

ASPECTOS PSICOLÓGICOS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EVIDENCIADOS EM PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES

**PSYCHOLOGICAL ASPECTS AND COPING STRATEGIES EVIDENCED IN PATIENTS
WITH CARDIOVASCULAR DISEASES**

NASCIMENTO, Karllos Hoberty Alves¹
SANTOS, Roniery Correia²
ALMEIDA, Isadora Lobo de³

1 - Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago. E-mail de contato: hobertyalves93@gmail.com

2 - Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago.

3 - Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago.

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) fazem parte de grupo de doenças crônicas e apresentam alto índice de mortalidade. Deste modo, representam grande demanda aos serviços hospitalares, contribuindo para um número alto de internações. Apesar dos grandes avanços tecnológicos e do conhecimento clínico, os aspectos psicológicos ainda são pouco conhecidos.

Objetivo: A presente pesquisa tem como objetivo verificar a prevalência de alterações psicológicas entre pacientes com DCV em tratamento ambulatorial. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo-quantitativo. Foram aplicados um questionário sociodemográfico, o Inventário Breve de Sintomas (BSI), o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e a Escala Brief Cope. A coleta de dados ocorreu entre o período de março a abril de 2022, exclusivamente no ambulatório do Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdomiro Cruz. As variáveis sociodemográficas e clínicas foram analisadas por estatística descritiva – frequência absoluta e relativa, média, mediana e desvio padrão (DP). **Resultados:** O estudo revelou uma prevalência de sintomas psicológicos entre pacientes com doenças cardiovasculares em tratamento ambulatorial. **Conclusão:** Os principais sintomas psicológicos evidenciados foram psicotismo, ansiedade e depressão e as principais estratégias de coping foram suporte instrumental, suporte emocional e religiosidade.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Estresse Psicológico; Adaptação Psicológica.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases (CVD) are part of a group of chronic diseases and have a high mortality rate. Thus, they represent a great demand for hospital services, representing a high number of hospitalizations. Despite the great technological advances and clinical knowledge, the psychological aspects are still little known. **Objective:** This research aims to verify the prevalence of psychological changes among patients with CVD undergoing outpatient treatment. **Methodology:** This is a descriptive-quantitative cross-sectional study. A sociodemographic questionnaire, the Brief Symptom Inventory (BSI), the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Brief Cope Scale were applied. Data collection took place between March and April 2022, exclusively at the outpatient clinic of the Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdomiro Cruz. Sociodemographic and clinical variables were accompanied by descriptive statistics – absolute and relative frequency, mean, median and standard deviation (SD). **Results:** The study revealed a prevalence of psychological alterations among patients with cardiovascular diseases in outpatient treatment. **Conclusion:** The main psychological symptoms evidenced were psychoticism, anxiety and depression and the main coping strategies were instrumental support, emotional support and religiosity.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Estresse Psicológico; Adaptação Psicológica.

INTRODUÇÃO

As chamadas doenças cardiovasculares (DCVs) são caracterizadas como distúrbios do coração e do sistema de vasos sanguíneos, incluindo acidente vascular encefálico (AVE) e doença arterial coronariana (DAC)¹. Podem ser ocasionadas por uma combinação de fatores de risco socioeconômicos, comportamentais e ambientais, incluindo hipertensão, dieta pouco saudável, colesterol alto, diabetes, poluição do ar, obesidade, uso de tabaco, doença renal, sedentarismo, uso prejudicial de álcool e estresse².

As modificações no estilo de vida e o controle dos fatores de risco modificáveis, ou seja, aqueles sobre os quais podem atuar o paciente e a equipe de saúde, como dislipidemias, obesidade, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, entre outros, são considerados a base do tratamento e controle das

DCVs e demandam ações multidisciplinares em todos os níveis de atenção à saúde, prioritariamente na atenção básica³.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴ as DCVs são as principais causas de morte em todo o mundo. Estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares em 2019, representando 32% de todas as mortes globais. Cerca de 45% de todas as mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no mundo, mais de 17 milhões, são causadas por DCVs. O mesmo ocorre no Brasil, onde 72% das mortes resultam de DCNT, sendo 30% devidas às DCVs, 16% a neoplasias e 6% a doenças respiratórias⁵.

O impacto socioeconômico das doenças crônicas é crescente, sendo considerado um problema para a saúde pública mundial. Além das mortes prematuras, as DCNT são responsáveis por incapacidade laboral, redução das rendas familiares e redução da produtividade⁶. No Brasil, as DCVs foram responsáveis pelos gastos diretos mais substanciais com hospitalização e pelos custos indiretos por redução da produtividade devido à ausência do trabalho. As DCVs e suas complicações resultaram em um gasto de US\$ 4,18 bilhões na economia brasileira entre 2006 e 2015⁵.

A promoção da saúde ressalta o equilíbrio entre saúde e bem-estar físico, psíquico e social. O conceito de saúde foi ampliado devido à incorporação de questões como fatores psicossociais (socioeconômicos, ambientais e comportamentais) que atuam sobre a saúde individual e coletiva. O bem-estar psicossocial do indivíduo pode ser desafiado pela doença física, ao mesmo tempo, que as aptidões em mobilizar fontes psicológicas internas e sociais podem ter diferentes implicações para o sucesso da sua capacidade de lidar com o adoecimento¹.

Os impactos macrossociais causados pelo diagnóstico de uma doença crônica são inúmeros. No entanto, em relação ao âmbito microssocial, os pacientes, a partir desse diagnóstico, precisam não apenas se ajustar às mudanças comportamentais imediatas que cada tratamento exige, mas também lidar com os aspectos emocionais e sociais que perpassam e influem em todo o processo de adaptação. Sobre esse aspecto, sabe-se que demandas psicológicas como estresse, depressão e ansiedade são comuns e recorrentes em pacientes doentes crônicos e em seus familiares ou principais cuidadores⁷.

Diante desse contexto, destaca-se, então, a relevância do papel e da atuação dos profissionais da saúde, especialmente do psicólogo, que assistem esses pacientes nos mais diferentes contextos de saúde, seja dentro das unidades básicas de saúde e hospitais, seja dentro das organizações ou instituições⁷. No campo da psicologia da saúde, tem-se procurado conhecer e investigar não só os fatores de risco ou aqueles associados à progressão de doenças, mas também os fatores de proteção e os comportamentos preditores de saúde voltados à manutenção, e promoção de saúde e à prevenção de doenças, além de tratar, reabilitar e paliar as consequências dessas doenças em pacientes já acometidos¹.

Relativamente às estratégias de enfrentamento (*coping*), pode ser definido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelas pessoas para lidar com as exigências internas e externas da relação entre o indivíduo e o ambiente. Essas estratégias estão relacionadas com a saúde mental, uma vez que podem moderar o impacto das adversidades ao longo da vida, além de aumentar os níveis de bem-estar psicológico e reduzir o sofrimento^{1, 8, 9}.

O grande objetivo da área da saúde é constatar de que forma se poderá melhorar a capacidade dos adoecidos e seus familiares enfrentarem eficazmente as fontes de estresse com que se confrontam. Conhecendo-se as estratégias de *coping*, seu efeito sobre o indivíduo e relacionando-as ao contexto, torna-se possível levantar os recursos internos e/ou externos disponíveis e melhorar as habilidades do indivíduo para melhor enfrentamento das situações, considerando tanto a doença como suas necessidades pessoais^{10, 11}.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo-quantitativo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdomiro Cruz (HUGO), sob CAAE de nº 53366521.1.0000.0033, junto à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás através do Ofício de nº 17642/2022. Os procedimentos estavam de acordo com a Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹².

A amostra, por conveniência, foi composta por 17 pacientes com síndromes cardiovasculares em acompanhamento pelo ambulatório de cardiologia do HUGO. Os critérios de inclusão foram pacientes com síndromes cardiovasculares em tratamento pelo ambulatório de cardiologia, de ambos os性os, com idades acima de 18 anos. Os critérios de exclusão foram pacientes que não se encontravam em condições físicas ou clínicas de compreender comando verbal ou que apresentavam problemas mentais e de linguagem, implicando em dificuldade de comunicação entre pesquisador e participantes.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram necessários o uso dos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, com questões de múltiplas escolhas e única resposta sobre sexo, idade, diagnóstico, cor/raça, estado civil, religião, escolaridade, ocupação, unidade federativa e dados clínicos; Inventário Breve de Sintomas (BSI)¹³, que é um instrumento de autorrelato, possui 53 itens organizados em 9 dimensões (Somatização, Obsessivo-Compulsivo, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo); Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)¹⁴, instrumento composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da depressão; Escala *Brief Cope*¹¹ cujo objetivo é avaliar pensamentos e comportamentos que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. A escala pode determinar os estilos de enfrentamento primários de alguém com pontuações nas seguintes subescalas: Auto-distração; Coping Ativo; Negação; Uso de Substâncias; Suporte Emocional; Suporte Instrumental; Desinvestimento Comportamental; Desabafo; Reinterpretação Positiva; Planejamento; Humor; Aceitação; Religiosidade e; Auto-culpabilização.

A coleta de dados ocorreu entre o período de março a abril de 2022. A amostra foi submetida a uma sistematização de busca ativa diária através do prontuário eletrônico. Os questionários foram aplicados individualmente, por um único examinador, que seguiu as instruções padronizadas, conforme a versão original do instrumento. Os participantes foram informados sobre a finalidade da avaliação e orientados sobre como responder o instrumento. Cada encontro teve uma duração de 30 a 45 minutos.

A caracterização do perfil demográfico e clínico dos pacientes foi realizada por meio de frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. A comparação dos escores do BDI-II, BSI e *Brief Cope* com o perfil dos pacientes foi feita utilizando os testes t de *Student* e Análise da Variância (ANOVA) seguido do teste de *Tukey*. A relação entre os instrumentos foi testada por meio da análise de Correlação de *Pearson*. Os dados foram analisados com o auxílio do *Statistical Package for Social Science*, (IBM Corporation, Armonk, USA) versão 26,0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A distribuição por diagnóstico, sexo, faixa etária, cor da pele, estado civil, ocupação, escolaridade, religião, procedência e uso de substâncias químicas encontra-se na tabela a seguir (Tabela 1). Os instrumentos de pesquisa foram aplicados a um total de 17 sujeitos. Como a amostra calculada foi de 100 sujeitos, ocorreu uma perda amostral de 83% ($n = 83$). Este número se deve a dificultadores ambiental (acesso a um espaço físico, mobília e impedimento de outras especialidades para acessar o paciente), amostral (pacientes com baixa escolaridade e que apresentavam limitada compreensão dos instrumentos de pesquisa) e temporal (tempo de coleta de dados estipulado pelo pesquisador).

Não se observou diferenças estatisticamente significativa no que diz respeito ao diagnóstico, faixa etária, estado civil, ocupação religião, escolaridade e procedência. Contudo, vale ressaltar que os resultados revelam uma predominância amostral de pessoas da cor parda em 52,9% ($n = 9$). Além do mais, os dados clínicos dos pacientes sinalizam que 23,5% ($n = 4$) fazem uso de cigarro, 47,1% ($n = 8$) fazem uso de álcool e 29,4% ($n = 5$) fazem uso contínuo de ansiolíticos e antidepressivos.

Tabela 1 - Caracterização do perfil demográfico e dados clínicos ($n = 17$).

	n	%
Diagnóstico		
Arritmia	4	23.5
Cardiomiopatia	2	11.8
Infarto	3	17.6
Insuficiência Cardíaca	2	11.8
Outros	6	35.3

Sexo

Feminino	9	52.9
Masculino	8	47.1

Faixa Etária

18 a 28 anos	3	17.6
29 a 39 anos	2	11.8
40 a 50 anos	1	5.9
51 a 61 anos	4	23.5
62 a 72 anos	5	29.4
Acima de 73 anos	2	11.8

Cor da pele

Branca	4	23.5
Negra	4	23.5
Parda	9	52.9

Estado civil

Casado	7	41.2
Solteiro	6	35.3
Viúvo	4	23.5

Ocupação

Aposentado	5	29.4
Autônomo	2	11.8
Desempregado	3	17.6
Do Lar	2	11.8
Empregado	5	29.4

Escolaridade

Ensino Fundamental	10	58.8
Ensino Médio	7	41.2

Religião

Sem Religião	3	17.6
Católica	7	41.2
Evangélica	7	41.2

Procedência

Capital	7	41.2
Interior do Estado	5	29.4
Outro Estado	5	29.4

Uso de cigarro

Sim	4	23.5
-----	---	------

Uso de álcool

Sim	4	23.5
-----	---	------

Uso de outras drogas

Sim	2	11.8
-----	---	------

Uso de ansiolítico

Sim	5	29,4
-----	---	------

Uso de antidepressivo

Sim	5	29,4
-----	---	------

n, frequência absoluta; %, frequência relativa

Observa-se na Tabela 2 os resultados encontrados referentes aos padrões de sintomas psicológicos. A análise estatística descritiva dos escores dos instrumentos de pesquisa indicam uma forte prevalência de alterações psicológicas entre pacientes. O escore médio do BDI-II foi de 19,82, representando uma classificação de moderadamente deprimida.

O escore médio do índice de sintomas positivos de distresse do BSI foi de 59,88, correspondendo a uma classificação média. A média do índice de gravidade global dos participantes foi de 65,76, refletindo uma classificação alta. É possível averiguar que todos os sintomas psicológicos se encontram presente de maneira preponderante, principalmente psicoticismo, ansiedade e depressão.

Os resultados encontrados também indicam que os estilos de enfrentamento utilizados pelos participantes com maior frequência foram suporte instrumental, suporte emocional, religiosidade e planejamento.

Tabela 2. Estatísticas descritivas dos escores do BDI-II, BSI e a Escala *Brief Cope* (n = 17).

	Média ± DP
BDI-II	
Escore Total	19,82 ± 7,92
BSI	
Somatização	58,65 ± 15,80
Obsessivo-Compulsivo	58,00 ± 10,99
Sensibilidade Interpessoal	57,47 ± 9,91
Depressão	64,00 ± 10,89
Ansiedade	67,18 ± 12,65
Hostilidade	54,76 ± 12,41
Ansiedade Fóbica	57,18 ± 9,63
Ideação Paranoide	55,12 ± 12,08
Psicoticismo	67,41 ± 10,43
Índice de Gravidade Global	65,76 ± 9,56
Índice de Sintomas Positivos de Distresse	59,88 ± 7,83
Total de Sintomas Positivos	64,47 ± 9,55

COPE Breve

Auto-distração	2,97 ± 0,89
Coping ativo	3,06 ± 0,75
Negação	2,41 ± 1,03
Uso de substâncias	2,41 ± 1,24
Suporte emocional	3,29 ± 1,00
Suporte instrumental	3,59 ± 0,83
Desinvestimento comportamental	1,44 ± 0,53
Desabafo	2,50 ± 1,29
Reinterpretação positiva	2,76 ± 0,92
Planejamento	3,09 ± 0,73
Humor	1,44 ± 0,86
Aceitação	2,21 ± 0,88
Religiosidade	3,21 ± 1,08
Auto-culpabilização	2,12 ± 1,04
DP, desvio padrão	

A Tabela 3 exibe o resultado da análise de correlação entre o BDI-II com o BSI e Escala *Brief Cope*. Os dados indicam uma correlação positiva em relação ao grau elevado de sintomas psicológicos e o uso de substâncias ($p < 0.01$). Além do mais, os resultados sugerem uma correlação negativa entre os padrões de sintomas psicológicos e a estratégia de enfrentamento aceitação ($p = 0.02$).

Tabela 3. Resultado da análise de correlação entre o BDI-II com o BSI e a Escala *Brief Cope*.

		BDI-II
	<i>r</i>	<i>p</i>
BSI		
Somatização	0.05	0.84
Obsessivo-Compulsivo	0.14	0.60
Sensibilidade Interpessoal	0.50	0.04
Depressão	0.82	0.00
Ansiedade	0.28	0.27
Hostilidade	0.23	0.37
Ansiedade Fóbica	0.15	0.57
Ideação Paranoide	0.32	0.20
Psicotismo	0.66	0.00
Índice de Gravidade Global	0.61	0.01
Índice de Sintomas Positivos de Distresse	0.43	0.09
Total de Sintomas Positivos	0.57	0.02
COPE Breve		
Auto-distração	0.27	0.30

Coping ativo	0.30	0.24
Negação	0.14	0.60
Uso de substâncias	0.70	<0.01
Suporte emocional	0.28	0.28
Suporte instrumental	0.24	0.34
Desinvestimento comportamental	-0.19	0.46
Desabafo	-0.02	0.95
Reinterpretação positiva	-0.05	0.85
Planejamento	0.10	0.71
Humor	-0.04	0.88
Aceitação	-0.56	0.02
Religiosidade	-0.13	0.61
Auto-culpabilização	0.20	0.43

r, correlação de Pearson

DISCUSSÃO

O presente estudo revelou uma prevalência de alterações psicológicas entre pacientes com doenças cardiovasculares em tratamento ambulatorial. Os principais sintomas psicológicos evidenciados foram psicoticismo, ansiedade e depressão. O quadro de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) caracteriza-se pela presença de sintomas ansiosos excessivos, na maior parte dos dias, por vários meses. A pessoa vive angustiada, tensa, preocupada, permanentemente nervosa ou irritada. São frequentes sintomas como insônia, dificuldade em relaxar, angústia constante, irritabilidade aumentada e dificuldade em concentrar-se¹⁵.

Em contrapartida, os quadros depressivos caracterizam-se, do ponto de vista psicopatológico, pela presença de humor triste e, na esfera volitiva, o desânimo. Também podem estar presentes, em formas graves de depressão, sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações) e alteração psicomotora¹⁵.

A prevalência de depressão em pacientes com DCV é o dobro da população em geral. No Brasil, a prevalência da depressão é de aproximadamente 5,8% a 17% da população contra 4,4% da população mundial^{3, 6}. A depressão não é apenas um efeito tardio do diagnóstico de doença cardíaca; pelo contrário, ela é um fator de risco independente, que provavelmente tem causas genéticas e ambientais¹. Contudo, a depressão permanece uma condição subdiagnosticada e pouco tratada em muitas pessoas com doenças cardiovasculares¹.

Karatas et al¹⁶ conduziram um estudo de caso-controle com a finalidade de averiguar a relação entre ansiedade, depressão e distúrbios psicológicos gerais e fluxo coronário lento (FCL). Para tanto, participaram 44 pacientes com FCL (grupo experimental) e 50 pacientes com fluxo coronariano normal (grupo controle). O principal achado do estudo foi que os pacientes com FCL apresentaram níveis significativamente mais elevados de depressão, ansiedade e desconforto psicológico geral que os pacientes com fluxo coronariano normal.

Com o objetivo de compreender os significados atribuídos à doença cardíaca por pacientes pré-cirúrgicos em acompanhamento ambulatorial, Wotrich et al¹⁷ concluíram que, para os participantes, a doença cardíaca era representada pela impossibilidade de desempenho de uma vida normal. Os autores evidenciaram na fala dos pacientes extrema impotência e de desapropriação de seu próprio corpo, podendo gerar um processo de despersonalização.

A prática assistencial psicológica no âmbito da cardiologia é ampla e diversificada, estendendo-se desde o *screening* dos fatores de risco psicossociais ao apoio emocional relacionado ao diagnóstico, procedimentos cirúrgicos e tratamento, aconselhamento para o engajamento com o tratamento (adesão) ou o auxílio na modificação de comportamentos de riscos associados ao problema de saúde cardiovascular⁷.

O psicólogo, com sua escuta atenta e um protocolo de atendimento emocional que conte com esses fatores de risco emocionais e psicossociais, pode atuar de forma preventiva e evitar maiores prejuízos emocionais e clínicos ao paciente ou minimizá-los, realizando, assim, um processo de atenção psicossocial completo e focado nos temas relevantes para pacientes que apresentam distúrbios cardiovasculares⁷.

Segundo os dados da pesquisa, a prevalência de doenças cardiovasculares também varia entre os grupos raciais e étnicos. Os resultados revelaram uma predominância de 52,9% (n = 9) em pessoas da cor parda. Para Straub¹, fatores econômicos podem contribuir para essas diferenças. Pessoas com baixo status socioeconômico tendem a apresentar mais fatores de risco para doenças cardiovasculares, incluindo dietas com alto teor de gordura, tabagismo e experiências estressantes.

Os dados clínicos dos pacientes sinalizaram, também, uma correspondência significativa entre o uso de cigarro e álcool e DCVs. De acordo com Straub¹, o hábito de fumar mais que duplica as chances de ataque cardíaco e está ligado a 1 em cada 5 mortes decorrentes de doença coronariana. Os fumantes têm duas vezes o risco de um AVE e menos probabilidade de sobreviver a um infarto do miocárdio do que os não fumantes.

Um grande estudo realizado por Yusuf et al¹⁸, o INTERHEART, procurou avaliar a importância, a força de associação e a variabilidade (nas regiões geográficas, por origem étnica, sexo ou idade) dos fatores de risco para o desenvolvimento das DCVs em diferentes continentes. Foram examinados nove fatores de risco relacionados ao primeiro Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), assim como para outras doenças cardíacas, a saber: tabagismo, hipertensão, lipídios, diabetes, obesidade, dieta, atividade física, consumo de álcool e fatores psicossociais. Os dados foram obtidos a partir de 12.461 mil pessoas com o diagnóstico de IAM e 14.637 indivíduos sem o diagnóstico, selecionados em 52 países diferentes. A pesquisa mostrou que hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo e fatores psicossociais se destacaram como os fatores de risco mais importantes em todas as regiões investigadas.

Os resultados indicaram também que as principais estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes da pesquisa foram suporte instrumental (procurar ajuda, informações ou conselhos sobre o que fazer), suporte emocional (conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém) e religiosidade (aumento de participação em atividades religiosas). O contexto hospitalar tem características particulares e abrange várias situações-limite como vida/morte, saúde/doença que acabam influenciando no bem-estar do paciente, podendo gerar estresse e adoecimento¹⁹.

Assim, comprehende-se que a saúde do paciente tem grande influência nas formas de relacionamento que esse irá estabelecer na instituição e com a equipe de profissionais. Portanto, identificar eventos estressores e formas de enfrentamento destes que geram sintomas físicos e psicológicos, é de grande importância para compreender a forma com que esses pacientes lidam com situações adversas e como isso reflete em sua saúde^{11, 19}.

CONCLUSÃO

O presente estudo revelou uma prevalência de alterações psicológicas entre pacientes com DCVs em tratamento ambulatorial. Neste contexto, os profissionais de saúde se deparam com um importante trabalho: o de promover acesso e melhorias nos cuidados de saúde mental. Apesar do conhecimento consolidado, os avanços no desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e intervenção que amortecam o impacto do estresse e de outros fatores de risco psicossociais para as DCVs ainda são escassos. A avaliação contínua desses indicadores de risco, associada à avaliação dos benefícios da intervenção psicológica nesse contexto, devem ser objetivos prioritários para a pesquisa no âmbito da psicologia e da cardiologia.

A prática de uma assistência psicológica fundamentada no conhecimento científico e em pesquisas clínicas facilita o desenvolvimento de protocolos adequados a cada processo de saúde-doença e favorece uma assistência mais integral e humanizada, o que possibilita a otimização tanto do tratamento das doenças cardiovasculares como das ações de prevenção e promoção de saúde à população.

Por fim, vale ressaltar que o instrumento BSI foi projetado para refletir o estado de sintomas psicológicos de pacientes psiquiátricos e pacientes gerais, porém carece de estudos voltados para amostras normativas brasileiras. Levando em consideração a versatilidade e fidedignidade do instrumento, é fundamental o desenvolvimento de novas pesquisas com uma amostra caracteristicamente brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Straub RO. Psicologia da Saúde. 3a ed. Porto Alegre: Artmed. 2014.
2. Gaziano T. Fundamentos da doença cardiovascular. In: MANN, D. Braunwald – Tratado de doenças cardiovasculares. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
3. Freire AK da S, Costa Alves NC, Pinto Santiago EJ, Tavares AS, Teixeira D da S, Carvalho IA, Pimentel de Melo MC, Negro-Dellacqua M. Panorama no Brasil das doenças cardiovasculares dos últimos quatorze anos na perspectiva da promoção à saúde. SAÚDE [Internet]. 23º de abril de 2018

[citado 12º de fevereiro de 2023];11(9). Disponível em:
<https://www.revistasuninter.com/revistasaudade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/704>.

4. World Health Organization. Cardiovascular Diseases (CVDs) [Internet]. who.int. World Health Organization: WHO; 2021. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
5. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo A, Nascimento BR, Malta DC, Souza MFM, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2020;115(3):308-439.
6. Siqueira A de SE, Siqueira-Filho AG de, Land MGP. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2017Jul;109(Arq. Bras. Cardiol., 2017 109(1)). Disponível em:
<https://doi.org/10.5935/abc.20170068>.
7. Hutz CS. Avaliação Psicológica nos Contextos de Saúde Hospitalar. Porto Alegre: Artmed, 2019.
8. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
9. Dias EN, Pais-Ribeiro JL. O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. Revista Psicologia e Saúde. 2019 Jul 17;11(2):55.
10. Umann J, Guido L de A, Linch GF da C. Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca - doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9i1.10531. Ciência, Cuidado e Saúde [Internet]. 2010 Jul 1 [Acesso em 3 ago 2022];9(1):67–73. Disponível em:
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10531/5738>.
11. Brasileiro SV. Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do COPE breve em uma amostra brasileira. repositoriobcuufgbr [Internet]. 2012 Mar 30 [Acesso em 10 fev 2022]; Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3351>.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União 24 maio 2016 [Acesso em 21 jan 2022]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.htm.
13. Derogatis LR. Inventário Breve de Sintomas (BSI): manual de aplicação e correção. São Paulo: Pearson, 2019.
14. Gorensteing C, Pang WY, Argimon IIL, & Werlang BSG. Inventário de Depressão de Beck II. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2011.
15. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

16. Karatas MB, Sahan E, Özcan KS, Çanga Y, Güngör B, Onuk T, et al. Anxiety, Depression, and General Psychological Distress in Patients with Coronary Slow Flow. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet]. 2015 [acesso em 5 nov 2021]; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/9DRYYgqCMRpS7LRxTFczLxR/?format=pdf&lang=pt.\.>.
17. Wotrich SH, Quintana AM, Camargo VP, Beck CLC. “Manifestos do Coração”: Significados Atribuídos à Doença por Pacientes Cardíacos Pré-cirúrgicos. Psic: Teor e Pesq [Internet]. 2015Apr;31(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-37722015021127213219>.
18. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. The Lancet. 2004 Sep;364(9438):937–52.
19. Pacheco A, Maturana M, Valle TM do. 2 estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. 2014 [acesso em 10 nov 2022 2023];12(2):2–23. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v12n2/12n2a02.pdf>.