior suscetibilidade às doenças e aumento da mortalidade (Marques, Landim, Collares & Mesquita, 2011).

Por fim, a estratégia de enfrentamento focalizada na emoção foi a menos utilizada pelos participantes. Esta estratégia é a que busca regular a resposta emocional a um problema, através da reinterpretação ou reenquadramento do evento estressante (Caires & Silva, 2011). Souza e Araujo (2010) destacam que esse tipo de estratégia vincula-se a uma pior adaptação do paciente, e não à regulação emocional, pois seus itens envolvem expressão de sentimentos de culpa em relação a si próprio e ao outro, emoções

negativas e comportamento de esquiva e pensamento fantasioso. Nesse sentido, parece que escores mais altos seriam sugestivos de dificuldades psicológicas relevantes (Resende e cols., 2008), demonstrando assim que os participantes podem ter menos dificuldades emocionais associadas à cardiopatia.

Os participantes dessa pesquisa relatam bem-estar subjetivo indicado por satisfação com a vida, afetos positivos e vitalidade. Enkvist, Ekstro e Elmsta (2012) relatam que o bem-estar subjetivo é o preditor mais forte de saúde percebida. O bem-estar subjetivo é importante mediador da qualidade de vida, podendo explicar porque, mesmo na presença de eventos adversos como as doenças e os eventos estressantes, as pessoas podem funcionar bem, investindo na própria saúde e na solução de problemas cotidianos (Neri, 2007). Diener (2000) relatou que a satisfação com a vida se dá por meio de fatos positivos e negativos dos eventos vividos, nos quais indivíduos buscam a excelência pessoal. Para compreender o bem-estar subjetivo é preciso confrontar aspectos emocionais de afetos positivos e negativos e verificar o quanto interfere na qualidade de vida, a curto e à longo prazo. Os participantes dessa pesquisa parecem

ter clareza, até porque a maioria já passou por outras internações, que sua doença é uma condição que requer algumas mudanças, mas que não inviabiliza a vida.

O bem-estar subjetivo depende dos reflexos da manutenção da capacidade física e mental, bem como na maneira que esses reflexos poderão interferir na participação em atividades sociais. Diogo (2003) relata que o bem-estar subjetivo não é influenciado apenas pelo que as pessoas sentem fisicamente, mas no que a saúde as permite fazer.

Os sujeitos apresentam saúde mental positiva, indicado pela ausência de depressão e ansiedade. A predominância da depressão em pacientes cardíacos cirúrgicos varia de 18,2% a 52% e os sintomas de ansiedade, avaliados clinicamente antes da cirurgia, estão presentes em aproximadamente 40% dos pacientes. Embora os autores relatem que esses sintomas declinam freqüentemente depois da cirurgia, sugerem que diversos estudos indicam que entre 28% e 41% dos pacientes ainda convivem com a presença de sintomas de ansiedade (Sveinsdóttir & Ingadóttir, 2011). Nesse sentido, embora a saúde mental dos participantes apresente-se positiva, é preciso atenção constante aos sintomas de depressão e de ansiedade, tendo em vista as doenças do coração geralmente causam grande impacto

psicoemocional sobre os pacientes, lembrando o forte simbolismo que o coração tem como centro das emoções e controlador da vida (Oliveira & Oliveira, 2010).

Sabe-se que a literatura relata freqüentemente associação entre cardiopatias e perturbações do humor. Como afirmam Cardoso, Trancas, Luengo e Reis (2008), a associação da depressão com a insuficiência cardíaca parece estar ligada a aspectos psicológicos de uma doença cardíaca grave e incapacitante, e a mecanismos fisiopatológicos e psicossociais. Nesse sentido, os pacientes cardiopatas passam por uma necessidade de ajustamento à nova situação, podendo utilizar-se de estratégias de enfrentamento.

Nas correlações efetuadas nessa pesquisa, entre as variáveis psicológicas, encontrou-se que quanto maior a ansiedade e menor o nível de vitalidade do sujeito, maior a utilização de estratégias de enfrentamento. As estratégias de enfrentamento contribuem na forma como o indivíduo lida com as circunstâncias estressantes da vida, buscando minimizar ou evitar a tensão psicológica diante da adversidade. A ativação de estratégias de *coping* parece diminuir a percepção de condições ambientais contrárias e aumentar a probabilidade de recuperação,

possibilitando ao indivíduo a tolerância ou adaptação a eventos negativos.

A escolha das estratégias está relacionada ao modo como o sujeito percebe o problema; em situações avaliadas como modificáveis, o *coping* focalizado no problema tende a ser empregado, enquanto o *coping* focalizado na emoção tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (Antoniazzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998).

As estratégias focalizadas na emoção apresentaram correlações positivas com depressão, ansiedade e afetos negativos e correlação negativa com satisfação com a vida, indicando que as pessoas menos adaptadas podem ter mais dificuldades emocionais e menos satisfação com a vida. O que vai de encontro ao descrito por Nagaseet e col., (2009), onde destacam que vários estudos relatam que as estratégias centradas na emoção foram associadas com riscos aumentados de depressão.

Quanto maior a satisfação com a vida, menor a depressão, menor ansiedade e maior vitalidade. Segundo Guedeaet e cols., (2006), o bem-estar subjetivo, além de ser um indicador de saúde mental, tem sido descrito como sinônimo de felicidade,

ajuste e integração social. Ni, Liu, Hua, Lv, Wang e Yan (2010) relatam que estudos recentes associam saúde mental com autoestima. Ter autoestima elevada tem sido considerado um fator de proteção para saúde mental positiva. Além disso, características de autoeficácia, imagem corporal e senso de liderança aumentada, podem reduzir níveis de depressão e de ansiedade. A satisfação com a vida, um dos indicadores de bem-estar, reflete as expressões de cada pessoa quanto a seus próprios critérios de satisfação como um todo e em domínios específicos, como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais e outros (Resende e cols., 2010).

Considerações Finais

Existem pacientes que conseguem se adaptar bem às circunstâncias adversas do adoecer e de seu tratamento, de modo a não alterar seu equilíbrio emocional. No entanto, os que apresentam distresse psicológico estão em uma condição vulnerável durante uma situação desafiadora (Sveinsdóttir & Ingadóttir, 2012), como o adoecimento. Este estudo enfatizou aspectos de saúde, como preconiza a Psicologia positiva, que tem

focado suas investigações no bem-estar e em medidas preventivas, ao invés de focar aspectos psicopatológicos, contribuindo para o campo da Psicologia da Saúde (Neto & Marujo, 2007).

A Psicologia tem oferecido muitas contribuições no que tange às pesquisas sobre os processos de solução de problemas nas situações do adoecimento. As pesquisas sobre *coping*, que levam em consideração as formas cotidianas de enfrentamento e superação dos desafios do dia-a-dia, também contribuem no melhor entendimento do manejo das situações adversas.

Nesse sentido, é preciso desenvolver e pesquisar mais sobre os efeitos de variáveis psicológicas para intervenções apropriadas. Entender as estratégias utilizadas por adultos cardiopatas poderá auxiliar a pensar em

intervenções psicológicas, quando necessárias, para a manutenção de equilíbrio emocional e de relacionamentos satisfatórios, ajudando a pessoa a manter o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida. Parece oportuno ainda realizar novas investigações focalizando a interferência das variáveis psicológicas nas cardiopatias.

É de relevância particular planejar intervenções para lidar com incapacidades crônicas e problemas relacionados à saúde, o que implica em analisar os diferentes atores envolvidos neste processo ao longo do curso da vida. Tendo em vista que, o investimento na saúde das pessoas com cardiopatias e a compressão da morbidade são apresentados como alternativas capazes de minimizar, em um país com recursos financeiros escassos, o impacto do adoecimento sobre a qualidade de vida.

Referências

Albuquerque, A. & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-64.

Antoniazzi, S., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.

Bocchi, E. A., Marcondes-Braga, F. G., Ayub-Ferreira, S. M., Rohde, L. E., Oliveira, W. A., Almeida, D. R. e cols. (2009). Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93(1), 1-71.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Datasus: indicadores e dados básicos*. Recuperado em novembro 01, 2011, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2006/c08.def>

Brasil. Ministério da Saúde. (2008/2009). *Datasus: indicadores e dados básicos*. Recuperado em novembro 01, 2011, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm>

Caires, S., & Silva, C. (2011). Fatores de stress e estratégias de coping entre adolescentes no 12º ano de escolaridade. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(3), 295-306.

Cardoso, G., Trancas, B., Luengo, A. & Reis, D. (2008). Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com relevância clínica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27(1), 91-109.

Carvalho, E. & Rodrigues, C. (2007). A estratégia de *coping* e seu emprego em enfermagem cardiológica: revisão integrativa da literatura. *Revista de enfermagem UFPE*, 1(2), 233-236.

Chaves, S. S. S. (2003). *Valores como preditores do bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.

Cruz, F. (2010). *Avaliação dos componentes da qualidade de vida na clínica de insuficiência cardíaca*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

D'Amato, C. V. S. (2008). Mortes, perdas e luto em cardiologia. In: C. P. Almeida, & A. L. A. Ribeiro (Orgs.). *Psicologia em cardiologia: novas tendências* (pp. 199-208). São Paulo: Alínea.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.

Diener, E.; Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.

Diogo, M. J. D'E. (2003). Satisfação com a vida e a capacidade funcional em idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(6), 395-99.

Enkvist, A., Ekström, H. & Elmståhl, S (2012). Life satisfaction (LS) and symptoms among the oldest-old: Results from the longitudinal population study called Good Aging in Skåne (GÅS). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 146-50.

Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11, 155-164.

Fleck, M. P. A., Borges, B. Z. N., Bolognesia, G., & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública*, 37(4), 446-455.

Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V., & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 241-248.

Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Troccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Marques, A. K. M. C. (2007). *Análise das Redes de suporte social do cuidador informal de doentes crônicos*. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) - Universidade de Fortaleza.

Marques, A. K. M. C., Landim, F. L. P., Collares, P. M., & Mesquita, R. B. (2011). Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciências & saúde coletiva*, 16(suppl.1), 945-955.

Montera, M. W., Almeida, R. A., Tinoco, E. M., Rocha, R. M., Moura, L. Z., Réa-Neto A., e cols., (2009). Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93(3), 1-65.

Nagase, Y., Uchiyama, M., Kaneita, Y., Li, L., Kaji, T., Takahashi, S. e cols., (2009). Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population. *Psychiatry Research*, 168, 57-66.

Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: A. L. Neri (org.) *Qualidade de vida na velhice*. (pp.13-59). Campinas: Alínea, 2007,

Neto, L.M., Marujo, H. A. (2007). Propostas estratégicas da Psicologia Positiva para a prevenção e regulação do stress. *Aná. Psicológica*, 25(4), 585-593.

Ni, C., Liu, X., Hua, Q., Lv, A., Wang, B. & Yan, Y. (2010). Relationship between coping, self-esteem, individual factors and mental health among Chinese nursing students: A matched case-control study. *Nurse Education Today*, 30, 338-343.

Oliveira, M. F. P. (2008). Aspectos emergentes da Psicologia em Cardiologia no Terceiro Milênio. In: Almeida, C. P., & Ribeiro, A. L. A. (Orgs.). *Psicologia em cardiologia: novas tendências* (pp. 199-208). São Paulo: Alínea.

Oliveira, S. A., Oliveira, M. F. P. (2010). Psicologia e Cardiologia: um desafio que deu certo. In: A. L. Ribeiro, & M. L. Gagliani (Orgs.). *Psicologia e Cardiologia: um desafio que deu certo*. (pp.1-5). São Paulo: Atheneu.

Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. (<http://www.who.int/hpr/gf.facts.shtml>).

Paula Junior, W. (2009) *Resiliência: análise das estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento radioterápico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade Católica de Goiás.

Pelegrino V. M., Dantas, R. A. S. & Clark, A. M.(2011). Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 451-457.

Pinho, M. X. (2008). A velhice em uma visão geriátrica e gerontológica: contribuições da psicologia. In: C. P. Almeida & A. L. A. Ribeiro (Orgs.), *Psicologia em cardiologia: novas tendências* (pp. 199-208). São Paulo: Alínea.

Resende, M. C., Roldao, D. F. M., Naves, G. G., Arantes, F. M. S., Souza, K. G., Abreu, S. A. M., e cols., (2010). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes em grupo de teatro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22, 591-608.

Resende, M. C., Silva, R. M., Marques, T. P., & Abreu, M. V. (2008). *Coping* e satisfação com a vida em adultos com AIDS. *Psico*, 39(2), 232-39.

Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429.

Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.

Souza, J. R., & Araujo, T. C. C. F. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos Psicologia (Campinas)*, 27(2), 147-159.

Sveinsdóttir, H. & Ingadóttir, B. (2012). Predictors of psychological distress in patients at home following cardiac surgery: an explorative panel study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11(3), 339-348.

Umann, J., Guido, L. A. & Linch, G. F.,C. (2010). Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(1), 67-73.

Wiedebusch S., Reiermann, S., Steinke, C., Muthny, F.A., Pavenstaedt, H.J., Schoene-Seifert, H.J. et al. (2009). Quality of life, coping, and mental health status after living kidney donation. *Transplantation Proceedings*, 41(5), 1483-8.

As autoras:

Marineia Crosara de Resende. Professora Adjunto do Instituto de Psicologia; Tutora no Programa em Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Gabriela Teixeira de Rezende. Psicóloga; Residente da Área Atenção ao Paciente Cardíaco do Programa em Residência Multiprofissional Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Rosângela Caratta Macedo Portella Silveira; Psicóloga do Hospital de Clínicas Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia; Preceptora do Programa em Residência Multiprofissional Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Endereço / Endereço para correspondência:

Universidade Federal de Uberlândia - Instituto de Psicologia
Avenida Pará, 1720, Bloco 2C, Campus Umuarama
Uberlândia, MG, Brasil, CEP 38400-902
Telefone: (34)3218-2296
Email: marineiaresende@gmail.com

¹ Esse trabalho foi desenvolvido pelas autoras no Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. As autoras agradecem ao MEC – Ministério da Educação pela bolsa concedida à segunda autora.