

DEMANDA PSICOLÓGICA NO HOSPITAL: REPERCUSSÕES DO ADOECIMENTO CARDIOVASCULAR NA PERSPECTIVA DE PACIENTES INTERNADOS

Psychological Demand in the Hospital: Repercussions of Cardiovascular Illness from the Perspective of Hospitalized Patients

Demanda psicológica en el hospital: repercusiones de la enfermedad cardiovascular desde la perspectiva de pacientes hospitalizados

ANA MARIA CAMPOS DA ROCHA
JOSÉ DE ARIMATÉIA DA COSTA REIS

Resumo: A internação por doença cardiovascular produz vivências singulares, suscitando repercussões psicológicas que emergem durante a hospitalização, sejam estas reativas ao ambiente e/ou submissão aos procedimentos necessários ao tratamento, sejam em reação às implicações ao adoecimento para a vida familiar e social do paciente. O objetivo deste trabalho foi descrever a experiência de pacientes internados por doenças cardiovasculares em um hospital de referência em cardiologia, a fim de conhecer as principais demandas enfrentadas mediante a descoberta do adoecimento e o tratamento ofertado durante sua internação. Foram realizadas entrevistas abertas, analisadas a partir do método hermenêutico dialético. Na análise e categorização emergiram três categorias principais: vivências de sentimentos ansiosos, vivência de sentimentos depressivos e a vida afetada. Conclui-se que os dados emergidos da entrevista apontam para demandas psicológicas e demandas práticas/objetivas, indissociáveis entre si, permeadas pela complexidade da subjetividade humana.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Doenças Cardiovasculares; Psicologia Hospitalar

Abstract: Hospitalization due to cardiovascular disease produces unique experiences, eliciting psychological repercussions that emerge during hospitalization period, whether reactive to the environment and/or compliance with necessary treatment procedures, or in response to the implications of illness on the patient's family and social life. The objective of this study was to describe the experiences of patients hospitalized for cardiovascular diseases in a cardiology referral hospital, aiming to understand the main challenges faced upon discovery of the illness and the treatment provided during their hospitalization. Open interviews were conducted and analyzed using the hermeneutic-dialectic method. The analysis and categorization yielded three main categories: experiences of anxious feelings, experiences of depressive feelings, and affected life. It is concluded that the data emerging from the interviews point to psychological demands and practical/objective demands that are inseparable from each other, permeated by the complexity of human subjectivity.

Keywords: Qualitative Research; Cardiovascular Diseases; Hospital Psychology

Resumen: La hospitalización por enfermedad cardiovascular produce experiencias singulares, provocando repercusiones psicológicas que emergen durante la hospitalización, ya sea en reacción al entorno y/o a la sumisión a los procedimientos necesarios para el tratamiento, o en reacción a las implicaciones de la enfermedad para la vida familiar y social del paciente. El objetivo de este trabajo fue describir la experiencia de pacientes hospitalizados por enfermedades cardiovasculares en un hospital de referencia en cardiología, con el fin de conocer las principales demandas enfrentadas tras el descubrimiento de la enfermedad y el tratamiento ofrecido durante su hospitalización. Se realizaron entrevistas abiertas, analizadas a partir del método hermenéutico-dialéctico. El análisis y la categorización dieron lugar a tres categorías principales: vivencias de sentimientos ansiosos, vivencias de sentimientos depresivos y la vida afectada. Se concluye que los datos emergentes de las entrevistas apuntan a demandas psicológicas y demandas prácticas/objetivas, indisolubles entre sí, permeadas por la complejidad de la subjetividad humana.

Palabras Clave: Investigación Cualitativa; Enfermedades Cardiovasculares; Psicología Hospitalaria.

Segundo Romano (2001), desde a Antiguidade vem-se relacionando estados emocionais com as repercussões cardiovasculares. A tentativa de relacionar o adoecimento com o estado emocional dos pacientes se desenvolveu ao longo tempo, se diversificando e comprovando a relação entre ambas. Junqueira e Pina (2017), por exemplo, destacam a influência entre a experiência de emoções exaltadas sob o ritmo cardíaco (aumento do ritmo diante da vivência de sentimentos como medo, ansiedade, alegria, entre outros). Importantes repercussões foram associadas entre o estresse (fatores estressores externos: trabalho, condição social, demandas familiares, tensões conjugais) e as doenças cardiovasculares, além de favorecimento para demais doenças crônico-degenerativas, tais como encontramos em estudos como Rosengren et al. (2004), Nascimento et al. (2008), Gomes et al. (2016), Antunes (2019) e Assis et al. (2021).

As intervenções e estudos de condições cardiológicas pela psicologia surgem diante do cenário crescente de aumento de doenças crônicas e cardiovasculares no Brasil e no mundo. A exemplo, em 2016, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 31% das causas de óbito globais estavam relacionadas às patologias cardiovasculares, e desses, 85% aconteceram em decorrência de ataques cardíacos e acidentes vasculares. O estudo realizado por Silva et al. (2022), tomando como base o sistema de informações de notificação de óbitos do Sistema Único de Saúde (SUS) destaca o perfil epidemiológico dos pacientes que evoluíram a óbito dentre os anos de 2016 a 2019, aponta para o perfil de mortalidade de pessoas do gênero masculino, brancos, de 60-70 anos, indicando também maior incidência de casos nas regiões do Sudeste e Nordeste, ocorridos, em maior parte, em ambiente hospitalar.

Nesse sentido, a assistência psicológica nesse cenário se prova de grande necessidade e importância, considerando especialmente as características singulares das patologias que envolvem o coração e o sistema circulatório, fazendo-se necessária a compreensão de tais condições clínicas para a realização de atendimento adequado e suporte necessário durante as várias fases envolvidas no tratamento, sobretudo durante a internação de pacientes em primeiro evento cardíaco ou em pré e pós-operatório. O adoecimento cardiovascular envolve especificidades singulares que o diferencia dos demais tipos de adoecimento. O paciente tende a enfrentar fantasias a respeito da simbologia que a figura do coração ocupa no imaginário popular para além da função que anatômica que este ocupa no intrincado funcionamento do corpo humano (Padilha & Kristensen, 2006; Oliveira, 2008), além de enfrentar mudanças importantes no cotidiano e estilo de vida, tanto em relação ao adoecimento quanto ao tratamento indicado.

Considerando a emergência de doenças

cardiovasculares, a dinâmica entre a patologia e as repercussões emocionais a ela associadas e a singularidade envolvidas neste adoecer, a investigação sobre a experiência de pacientes cardiopatas oferece uma oportunidade de acessar este tipo de vivência. Este trabalho oferece um recorte: a experiência do paciente hospitalizado. Assim, este estudo teve o objetivo de descrever a experiência de pacientes internados por doenças cardiovasculares em um hospital de referência em cardiologia no Estado do Pará, a fim de conhecer as principais demandas enfrentadas entre a descoberta do adoecimento e a internação para o tratamento ofertado durante sua estadia na instituição.

Metodologia

Com o intuito de atingir o objetivo proposto, opta-se pela realização de uma pesquisa descritiva, de viés qualitativo. A construção teórica e realização prática deste estudo foram desenvolvidas a fim de aproximar a experiência da prática do trabalho assistencial em psicologia com a realidade encontrada no contexto de desenvolvimento desta, considerando que os dados obtidos pela visão pessoal dos colaboradores, quando tratadas, recebem categorização para a obtenção de respostas valiosas para a produção de um estudo que melhor exercita a descrição de tal vivência.

Opta-se pela utilização do método hermenêutico dialético, proposto por Minayo (2002). Sobre o assunto, Taquette (2016) escreve:

A hermenêutica é a disciplina que se ocupa da arte de compreender textos. Na lógica hermenêutica, ao analisarmos a linguagem, nem sempre se chega a uma compreensão verdadeira. Ela não é considerada como transparente em si mesma. O traço essencial do compreender é o fato de que o sentido peculiar é sempre resultante do contexto, do todo. Compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções. Essa compreensão se torna concreta quando inclui a história, na medida em que assim se operam as vinculações concretas de costumes e tradições. Também significa estar exposto a erros e a antecipações de juízos. Para se ter mais possibilidade de compreender é necessário que as ideias iniciais não sejam arbitrárias. (Taquette, 2016, p. 529-530)

Gomes e Silveira (2012) destacam que há dois níveis de interpretação. A primeira etapa envolve a coleta das determinações fundamentais do contexto dos colaboradores, de forma a situá-los de acordo com os aspectos socioeconômicos e políticos. Categorias fundamentais podem ser propostas de acordo com essas condições. A segunda etapa da interpretação envolve as condições subjetivas e individuais envolvidas na experiência, os rituais, considerações

individuais e observações do espaço e do cotidiano dos colaboradores se tornam parte essencial, a fim de explorar tais peculiaridades da experiência.

O autor destaca que o protocolo para a realização desta metodologia envolve, na segunda etapa, a realização de duas fases para serem operacionalizadas. Estas, são, a) a ordenação dos dados colhidos – mapeamento de todos os dados obtidos na pesquisa de campo, organizando tais dados, transcrevendo entrevistas, revisão do material coletada e organização de tais relatos – e b) classificação dos dados obtidos – momento em que se promove a articulação entre o material colhido nos relatos, aliados com as referências, respondendo às questões caras à investigação realizada (Gomes & Silveira, 2012).

A escolha pelo método hermenêutico dialético corrobora a inclusão de relatos da experiência dos colaboradores, a fim de incluir a perspectiva do público alvo sobre o trabalho do psicólogo para melhor exploração do objeto de pesquisa: a assistência. Nesse sentido, destaca-se a inclusão das contribuições de Campos et al. (2012) que sugerem que a utilização do método hermenêutico-dialético em pesquisas em saúde, a fim de contribuir para a construção de pensamento crítico na área, contextualizando os processos vividos por usuários, pacientes e atores sociais inseridos dentro das investigações e estudos desenvolvidos.

A estratégia utilizada para se chegar aos dados brutos da experiência dos participantes foi a realização de entrevistas presenciais, desenvolvidas a partir de perguntas abertas, norteadoras e “disparadoras” (Amatuzzi, 2001), possibilitando o acolhimento do relato de experiência e inserção de informações que os colaboradores julgam relevantes acrescentar e compartilhar. As entrevistas foram realizadas nas dependências do hospital, na hora e dia de melhor conveniência ao paciente dentro da rotina de internação, respeitando a programação do tratamento dos pacientes, tendo duração de 20 a 30 minutos. As respostas foram gravadas (áudio) e salvas em dispositivo eletrônico removível (pen drive) e posteriormente transcritas na íntegra para fins de análise. Destaca-se o caráter voluntário da participação mediante convite para a realização das entrevistas, dentro da rotina assistencial e nas dependências da instituição. Sobre a utilização da entrevista em pesquisa qualitativa, Moré (2015), explicita:

Entende-se que a entrevista, seja ela em profundidade, seja semiestruturada, no contexto da pesquisa qualitativa, respeitando as devidas adequações para o contexto individual e grupal, junto à observação do participante de campo constituem-se nos dois principais instrumentos de coleta de dados, visto que permitem trazer à tona informações de

ângulos diferentes tanto do contexto, como sobre o fenômeno investigado, o que permite a melhor compreensão e integralização dos dados quando da ocasião do seu processo de análise. (p. 128)

A autora considera a importância da inclusão da observação enquanto procedimento que ajuda a compor a realização da pesquisa, dedicando maior cuidado ao objeto de estudo (experiência) e cuidado às reações do colaborador. Tais observações foram consideradas na realização das entrevistas, a fim de trazer maior fidedignidade aos dados coletados.

Os resultados aqui obtidos via entrevista foram avaliados entre os pesquisadores, com a divisão de tarefas entre a realização das entrevistas e transcrição com síntese primária, estes dados foram submetidos à análise do segundo pesquisador como forma de conceder pluralismo metodológico e encaminhar os dados obtidos para desenvolvimento da síntese dialética, conforme previsto pelo método hermenêutico dialético (Minayo, 2002; Minayo et al., 2005; Gomes et al., 2005). A partir da síntese dialética, emergiram três categorias principais que foram escolhidas para representar sentimentos, sensações e memórias vividas pelos colaboradores. As categorias foram delimitadas como vivências deste fenômeno (o adoecimento): sentimentos de ansiedade, sentimentos depressivos e vida afetada.

A realização desta pesquisa foi condicionada à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição de vínculo do pesquisador. A realização das entrevistas foi realizada mediante preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi usado para salvaguardar as informações fornecidas pelos pacientes colaboradores desta pesquisa. CAAE: 68079423.5.0000.0016.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 8 pacientes, 6 do gênero masculino e 2 do gênero feminino. A quantidade de pacientes foi determinada a partir do critério de saturação dos dados com base na metodologia de análise das transcrições das entrevistas coletadas.

O recorte de patologias não foi adotado, uma vez que os pacientes entrevistados se encontravam internados na clínica médica ou cardiológica de um hospital de referência cardiológica. O perfil de pacientes internados na clínica cardiológica é de pacientes admitidos na emergência que são atendidos para definição diagnóstica ou com indicativo de tratamento prolongado. O perfil de pacientes da clínica médica é variado, podendo receber pacientes acometidos por agudizações de sintomas de doenças crônicas, pacientes cardiopatas e nefropatas, além de recentemente ter incluído a admissão de pacientes de cirurgia geral. Na tabela abaixo estão destacados um resumo de pacientes entrevistados para a realização desta pesquisa.

Tabela 1
Identificação dos Colaboradores

Paciente	Idade	Gênero	Cidade de origem	Diagnóstico*
P1	50	M	Igarapé-Açu	IAMCSST+DAC MULTI
P2	47	M	Belém	IAMCSST+DAC MULTI
P3	37	M	Castanhal	IAMSST
P4	21	F	Belém	INFECÇÃO
P5	54	M	Belém	IAMCSST+DAC MULTI+ALTA CARGA TROMBÓTICA
P6	56	F	Ananindeua	PÉ DIABÉTICO
P7	47	M	Belém	IAMCSST
P8	58	M	Salvaterra	ENDOCARDITE+VEGETAÇÃO EM VÁLVA

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 2
Comorbidades e Tratamento Realizado

Paciente	Antecedentes	Tratamento atual
P1	HAS+DM	ATC 02 STENS
P2	HAS+DM	A definir (possível RVM)
P3	HAS+DM	CATE (aguarda laudo)
P4	Implante de MPD+BRADARRITIMIA	Antibactericida
P5	02 CATE + HAS	Aguarda ATC; tromboembolísticos
P6	Amputação em MIE	Aguarda laudo cir. Endovascular
P7	HAS+DM	ATC
P8	TVAO há 02 anos	Antibactericida + laudo cir. Cardíaca

Fonte: elaborado pelos autores.

Tabela 3

Definição das Siglas de Diagnóstico

Terminologia	Definição
IAMCSST	Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST
IAMSST	Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento de ST
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
ATC	Angioplastia transluminal coronária
CATE	Cateterismo – Cineangiocoronografia
MID	Membro inferior direito
MPD	Marcapasso definitivo
TVAO	Troca de válvula aórtica (procedimento cirúrgico)

Fonte: elaborado pelos autores.

Vivências de um adoecimento: sentimentos de ansiedade

As falas dos pacientes remontam à internação como uma situação de importante impacto emocional, relacionando sentimentos, sobretudo sugestivos da vivência de sintomas ansiosos, que refletem não apenas preocupação e/ou nervosismo com procedimentos aos quais os pacientes foram submetidos – em risco real de ameaça à vida – mas também o prejuízo nas atividades laborais, em especial daqueles que desenvolvem trabalhos autônomos nos quais a compensação financeira é diretamente proporcional à realização direta das atividades – as quais seguem temporariamente suspensas em função da internação e do tratamento indicado para sua condição clínica, tal como podemos observar nas falas apresentadas a seguir:

P5: *Está muito difícil (...) O que me preocupa, por exemplo, é que eu trabalho por conta própria, né? Você vai estar atrasando tudo, uma bola de neve, cartão de crédito, loja, família, isso. E mesmo deitado aqui, mas o pensamento vai... Vai pra lá, né?*

P2: *Eu penso aqui no procedimento, no hoje, onde eu não queria estar; aí eu penso lá em casa e penso no futuro. A minha cabeça tá em três pontos, fazer o que? A gente adoecer porque não tem... É que nem, tipo assim, né? Pensa no futuro, mas pensa. Eu até não tive condições de falar com a nossa filha, a menor. Eu comecei a*

chorar. Eu tenho uma mãe que... Tipo assim... Quem resolve tudo pra ela... É eu. Então se eu vou passar 30 dias aqui... Como é que vai ser? Porque nem eu posso dar o apoio (...) eu tô... mais cansado agora do que propriamente no dia que eu cheguei.

Romano (2001), ao trabalhar a patologia cardíaca, a descreve como essencialmente emergencial. O paciente que vive a experiência da internação decorrente da agudização do sintoma cardíaco tem sua vivência subjetiva do adoecimento profundamente relacionada com uma ameaça significativa à vida. Tal experiência pode desencadear profundo fator de estresse ao paciente internado, levando-o potencialmente a uma emergência também subjetiva. A respeito da repercussão emocional envolvida no processo de internação por doenças agudas, Botega (2002) nos apresenta categorias a serem avaliadas quanto ao quadro de estresse aos quais tais pacientes são submetidos durante tratamento hospitalar, dentre elas, destacam-se: a ameaça à integridade narcísica do paciente – em que se experimenta pânico e impotência diante do adoecimento da ameaça direta; medo da perda do estilo de vida, à identidade; perda do controle do próprio corpo; medo de perda de partes do corpo; medo da morte e da dor. Situações que podem ser observadas na seguinte fala abaixo:

P1: *A minha internação lá, logo no começo, né, eu fiquei assim, um pouco desesperado, né, um pouco, por causa que na hora que eu foi fazer*

[cateterismo], eu já tava meio em dúvida, mas depois Deus falava comigo que era pra mim me acalmar (...) Aí foi assim, eu fiquei preocupado, por causa que na hora que eu fui fazer, o primeiro, tinha um na minha frente pra fazer, um senhor na minha frente pra fazer. Eu fiquei na maca, deitado, né, e pegaram e colocaram ele lá pra sala. Aí eles disseram “depois é o senhor” e eu disse “tá bom”. Eu fiquei lá, só observando eles lá. Aí quando demorou, quando não, foi o maior desespero dele pra lá, a doutora correndo daqui, d’acolé vem daqui pra lá. Aí eu observei, só sangue e tudo, porque não pode mexer que estoura assim [refere-se à artéria], né... É perigoso. Aí... o homem morreu na hora, não demorou nem 10 minutos. Já saíram com ele em óbito de lá. Aí agora pense como é que... pense como ficou minha situação. Eu disse “meu Deus”. Eu olho o meu pensamento. Eu disse assim “É. Se esse homem não aguentou, eu não vou aguentar também não”. Eu pensava que eu ia voltar pra casa dentro dum caixão, não ia sobreviver não.

Botega (2002) cita como categoria do estresse do paciente internado o medo da morte e a dor enfrentados durante a internação. Neste aspecto da internação, o paciente é submetido a uma situação em que evidentemente se vê na iminência de vida e morte. Na fala do paciente 1, verifica-se que a realização do procedimento de urgência (emergência médica) encontra a urgência psicológica (medo da morte), em que o paciente aguarda uma experiência nunca vivida anteriormente com o indicativo limítrofe entre a necessidade de intervenção imediata e a iminência de morte. Surge então o medo e a ansiedade.

P4: Mas pior foi quando eles começam a me botar esse aqui [refere ao marcapasso permanente], foi bem pior. Foi que me deu uma crise de pânico, aí eu comecei a me agoniar na cama, aí o... médico foi me dizer que eu tinha que me acalmar, porque como eu estava com o provisório ainda, eu podia acabar arrancando. Só que eu não estava conseguindo me acalmar, eu estava agoniada. Eles iam colocar uma coisa em mim e eu não queria não. (...) olha, ontem eu vim pra cá, comecei a chorar, por quê? Porque eu não queria voltar pra cá de novo. Aí tem gente [profissionais] que fala, “ah, o que você tá fazendo aqui? Você sentiu saudade daqui de novo?” gente que fica fazendo isso, né? Aí eu fico calada, né? Eu nem respondo. Por que não é isso, né? Ninguém quer tá internado.

Já a fala da paciente 4 observamos outra categoria pertinente mencionada pelo mesmo autor chamada de “medo de estranhos” – descrita em uma

situação em que a novidade e presença da equipe de saúde evidencia uma imediata desconfiança, não apenas da manipulação do corpo do paciente pela equipe, mas a própria estadia do hospital.

Um estudo realizado por Bergmann et al. (2016) elenca a necessidade de compreender o lugar que a representação sobre o procedimento de marcapasso ocupa na fantasia dos pacientes submetidos a ele. Assim, a paciente representa o procedimento e a própria estadia do hospital como elementos prejudiciais, observando sua ocorrência como ameaça, ainda que ambos – procedimento e reinternação – tenham o objetivo imediato de agir sobre sua saúde, com benefício de alívio e interrupção de sintomas presentes. Nesse sentido, a ameaça que o adoecimento apresentava à vida e ao estado de saúde da paciente eram secundários à sua necessidade subjetiva, a qual concebia as intervenções como invasivas e promotoras de sofrimento.

A perspectiva dos pacientes sobre o momento de internação também evoca sentimentos relacionados à possibilidade de perda ou afastamento de entes queridos. A internação por evento agudo acontece sem aviso prévio e o sucesso de um tratamento cardiovascular no hospital está relacionado com uma intervenção eficaz e imediata do problema, assim, possibilitando a sobrevida do paciente e otimizando a recuperação. Abre-se aqui outra perspectiva de estresse, também trabalhada na literatura anteriormente apresentada, denominada pela categoria “ansiedade de separação”, neste trabalho evidenciada pela seguinte fala:

P6: Eu ando muito chorão aqui. Tô com muita ansiedade de ver meus filhos. Não sei se você já é mãe, mas para quem é pai e mãe, sabe que é ruim ficar longe da cria. Pensei que se eu tivesse caído eu ia deixar meus filhos sem apoio. Sem pai nem mãe. Seria muito difícil. Aí eu pedi para deus uma oportunidade de ver meus filhos de novo, de sair vivo. Graças a deus, fui ouvido e estou aqui. Tive mais uma chance, mas não tá sendo fácil. Eu fico pensando que se tivesse demorado mais tempo o socorro eu nem estaria fazendo essa entrevista com você.

Como pode ser observado, após o imediatismo do atendimento e passado o momento de maior ameaça objetiva à vida, surge espaço para que os sentimentos presentes naquele momento possam ser expressos e até compartilhados. Simonetti (2019) nos diz que durante uma emergência o sujeito não é capaz de fazer metáforas, tendo, em uma oportunidade seguinte, a possibilidade de trazer em palavras as experiências vividas durante seu atendimento. Então, há espaço para o medo, para a ansiedade e a apreensão do momento. Este medo não se reflete apenas na perda ou separação

de pessoas amadas, mas abre espaço para a perda da posição familiar e identidade que são ameaçadas no momento da urgência. Quando o paciente 6 diz “*eu ia deixar meus filhos sem apoio*”, ele reflete também sobre o temor em abdicar de sua função de pai e provedor mediante desfecho negativo de seu atendimento.

A categoria “medo da perda de partes do corpo” surge explicitamente na fala da paciente a seguir, em que o adoecimento reflete claramente a possibilidade de perder uma parte do corpo, tornando este medo tangível, considerando a experiência anterior da paciente. Além disso, experiência de dor e perda se encontram em desfechos ainda não totalmente traçados.

P6: *Sei lá, eu tô é confusa. Eu choro pra danar aqui. Ah, mas eu fico desesperada demais. Eu penso só no pior (...) eu penso que podem querer cortar mais alguma coisa aí, cortar logo um pé. Para ver se aí fica tudo bem. [Meu maior medo é...] de perder o pé, perder a perna, que com a maioria a gente sabe que acontece isso, né? A gente sabe que acontece isso mesmo, com quem é diabético. É muito difícil [...] às vezes eu preocupava muito por causa da doença. Eu não já vivia bem, né? Aquela dor nas pernas. Tinha vezes que eu andava um pouquinho, não podia... qualquer coisa que eu fazia, eu estava cansada das pernas. Doía muito.*

Vivências de um adoecimento: sentimentos depressivos

Esta categoria emergiu de falas que giram em torno de sentimentos relacionados à tristeza e angústias decorrentes do adoecimento ou da manutenção dos sintomas. A relação mente-corpo é elucidada na literatura sobretudo mediante estudos que comprovam a via de mão dupla entre transtornos psíquicos e o surgimento ou piora de variadas doenças (Humes et al., 2016; Lima, 2014). A necessidade de um acompanhamento conjunto entre doença física e sintoma emocional requer cuidado integrado, a fim de oferecer uma assistência multidimensional ao paciente.

P6: *Ai, ai, não tô fazendo nada, porque eu não dou conta de fazer mais nada. [vida fora do hospital] fico lá, quietinha, em casa só chorando, minha vida é chorando. Quando ele [companheiro] olha pra mim, eu tô chorando. Quando os meninos [residente] olham pra mim, eu tô chorando (...).*

Na fala da paciente, observa-se a repercussão que a internação pode gerar sobre um psiquismo já fragilizado pelo adoecimento físico. Botega et al. (1995) já alertava para a presença de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes internados em enfermaria de clínica médica, indicando a presença de transtornos leves de humor encontrados em seus resultados. Melo et al. (2019) encontraram

resultados que sugerem que transtornos depressivos encontrados em pacientes ambulatoriais são dificilmente tratados, considerando a somatização em sintomas físicos. Trata-se do físico, deixa-se o emocional. No caso específico da paciente, suas dores ocorrem ao mesmo tempo, sujeitas a um adoecimento de difícil controle e com repercussões desgastantes tanto física quanto emocionalmente.

O estudo de Silva et al. (2010) sobre a representação social do paciente amputado em decorrência de complicações por Diabetes Mellitus mostra que após o procedimento cirúrgico, os pacientes tendem a ter maior cuidado com saúde e retomar o bem-estar, sobretudo no intuito de evitar nova necessidade de procedimentos. Nesse sentido, reações emocionais voltadas para sintomas depressivos aparecem com recorrência em estudos sobre os impactos emocionais do diagnóstico de amputação (Seren & Tilio, 2014; Sales et al., 2012), bem como a incerteza da vida após o procedimento (Carvalho et al., 2011; Bergo & Prebianchi, 2018). Não obstante, autoestima, percepção corporal, convívio familiar e social são afetados de forma significativa (Carvalho et al., 2011; Sabino et al., 2013; Godoy et al., 2022), tornando essencial a assistência psicológica no pré e pós-operatório.

P4: *Assim...é... sair, entendeu? Ir pra igreja, entendeu? E tudo isso me entristece, né? Porque as vezes eu fico pensando, eu queria estar lá na igreja, eu queria estar saindo como eu saía, não saía muito, mas eu saía, entendeu? Ficar andando fazendo as coisas, e tudo isso mexe com o meu psicológico, aí às vezes eu fico chorando lá em casa. Não, eu comecei... Quando eu comecei a sentir o sintoma, eu ainda saía, entendeu? Mas eu... Eu já parei mesmo quando eu coloquei isso aqui [marcapasso], entendeu? E agora me resguardo. Não saio mais à noite. É mais por causa disso [marcapasso]. Eu parei mesmo. Só que me faz falta demais.*

A perda de atividades de interesse particular e alterações significativas na rotina contribuem para a permanência de sintomas depressivos. No caso dos pacientes, duas ações motivadoras, que também são elementos constitutivos da personalidade. No caso da paciente 4, sua vida social foi afetada pelo adoecimento e ao tratamento realizado: implante de marcapasso definitivo. Nesse caso, não é o sintoma que a impede de realizar suas atividades diárias, mas a percepção sobre o corpo – agora modificado e gerador de sofrimento – que restringe a manutenção de sua rotina, limitando a desenvoltura de seus relacionamentos sociais.

Vivências de um adoecimento: a vida afetada

A última categoria emergiu de falas que focavam experiências voltadas para as modificações na vida decorrentes do adoecimento, especialmente, no que diz respeito às demandas de pacientes quanto à modificação de seu estilo de vida, alteração na vida familiar e na atual forma de subsistência – a exemplo, a maioria dos pacientes entrevistados trabalham como autônomos, tendo renda variável conforme o serviço prestado no dia/semana/mês. Assim, a ocorrência de um adoecimento debilitante gera impacto e risco para o sustento da família, sobretudo em pacientes provedores da renda familiar.

O perfil do paciente cardiopata no Brasil aponta para prevalência de pacientes do gênero masculino, com idade superior a 45 anos, aposentados, baixa escolaridade, renda de 1 a 4 salários mínimos e com fatores de risco cardiovascular associados (Almeida et al., 2014; Alves & Polanczyk, 2020; Silva, 2023), sobretudo pacientes internados por IAM. Os pacientes voluntários para este estudo, por terem idade superior a 18 anos e inferior a 60 divergem sobretudo quanto à forma de subsistência, sendo economicamente ativos e parte fundamental na constituição da renda familiar. Para estes pacientes, fora o auxílio direcionado ao suporte financeiro via programas governamentais (aposentadoria e licenças), há a expectativa de retomada das atividades após tratamento e reabilitação.

Tal situação pode ser exposta através das seguintes falas:

P7: *Eu era um homem trabalhador; eu trabalhava com as contas próprias. E eu tô parado, quero trabalhar já há mais de um ano, não recebo a ajuda do governo. Nada, nada. Nada. A única coisa que a gente recebe hoje é o Bolsa Família (...) eu tive momento em casa que eu já chorei, assim, por eu não ter conseguido poder ter as coisas, as minhas coisas pra fazer. Aí a gente, a gente tava conseguindo os objetivos da gente, aí veio essa questão da saúde e foi pronto, apagou tudo.*

P2: *Então... fica aquela situação... O que é mais viável? Só daqui a alguns dias é que eles vão me dizer. Aí eu vou ter que ficar aguardando. É chato ter que ficar aqui sem fazer nada, mas é o único jeito e do mesmo lado que eu estou perdendo porque como eu sou autônomo então tipo assim eu já fico ao mesmo tempo preocupado do que eu vou fazer e preocupado mais ainda depois que eu vou ter que ter a recuperação de como é que eu vou poder trabalhar. Fazer... é, como é que eu vou fazer para ver como é que eu vou pagar minhas dívidas se eu for aqui parado?*

P1: *Tenho roça, eu caí doente, mas tenho roça. Nós tem terra, do meu pai, que eu trabalhava dentro. E agora, caí doente, agora eu fiquei de mão desatada. Não fiquei... Só Deus mesmo pra me ajudar, mesmo. Primeiramente, só Ele.*

Nas falas podemos observar a questão financeira como uma demanda frequente quando o adoecimento e o próprio tratamento como desencadeadores de um sofrimento diferenciado, não relacionado com o sentimento que a internação desperta no paciente, mas referente a uma demanda de cunho objetivo: a vida financeira. Galter et al. (2010) associam mudanças significativas no estilo de vida do paciente como “perdas”, afirmando que a reabilitação e o processo de retomada da vida após são acompanhados por perda de autonomia, restrição física e ocupacional em atividades de vida diária.

A temática relativa ao retorno ao trabalho é limitada na literatura focada em pacientes cardiopatas no Brasil (Uhlmann, 2017; Uhlmann et al., 2019), no entanto, pesquisas realizadas no exterior apontam que a capacidade funcional, fatores ambientais, bem como aspectos da vida pessoal (fatores psicossociais, idade e ocupação) foram significativos para o retorno ao trabalho (Isaaz et al., 2010; Slebus et al., 2012; Reibis et al., 2019).

Cabe ressaltar que o afastamento precoce do trabalho e interrupção da vida cotidiana são importantes marcadores para a geração de problemas socioemocionais em pacientes cardiopatas (Both et al., 2013), sendo indicada a reabilitação cardíaca para o auxílio e retomada da vida ativa satisfatória e, por conseguinte, o aumento da qualidade de vida, da proteção à saúde e da melhora de aspectos psicológicos envolvidos (Moraes et al., 2005).

Outro aspecto significativo à experiência de paciente após evento cardíaco é a alteração no estilo de vida. Experiências compartilhadas através da seguinte fala:

P1: *Mudou foi muita coisa, mudou pra mim assim, de uma forma, mudou porque eu tô vivo, eu tô vivo, eu tô comendo, mas só que, comendo menos (...) Tem hora que eu fico por ali pensando assim, pensando muito na vida, disse ‘poxa, a que ponto eu cheguei agora’. Mas eu agradeço a Deus por isso. Muita coisa a gente não pode fazer, a gente vê o pessoal comer, vê coisas assim, a gente não pode mais.*

Alterar o estilo de vida implica modificar hábitos pessoais em prol da preservação da saúde e da redução de morbimortalidades cardiovasculares. A mudança no estilo de vida ocorre em relação aos fatores comportamentais modificáveis de maior influência na saúde cardiovascular, como sedentarismo, comportamento nutricional e controle de hábitos e vícios (Albuquerque et al., 2019; Scherer et al., 2011). A realização desta alteração, por vezes, implica na modificação e hábitos típicos do cotidiano do paciente, associados com a rotina já estabelecida deste que podem gerar sofrimento. Na fala do paciente verificamos a implicação da mudança no comportamento alimentar como

geradora de sofrimento, mas sustentada pela motivação e resiliência pessoais do paciente. Gois et al. (2016) atentam que a adaptação de estilo de vida perpassa por motivações tanto objetivas quanto individuais, relacionadas com as experiências e percepções de cada sujeito.

Assim, considera-se a explicitação de duas condições comuns entre os pacientes: “estar adoecido por doença cardiovascular” e “estar internado”. A interlocução entre as duas condições produz vivências singulares, articulando as repercussões que as duas condições atravessam na história de vida de cada paciente e, ao mesmo tempo, vivências e sentimentos que se aproximam em sua expressão, permitindo seu agrupamento em categorias e que suas experiências dialoguem entre si e com achados da literatura. É possível, sob esta lógica de singularidades e similaridades, articular os saberes já estabelecidos sobre a cardiologia, sobretudo o tratamento e a prevenção das condições cardiológicas. No entanto, as experiências e o impacto articulado com a vivência da doença e seu tratamento no sujeito, na pessoa que adocece.

Ao incorporar a hermenêutica na investigação desses fenômenos, permite-se a aproximação com a “verdade” da experiência dos pacientes, sem a premissa da imparcialidade e universalidade das respostas (Campos et. al, 2012; Minayo, 2002), assumindo a interlocução do diálogo não apenas de pesquisador e colaborador, mas psicólogo/membro da equipe de assistência e paciente. A contribuição dessa metodologia permitiu a compreensão de fenômenos complexos da psicologia e articulá-los com os aspectos da saúde cardiovascular, aproximando estas duas áreas a partir da perspectiva dos atores, isto é, dos pacientes que as vivenciam.

Considerações Finais

A representação e o impacto referente ao adoecimento são singulares para cada paciente. As vivências do adoecimento abarcam tanto a repercussão emocional desencadeada pela descoberta da patologia quanto pelo tratamento intrínseco a esta. A análise dos dados emergidos da entrevista aponta para repercussões emocionais e objetivas, indissociáveis entre si, permeadas pela complexidade da subjetividade humana. A relação entre mente-corpo é melhor evidenciada no estudo a partir da influência emocional que o estado de adoecimento físico suscita na regulação emocional, tanto no desenvolvimento de sentimentos de ansiedade e depressão observados nos pacientes, quanto um sofrimento relacionado às mudanças no estilo de vida e limitações no modo de subsistência.

De acordo com os resultados encontrados na pesquisa, as demandas apresentadas pelos pacientes cardiopatas refletem a influência do adoecimento e da hospitalização para demandas de ordem psicológica e demandas de ordem prática,

que refletem preocupações com a manutenção da rotina, subsistência própria e familiar. Tais resultados refletem a existência de demandas externas à internação que emergem na fase de agudização da doença e seu tratamento posterior, assim como atentam para a repercussão da doença após a hospitalização. A abrangência de resultados foi possibilitada devido à variedade de pacientes, os quais tinham condições sociais e de saúde variadas, incluindo pacientes com internações prévias e não excluindo pacientes com doenças pré-existentes.

Considera-se que o uso do método hermenêutico dialético possibilitou a interpretação dos dados obtidos, bem como a aproximação da experiência dos colaboradores a partir de uma reflexão crítica e síntese dos dados que permitiu a categorização conforme a convergência de experiências, destacando as singularidades das vivências particulares na interlocução com a literatura. A realização de pesquisas qualitativas a partir deste método oferecem importante contribuição para a exploração do mundo vivido, sobretudo em pesquisas na saúde, articulando o olhar crítico sobre a teoria aos processos humanos captados via entrevista, com a produção do saber nascida do encontro entre entrevistador e entrevistado.

Por fim, considera-se que pesquisas sobre a temática sejam importantes por considerarem as experiências do paciente cardiopata, reconhecer as demandas que emergem da doença e da internação, considerando o potencial de tais informações para o planejamento do tratamento, acompanhamento psicossocial, a exemplo. Acredita-se que pesquisas que contemplem mais colaboradores podem oferecer mais dados à investigação, bem como se destacam contribuições para investigação e refinamento da delimitação de cardiopatias específicas, como problemas coronarianos ou arrítmicos.

Referências

- Albuquerque, I. V., Brasil, C. A., Lemos, A. Q., Oliveira, F. T., Bilitário, L., & Dias, C. M. (2019). Estilo de vida após sete anos do evento coronariano isquêmico: estudo transversal. *Revista de Pesquisa em Fisioterapia*, 9(1), 67-73. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i1.2247>
- Almeida, M. C. D., Montenegro, C. E. L., Sarteschi, C., Montenegro, G. L., Montenegro, P. B. R., Livera, J. R., & Carvalho, E. M. F. D. (2014). Comparação do perfil clínico-epidemiológico entre homens e mulheres na síndrome coronariana aguda. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 27(6), 423-429.
- Alves, L., & Polanczyk, C. A. (2020). Hospitalização por infarto agudo do miocárdio: Um registro de base populacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 115(5), 916-924. <https://doi.org/10.36660/abc.20190573>

- Amatuzzi, M. M. (2001). *Por uma psicologia humana*. Alínea.
- Antunes, J. (2019). Estresse e doença: o que diz a evidência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(3), 590-603. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200304>
- Assis, L. V., Dornelas, A. S., Fernandes, C., Macêdo, C. V., do Prado, J. P., Chiriano, M., Cunha, M. L., Figueiredo, S. L., Rocha, V. A. & Musse, G. N. (2021). Influência de fatores emocionais no desenvolvimento de doenças cardiovasculares: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Aceso Saúde*, 13(2), 1-7. <https://doi.org/10.25248/reas.e6457.2021>
- Bergmann, A. R., Vilela, L., Scorsolini-Comin, F., & dos Santos, M. A. (2016). A vida por um fio: Percepções sobre o implante de marca-passo cardíaco permanente. *Revista Subjetividades*, 16(1), 131-143. <https://doi.org/10.5020/23590777.16.1.131-143>
- Bergo, M. F., & Prebianchi, H. B. (2018). Aspectos emocionais presentes na vida de pacientes submetidos à amputação: Uma revisão de literatura. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 20(1), 33-46. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60>
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 359-363. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910199500050000>
- Botega, J. N. (2002). *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. Artmed Editora.
- Both, J. E., Badke, M. R., Garcia, G., & Ddine, M. C. (2023). Coração amigo: Uma estratégia para doença arterial coronariana. *Revista Contexto & Saúde*, 11(20), 847-850. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.847-850>
- Campos, D. A., Rodrigues, J., & Moretti-Pires, R. O. (2012). Pesquisa em saúde coletiva como instrumento de transformação social: Uma proposta fundamentada no pensamento hermenêutico-dialético. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 3(4), 14-24.
- Carvalho, I. D., Serra, M. C., & Guimarães Jr., L. M. (2011). Amputação: As indagações do sujeito. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 10(4), 141-143.
- Galter, C., Rodrigues, G. D. C., & Galvão, E. C. F. (2010). A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca. *Journal Health Science Institute*, 28(3), 255-258.
- Godoy, G., de Godoy, M., de Souza, N. L., Alves, M. P., & Souza, J. A. S. (2022). Importância do cuidado psicológico e emocional aos pacientes que sofrem amputação: Uma revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(2), 1148-1155. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4323>
- Gois, R. B., Filho, J. A., & Barreto, R. A. (2016). Mudança de estilo de vida em situações de risco cardiovascular. *Estudos de Psicanálise*, (45), 129-137.
- Gomes, C. M., Capellari, C., Pereira, D. D., Volkart, P. R., Moraes, A. P., Jardim, V., & Bertuol, M. (2016). Estresse e risco cardiovascular: Intervenção multiprofissional de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 351-359. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690219i>
- Gomes, M. H., & Silveira, C. (2012). Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 160-165. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000100020>
- Gomes, R., Souza, E. R. de, Minayo, M. C. de S., Malaquias, J. V., & Silva, C. F. (2005). Organização, processamento, análise e interpretação de dados: O desafio da triangulação. In M. C. Minayo, S. G. de Assis, & E. R. de Souza (Eds.), *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais* (pp. 185 -222). Editora Fiocruz.
- Humes, E. C., Vieira, M. E., & Fráguas Jr., R. (2016). *Psiquiatria Interdisciplinar*. Manole.
- Isaaz, K., Coudrot, M., Sabry, M. H., Cerisier, A., Lemaud, M., Robin, C., & Gerenton, C. (2010). Return to work after acute ST-segment elevation myocardial infarction in the modern era of reperfusion by direct percutaneous coronary intervention. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 103(5), 310-316. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2010.04.007>
- Junqueira, L., & Pina, M. (2017). A psicologia cardíaca e a intervenção mente-corção: Novos paradigmas para a prevenção das enfermidades cardíacas e o tratamento psicológico de pacientes cardíacos. *Psychiatry Online Brasil*, 22(3), 1- 8.
- Lima, P. (2014). *Rastreamento de transtornos psiquiátricos em pacientes ambulatoriais atendidos em um hospital oncológico* [Dissertação de mestrado, Hospital do câncer de Barretos]. Repositório Hospital de Câncer de Barretos. https://iep.hospitaldeamor.com.br/wp-content/uploads/2021/03/MANUELA-POLIDORO-LIMA_ME.pdf

- Melo, B. G. de., Silva, A. E., Lopes, M. T., Silva, L. G. da., & Santos, R. M. dos. (2019). Prevalência de sintomas depressivos em pacientes de serviços ambulatoriais de clínica médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(4), 215–220. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000249>
- Minayo, M. C. de S. (2002). Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In M. C. de S. Minayo (Eds.), *Caminhos do pensamento: Epistemologia e método* (pp. 85 - 112). Editora Fiocruz.
- Minayo, M. C., Assis, S. G., & Souza, E. R. (2005). *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais* (20ª ed.). Editora Fiocruz.
- Minayo, M. C. (2005). Introdução: Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In M. C. Minayo, S. G. de Assis, & E. R. de Souza (Eds.), *Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais* (pp. 19 - 52). Editora Fiocruz.
- Moraes, R. S., Nóbrega, A. D., Castro, R. D., Negrão, C. E., Stein, R., & Serra, S. M. (2005). Diretriz de reabilitação cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84(5), 431-440.
- Moré, C. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3(1), 126-131.
- Nascimento, M. C., Andrade, A., Silva, O. M., & Nascimento, J. F. (2008). Estresse laboral e gênero enquanto fatores associados ao risco de doenças cardiovasculares. *Salusvita (Bauru)*, 27(3), 383-397.
- Oliveira, M. F. (2008). Aspectos emergentes da psicologia em cardiologia no terceiro milênio. In C. P. Almeida, & A. L. Ribeiro (Eds.), *Psicologia em cardiologia: Novas tendências* (pp. 7-10). Alínea
- Padilha, R. V., & Kristensen, C. H. (2006). Estudo exploratório sobre medo e ansiedade em pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco. *Psico*, 37(3), 233- 240.
- Reibis, R., Wieder, M. L., Pretsch, P., et al. (2019). The importance of return to work: How to achieve optimal reintegration in ACS patients. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(13), 1358-1369. <https://doi.org/10.1177/2047487319839263>
- Romano, B. W. (2001). *Psicologia e Cardiologia: Encontros possíveis*. Casa do Psicólogo.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., &
- Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11,119 cases and 13,648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 953-962. [10.1016/S0140-6736\(04\)17019-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17019-0)
- Sabino, S. M., Torquato, R. M., & Pardini, A. C. G. (2013). Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores. *Acta Fisiátrica*, 20(4), 224–228. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130037>
- Sales, L. M. R., Leite, R. F. B., Coura, A. S., & Muniz, C. M. C. (2012). Repercussões psicossociais da amputação: Concepções de pessoas que as vivenciam. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 4(4), 315-32.
- Seren, R., & Tilio, R. (2014). As vivências do luto e seus estágios em pessoas amputadas. *Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 15(1), 64-78.
- Silva, S. E., Padilha, M. I., Rodrigues, I. L., Vaconcelos, E. V., Santos, L. M., Souza, R. F., & Conceição, V. M. (2010). Meu corpo dependente: Representações sociais de pacientes diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 404-409. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300009>
- Silva, L. A. (2023). *Prevalência contemporânea de fatores de risco cardiovascular em pacientes admitidos com infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST* [Trabalho de Conclusão de Curso, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública]. Repositório Institucional da Escola Bahiana de Medicina. <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/7012>
- Silva, M. V., Alves, B. V., Sales, M. S., Filho, C. A., Oliveira, A. S., de Barros, G. L., & Bernardino, A. O. (2022). Caracterização do perfil epidemiológico da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil: Um estudo descritivo. *Enfermagem Brasil*, 21(2), 154-165. <https://doi.org/10.33233/eb.v21i2.5030>
- Simonetti, A. (2019). *Manual de Psicologia Hospitalar*. Casa do Psicólogo.
- Scherer, C., Stumm, E. M., Loro, M. M., & Kirchner, R. M. (2011). O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Revista Eletrônica*, 13(2), 296 - 305. <https://doi.org/10.5216/ree.v13i2.8534>

Slebus, F. G., Jorstad, H. T., Peters, R. J., Kuijer, P. P., Willems, J. H., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. (2012). Return to work after an acute coronary syndrome: Patients' perspective. *Safety and Health at Work*, 3(2), 117-122. <https://doi.org/10.5491/SHAW.2012.3.2.117>

Taquette, S. R. (2016). Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde [Minicurso apresentado em Congresso]. Congresso Ibero Americano de Investigação Qualitativa, Porto, Portugal.

Uhlmann, D. B., Alexandre, N. M., Rodrigues, R. C., & São-João, T. M. (2019). Retorno ao trabalho de pacientes com síndrome coronariana aguda. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44(1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000019518>

Uhlmann, D. B. (2017). *Retorno ao trabalho de pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA)* [Tese de doutorado, Universidade de Campinas]. Repositório da Universidade Estadual de Campinas.

Ana Maria Campos da Rocha - Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará, especialista em atenção especializada em cardiologia, anamaria.camposdarocha@gmail.com

José de Arimatéia da Costa Reis - Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Pará, preceptor do programa de atenção à saúde cardiovascular do FPEHCGV.

Data de submissão: 17/04/2024

Primeira decisão editorial: 04/07/2024

Aceite para publicação: 26/07/2024