

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
JÚLIO DE MESQUITA FILHO
Programa de Pós-graduação em Psicologia do
Desenvolvimento e Aprendizagem**

MAITHÊ CRISTINA ULIANA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E EXPERIÊNCIA PESSOAL DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA ELETIVA DE REVASCULARIZAÇÃO DO
MIOCÁRDIO**

**BAURU
2016**

MAITHÊ CRISTINA ULIANA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E EXPERIÊNCIA PESSOAL DE PACIENTES
SUBMETIDOS À CIRURGIA ELETIVA DE REVASCULARIZAÇÃO DO
MIOCÁRDIO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob a orientação da Prof^a Dr^a Carmen Maria Bueno Neme.

**BAURU
2016**

Uliana, Maithê Cristina.

Sintomas depressivos e experiência pessoal de
pacientes submetidos à cirurgia eletiva de
revascularização do miocárdio / Maithê Cristina
Uliana, 2016

130 f.

Orientador: Carmen Maria Bueno Neme

Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2016

1. Sintomas depressivos. 2. Experiência pessoal.
3. Cirurgia de revascularização do miocárdio. I.
Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências.
II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru

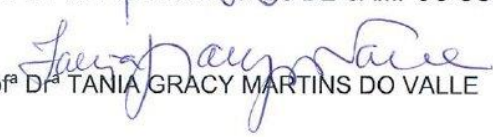


ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE MAITHÊ CRISTINA ULIANA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS.

Aos 26 dias do mês de fevereiro do ano de 2016, às 14:00 horas, no(a) Sala 4 da Pós-graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profª Drª CARMEN MARIA BUENO NEME do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profª Drª ANA CELINA PIRES DE CAMPOS GUIMARÃES do(a) Departamento de Humanas / Universidade do Sagrado Coração, Profª Drª TANIA GRACY MARTINS DO VALLE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de MAITHÊ CRISTINA ULIANA, intitulada **Sintomas depressivos e experiência pessoal de pacientes submetidos à cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA _____. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profª Drª CARMEN MARIA BUENO NEME


Profª Drª ANA CELINA PIRES DE CAMPOS GUIMARÃES


Profª Drª TANIA GRACY MARTINS DO VALLE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida e amada mãe, pela vida, amor e apoio incondicionais de sempre. Por ter sempre acreditado em mim, e por ter semeado sentimentos de fé e esperança nos estudos, no outro, na humanidade, na vida. Pelas lutas e conquistas que sempre dedicarei a você, mãe!

Ao meu querido e amado pai, pelo incentivo aos estudos, por apoiar incondicionalmente meus sonhos e projetos, por ser meu exemplo na vida e de vida, pelas palavras oportunas nas horas de necessidade. Sobretudo, por ter me ensinado a sempre ouvir e a compreender que cada um dá aquilo que pode dar. Obrigada, pai!

Ao meu querido e amado irmão por ser meu melhor amigo, presente desde sempre e para todo sempre em minha vida. Por ser meu porto seguro desde quando eu me entendia por gente, por me cativar a seguir seus passos, me inspirando por meio dos melhores exemplos, a lutar, a enfrentar as dificuldades e a não desistir. Por criar em mim senso de responsabilidade e amor aos estudos. Que consegue estar presente todos os dias em meus pensamentos, inspirando-me, e ensinando por meio das lembranças mais tenras valiosas lições que sempre guardarei dentro do meu coração! A você, minha eterna gratidão, irmão!

AGRADECIMENTOS

À Deus, enquanto força criadora, por inspirar minhas escolhas e me intuir em minha vocação, ajudando-me a compreender o sentido desta profissão.

À UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” campus de Bauru e aos professores do curso de Psicologia da graduação, por terem fortalecido em mim a disciplina e amor aos estudos.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, por terem possibilitado meu retorno à vida acadêmica, acreditando nas minhas possibilidades enquanto pesquisadora.

À Professora Dr^a Adjunta Carmen Maria Bueno Neme, a querida e respeitada ‘Pilé’. Obrigada pelo seu constante ensinar acadêmico e profissional, e que eu consiga estar sempre pronta para ouvir e aprender!

À querida Professora Dr^a Tânia Gracy Martins do Valle, que desde os tempos da graduação e supervisões do Estágio de Brinquedoteca me inspirou, e guiou meus passos na área da Psicologia Hospitalar. Obrigada, também, por aceitar prontamente o convite e oferecer grande contribuição na qualificação e na defesa deste trabalho.

Ao Hospital de Base de Bauru por me ensinar valiosas lições nos campos profissional e pessoal, contribuindo para me transformar em um ser humano melhor. E que, apesar das dificuldades, se configura como importante campo de pesquisa.

À equipe de saúde da Unidade de Cardiologia do Hospital de Base de Bauru pelas trocas constantes de aprendizado, pelo respeito e confiança mútuos, e pela união em nome de um propósito maior: o bem estar físico e psíquico do paciente.

Aos pacientes, pelo respeito e confiança no meu trabalho enquanto psicóloga e pesquisadora, e por aceitarem participar desta pesquisa.

À Equipe de Psicologia Hospitalar, pela convivência, troca de experiências e aprendizados diários.

Às amigas Sária e Eliza, pelo incentivo inicial no ingresso ao Mestrado, e pelas contribuições com este trabalho. E à Fernanda e à Gilmeri, pela amizade e acolhimento após meu retorno para Bauru.

Ao amigo Robson pela atenção e contribuição com este trabalho.

Obrigada a todos que de alguma forma contribuíram ou torceram para que este sonho se tornasse realidade... A vocês meus mais sinceros agradecimentos!

“Somos feitos da mesma argila que nossos pacientes.

A castração deve valer para estes, para nós,
nossas teorias e nossas instituições”.

(Ernesto Duvidovich, 1998)

RESUMO

A crescente associação entre depressão e doenças cardiovasculares aponta para a influência de fatores psicoemocionais no aparecimento de doenças cardíacas, como é o caso da Doença Arterial Coronariana (DAC). Estudos apontam para a alta prevalência de sintomas de depressão em pacientes com DAC, antes e após a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM). Destacam-se os aspectos emocionais vivenciados pelos pacientes frente à experiência da cirurgia cardíaca, desde sua descoberta até o processo de recuperação. A vivência como Psicóloga na Unidade de Cardiologia de um Hospital Geral mobilizou o interesse em investigar o fenômeno depressivo e os aspectos psicológicos relacionados à experiência da cirurgia cardíaca dos pacientes submetidos à CRM, tendo em vista a importância do tratamento, prevenção e minimização dos riscos relacionados ao quadro orgânico. Neste estudo, de natureza quanti-qualitativa, os sintomas depressivos de 20 pacientes submetidos à CRM foram avaliados nos momentos pré e pós-operatórios, durante a internação hospitalar. As experiências pessoais em relação à doença e à cirurgia cardíaca de 5 destes pacientes, relatadas em entrevistas clínicas no pós-operatório tardio, foram descritas e analisadas, bem como a avaliação dos sintomas de depressão neste momento. Os 20 participantes admitidos na Unidade de Cardiologia do Hospital de Base de Bauru – SP FAMESP, pertenciam a ambos os sexos, situavam-se na faixa etária de 53 a 77 anos, haviam sido diagnosticados com DAC e recebido indicação de CRM. A etapa da internação hospitalar englobou a avaliação dos sintomas de depressão por meio do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II), e o registro de dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos pela Ficha de Registro de Dados de Prontuário, e teve os dados analisados quantitativamente. A análise estatística consistiu da descrição da prevalência e intensidade dos sintomas depressivos e dos dados clínico-médicos e psicológicos em frequências absolutas (N) e relativas (%). Para a comparação das

frequências foram utilizados os testes não paramétricos de McNemar e Wilcoxon, adotando-se o nível de significância estatística de $\alpha = 0,05$. A maioria da amostra foi composta por pacientes acima dos 60 anos de idade (75%) e do sexo masculino (60%). Os resultados obtidos apontam para a alta prevalência de sintomas de depressão em pacientes com DAC, antes e após a CRM, não se constatando mudanças significativas em relação à presença de sintomatologia depressiva entre o pré e o pós-operatório da cirurgia. A intensidade dos sintomas depressivos melhorou entre o pré e pós-operatório, possivelmente devido à sensação de alívio após o procedimento cirúrgico, e à expectativa de melhora da condição física e da qualidade de vida no período de recuperação da cirurgia. A análise qualitativa das entrevistas dos cinco casos clínicos, por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), revelou o caráter positivo da experiência da cirurgia cardíaca, na qual a fé e a religiosidade, o suporte familiar e o suporte oferecido pela equipe multidisciplinar, em especial do psicólogo, foram apontados como importantes recursos para enfrentar o impacto do diagnóstico da enfermidade cardíaca, a indicação da cirurgia e as dificuldades relacionadas ao processo de hospitalização.

Palavras-chave: Sintomas depressivos; Experiência pessoal; Cirurgia de revascularização do miocárdio.

ABSTRACT

The increasing association between depression and cardiovascular disease points to the influence of psycho-emotional factors in the onset of heart disease, as is the case with Coronary Artery Disease (CAD). Studies point to the high prevalence of depression symptoms in CAD patients before and after coronary artery bypass graft (CABG) the emotional aspects are. It highlights the emotional aspects experienced by patients across the experience of heart surgery, since its discovery until the recovery process. The experience as a Psychologist in the Cardiology Unit of a general hospital mobilized the interest in investigating the depressive phenomenon and the psychological aspects related to the experience of heart surgery patients undergoing CABG, considering the importance of treatment, prevention and minimization of related risks the organic framework. In this study, a quantitative and qualitative nature, the depressive symptoms of 20 patients undergoing CABG were evaluated in the pre and postoperative, during hospitalization. Personal experiences about the disease and cardiac surgery in 5 of these patients reported in clinical interviews in the late postoperative period, were described and analyzed, as well as evaluating the symptoms of depression at the moment. The 20 participants admitted to the Cardiology Unit of the Base Hospital of Bauru - SP FAMESP belonged to both sexes, were in the age group 53-77 years had been diagnosed with CAD and CRM received indication. The stage of hospitalization included the assessment of depression symptoms via the Beck Inventory-II Depression Inventory (BDI-II), and the record of demographic data, clinical and medical and psychological the Handbook of Data Recording Sheet, and had the data analyzed quantitatively. Statistical analysis is the description of the prevalence and intensity of depressive symptoms and clinical and medical and psychological data in absolute frequencies (N) and relative (%). To compare the frequency nonparametric McNemar test and Wilcoxon

were used, adopting the statistical significance level of $\alpha = 0.05$. The majority of the sample consisted of patients over 60 years of age (75%) and male (60%). The results point to the high prevalence of symptoms of depression in patients with CHD before and after CABG and contains no significant changes regarding the presence of depressive symptoms between pre and postoperative surgery. The intensity of depressive symptoms improved between the pre- and post-operative, possibly due to the sense of relief after surgery, and the expectation of improving their physical condition and quality of life in the surgery recovery period. The qualitative analysis of five clinical cases through the Bardin content analysis technique (1977), revealed the positive nature of the experience of heart surgery, in which faith and religiosity, family support, and the support offered by the multidisciplinary team, especially the psychologist, were identified as important resources used to address the impact of the diagnosis of heart disease, the indication of surgery and difficulties related to the hospitalization process.

Key-words: Depressive symptoms; Personal experience; Coronary artery bypass graft surgery

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1. Depressão no Hospital Geral	18
2.2. Depressão e Doenças Cardiovasculares	20
2.3. Depressão e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio	24
2.4. Cirurgia Cardíaca e Aspectos Psicológicos	27
3. OBJETIVOS.....	32
3.1. Objetivo geral	32
3.2. Objetivos específicos	32
4. MÉTODO.....	33
4.1. Participantes	33
4.1.1. Critérios de Seleção da Amostra.....	34
4.2. Local	34
4.3. Instrumentos	34
4.4. Aspectos éticos	36
4.5. Procedimentos	36
4.5.1. Para a coleta de dados	36
4.5.2. Para a análise dos dados.....	40
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1. Descrição e análise quantitativa dos resultados.....	44
5.1.1. Dados demográficos, clínico-médicos e aspectos psicológicos.....	44
5.1.2. Dados de sintomas depressivos obtidos com o BDI-II antes e após a cirurgia.....	49
5.1.3. Dados referentes à ocorrência de complicações cirúrgicas no pós-operatório	53
5.1.4. Relações entre sintomas depressivos e dados demográficos	54
5.1.5. Relações entre sintomas depressivos e aspectos psicológicos	58
5.1.6. Relações entre sintomas depressivos e complicações pós-cirúrgicas	60
5.2. Descrição e análise qualitativa das Entrevistas Clínicas individuais realizadas no pós-operatório tardio	61
5.2.1. Análise comparativa dos dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos dos cinco casos clínicos	97
5.2.2. Análise comparativa das categorias obtidas nas entrevistas dos cinco casos clínicos	101
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICE I.....	119
APÊNDICE II.....	121
APÊNDICE III	122
ANEXO A – Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II)	125
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP	128

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma do Procedimento de Coleta de Dados

Figura 2. Diagrama de pacientes incluídos no estudo

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1. Caracterização dos dados demográficos e clínico-médicos

Tabela 2. Descrição dos aspectos clínico-psicológicos

Tabela 3. Prevalência de sintomas de depressão nos períodos pré e pós-operatórios

Tabela 4. Sintomatologia depressiva avaliada pelo BDI-II no pré e pós-operatório

Tabela 5. Resultados obtidos por meio das análises estatísticas

Tabela 6. Incidência de complicações no pós-operatório

Quadro 1. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos do P1

Quadro 2. Classificação das categorias identificadas na entrevista de P1

Quadro 3. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos do P2

Quadro 4. Classificação das categorias identificadas na entrevista de P2

Quadro 5. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos do P3

Quadro 6. Classificação das categorias identificadas na entrevista de P3

Quadro 7. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos do P4

Quadro 8. Classificação das categorias identificadas na entrevista de P4

Quadro 9. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos do P5

Quadro 10. Classificação das categorias identificadas na entrevista de P5

Quadro 11. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos dos cinco casos clínicos

Quadro 12. Categorias gerais identificadas nas entrevistas dos cinco casos clínicos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH - Hormônio Adrenocorticotrófico

BDI-II – Inventário de Depressão de Beck II

CRH – Corticotrofina

CRM – Cirurgia de Revascularização Miocárdica

DAC – Doença Arterial Coronariana

DM – Diabete Mellitus

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Quarta Edição

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HHA – Hipotálamo Hipófise Adrenal

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

OMS – Organização Mundial da Saúde

P – Paciente ou Participante

POI – Pós-Operatório Imediato

POM – Pós-Operatório Mediato

POT – Pós-Operatório Tardio

RM – Revascularização do Miocárdio ou Revascularização Miocárdica

SUS – Sistema Único de Saúde

T – Tempos do Estudo (1, 2 e 3)

T1 – Pré-Operatório

T2 – Pós-Operatório Mediato

T3 – Pós-Operatório Tardio

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

1. APRESENTAÇÃO

Durante minha trajetória acadêmica no curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, campus de Bauru, deparei-me com as diferentes áreas e campos de atuação, nascendo assim o interesse pela área da Psicologia hospitalar. Tal interesse foi, inicialmente, concretizado a partir da realização do estágio em Brinquedoteca hospitalar, ainda na graduação e, posteriormente, por meio da contratação para atuar como psicóloga hospitalar no Hospital de Base de Bauru (HBB) sob a gestão da Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP), no ano de 2013.

Após ingressar no Hospital de Base de Bauru, fui convidada a assumir o lugar de psicóloga na Unidade de Cardiologia, fato que permitiu que eu atuasse diretamente com pacientes cardíacos internados para tratamentos clínico e cirúrgico. Diante da diversidade de enfermidades cardiológicas, interessei-me pela complexidade da Doença Arterial Coronariana (DAC), doença lentamente adquirida ao longo dos anos, e cujo tratamento cirúrgico, igualmente complexo, concerne na Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM), a “ponte de safena”.

Para além da questão orgânica, os aspectos emocionais comumente associados à enfermidade cardíaca e facilmente observáveis nos cuidados secundários e terciários de saúde, direcionaram meu interesse para o estudo do fenômeno da depressão dentro do processo de hospitalização, em especial no pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca e, conseqüentemente, para a análise da experiência pessoal dos pacientes cardiopatas internados para a realização da revascularização do miocárdio. Concomitantemente a tais interesses, surgiu, também, a necessidade de unir a prática profissional ao trabalho acadêmico do Mestrado, o que culminou no desenvolvimento desta pesquisa no mesmo local de atuação profissional.

O presente trabalho nasceu, portanto, do interesse da psicóloga-pesquisadora decorrente da observação da sintomatologia depressiva frequentemente apresentada pelos pacientes com diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC), internados eletivamente para revascularização miocárdica. Essa condição psíquica é comumente observada durante processo de hospitalização, podendo estar presente em momentos anteriores e posteriores ao procedimento cirúrgico, e costuma ser alvo de grande preocupação para a equipe de saúde, sendo necessária a intervenção psicológica e, muitas vezes, até medicamentosa, a fim de se evitar o mau prognóstico relacionado ao quadro orgânico.

Além disso, destaca-se a importância de se compreender mais profundamente, o modo como o paciente vivencia a enfermidade cardíaca, desde a descoberta do diagnóstico, passando pela realização da cirurgia cardíaca e pela hospitalização, até o período da recuperação após a cirurgia. Nesse processo, o atendimento psicológico é apontado como responsável por oferecer acolhimento e suporte, aliviar a angústia e o sofrimento inerentes a esta condição, e facilitar o manejo da equipe multidisciplinar de saúde em relação ao paciente cardíaco cirúrgico hospitalizado e à sua família.

Considerando a importância de um atendimento psicológico adequado e efetivo aos pacientes com Doença Arterial Coronariana (DAC), emergiu a necessidade de investigar os aspectos psicológicos relacionados à experiência da cirurgia e detectar a presença e a intensidade dos sintomas depressivos dos mesmos em situação de hospitalização e cirurgia, visando o tratamento, a prevenção e a minimização dos riscos relacionados ao quadro orgânico.

A revisão de literatura que se apresenta foi organizada em quatro tópicos e visa oferecer fundamentação teórica para a compreensão e análise dos resultados do estudo. No primeiro, é apresentada a síndrome depressiva no hospital geral e suas diferentes definições, relacionando-a com possíveis quadros envolvidos no processo saúde-doença e destacando-se

o processo de hospitalização. No segundo, a depressão é correlacionada às doenças cardiovasculares e aos fatores de risco para a Doença Arterial Coronariana (DAC). O terceiro engloba a depressão associada à cirurgia de revascularização do miocárdio por meio de estudos, nacionais e internacionais, que tratam da depressão no pré e no pós-operatório. E por fim, são apresentados os aspectos psicológicos envolvidos na experiência da cirurgia cardíaca, e as estratégias utilizadas no enfrentamento da doença cardíaca e do processo cirúrgico de revascularização miocárdica, tais como o suporte familiar, a busca pela fé e espiritualidade, e a importância dos profissionais de saúde da área da Psicologia nesse processo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Depressão no Hospital Geral

O transtorno depressivo é o diagnóstico mais frequente no hospital geral, sendo considerado o principal fator de risco para complicações cardíacas, podendo aumentar o tempo de internação, a morbidade no pós-operatório e a mortalidade após o infarto agudo do miocárdio (BOTEGA; FURLANETTO; FRÁGUAS, 2006). As depressões podem alterar as respostas imunológicas, ocasionando apatia e prostração que podem interferir negativamente na participação ativa do paciente em seu processo de recuperação (SEBASTIANI, 2010). Corroborando, diversos estudos apontam para a associação negativa entre a depressão e doenças crônicas, tais como câncer de mama, fibromialgia, artrite reumatoide e diabetes (NASCIMENTO, CHAVES, GROSSI, 2009; COSTA et al., 2008; REZENDE et al., 2005; BERBER, KUPEK, BERBER, 2005).

Os pacientes podem reagir de várias maneiras à doença e à hospitalização, podendo os sintomas depressivos ser considerados uma reação de ajustamento comum no contexto hospitalar, principalmente no caso de doenças agudas (BOTEGA, 2012). Outros tipos depressivos frequentes no contexto hospitalar são: a depressão secundária, desencadeada por alterações fisiopatológicas ocasionadas por uma condição médica; o transtorno depressivo induzido por medicamentos, podendo alguns medicamentos interferir no desencadeamento ou agravamento de sintomas depressivos (Ex. corticoides); e o episódio depressivo desencadeado ou agravado pela condição médica. Doenças orgânicas também podem ser desencadeadas ou agravadas pelo transtorno depressivo, sendo que, ao lado de outros fatores de risco a

depressão pode determinar a ocorrência do infarto agudo do miocárdio e, subsequentemente, uma insuficiência cardíaca (BOTEGA; FURLANETTO; FRÁGUAS, 2006).

Sebastiani (2010) distingue a depressão patológica, ou seja, o transtorno mental, da depressão reativa, e considera a presença desta última mais frequente no hospital geral, podendo ocorrer em situações de pós-operatório, pós-parto, ou em situações críticas de morte iminente. Em complementar, Kubler-Ross (1991) define a depressão reativa como uma reação a perdas provocadas pela doença, como a perda de autonomia, a financeira, ou mesmo a perda narcísica que está relacionada ao corpo, contudo a difere da depressão preparatória, na qual, diferentemente de uma perda passada, está presente uma sensação de perda iminente dos objetos amados e de preparação para a morte, se caracterizando como um dos últimos estágios no processo de morrer.

Botega, Furlanetto e Fráguas (2006) destacam a dificuldade para se diagnosticar a depressão no ambiente hospitalar, cuja sintomatologia pode se confundir com a condição clínica do paciente, e fazer com que os profissionais de saúde ou considerem normais os sintomas depressivos ou acreditem, erroneamente, que a tristeza e os sintomas físicos de ordem fisiológica são devido à depressão. Da mesma forma, Teng, Hume e Demetrio (2005) ressaltam a dificuldade de uma avaliação adequada dos sintomas depressivos em pacientes hospitalizados, devido à superposição dos sintomas da patologia clínica, tais como: fadiga, inapetência, dor, insônia, lentificação, além das condições da hospitalização e dos efeitos adversos da doença.

Para Cheniaux (2013), exames laboratoriais complementares devem ser realizados para se diagnosticar diferencialmente a depressão primária da secundária no contexto hospitalar. Nesse mesmo segmento, Botega, Furlanetto e Fráguas (2006) propõem como diagnóstico diferencial para a depressão que se considere as características da patologia orgânica, os sintomas somáticos, os históricos pessoal e familiar prévios, e as alterações

cognitivas relativas à depressão (culpa, pessimismo), sendo que, sintomas como fadiga, alterações no padrão de sono, alimentar, peso, e psicomotricidade, se tornam critérios para diagnosticar diferencialmente a depressão quando são excessivos em relação ao esperado para condição orgânica e estão associados às alterações cognitivas e afetivas da depressão. Teng, Hume e Demetrio (2005) ressaltam, ainda, a importância do tratamento correto da patologia clínica de base, devido à retroalimentação existente entre a depressão e a doença clínica.

Nesse sentido, a síndrome depressiva se destaca enquanto importante alteração psicológica vivenciada pelo paciente no hospital geral, já que, conforme destaca Teng, Hume e Demetrio (2005), está frequentemente associada a patologias clínicas crônicas, podendo ocasionar baixa adesão aos tratamentos propostos, piora da evolução do quadro clínico, piora da qualidade de vida, e aumento da morbimortalidade. Em complementar, Sebastiani (2010) destaca que, mesmo em casos em que o quadro clínico tem bom prognóstico, a depressão funciona como agravante do estado biopsicológico, podendo comprometer o quadro clínico e levar à morte.

2.2. Depressão e Doenças Cardiovasculares

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que, de um total de 56 milhões de mortes que ocorreram em todo o mundo durante o ano de 2012, 38 milhões foram devido a doenças não transmissíveis, dentre as quais as doenças cardiovasculares se destacam como a principal causa de morte (WHO, 2014).

Estudos revisados por Alves, Fráguas e Wajngarten (2009) apontam para a associação entre a depressão e o comprometimento do sistema cardiovascular, esclarecendo que uma predisposição genética pode aumentar o risco para a ocorrência de ambas, ou, ainda, a depressão pode tanto ser desencadeada pelo estresse psicológico de um evento cardíaco

como pode, também, acarretar um impacto cardiovascular negativo. Nessa perspectiva, Oliveira e Oliveira (2010) ressaltam a influência de fatores psicoemocionais no aparecimento de doenças cardíacas, tais como a hipertensão arterial, cardiopatia isquêmica, e a Doença Arterial Coronária (DAC).

Estudos revisados por Fonseca et al. (2009), sugerem que o risco de desenvolvimento da hipertensão arterial e a reatividade cardiovascular parecem ser influenciados por fatores emocionais como impulsividade, hostilidade, estressores, ansiedade, raiva. Nesse direcionamento, pesquisa realizada por Lipp, Frare e Santos (2007) com 80 adultos hipertensos, com o objetivo de verificar a influência de situações de estresse emocional na reatividade cardiovascular, revelou que variáveis psicológicas como inassertividade, dificuldade para identificar e expressar emoções e estresse emocional são fatores importantes na determinação da reatividade cardiovascular ocorridas em contatos sociais estressantes de pessoas hipertensas.

O estresse emocional é definido por Lipp (2004) como um conjunto de reações psicofisiológicas desencadeadas para se lidar com uma situação, avaliada pela pessoa como ameaça à homeostase ou equilíbrio interno. Em sua fase final, ocorre a exaustão psicológica, a qual se manifesta em forma de depressão, bem como, a exaustão física que aparece na forma de doenças, podendo levar à morte como resultado final.

A Doença Arterial Coronária (DAC) é considerada a principal causa de mortalidade e a doença que mais consome recursos na área da saúde nos países industrializados. Ela é caracterizada pela obstrução arterial causada por placa aterosclerótica, podendo se manifestar de diferentes formas, como angina estável, isquemia silenciosa e cardiopatia isquêmica (ZORNOFF et al., 2005).

No que concerne aos fatores de risco favoráveis ao desenvolvimento da DAC, Avezum, Piegas e Pereira (2005) concluíram em estudo do tipo caso-controle com 553

indivíduos de 12 hospitais da região metropolitana de São Paulo, que tabagismo, relação cintura-quadril, antecedentes de hipertensão arterial e diabetes, história familiar de insuficiência coronariana, níveis séricos de colesterol e de HDL - colesterol se comportam como fatores de risco independentemente associados com o IAM (infarto agudo do miocárdio). Em outro estudo, Lemos et al. (2010) identificaram os seguintes fatores de risco para a IAM em uma amostra de 152 pacientes: sedentarismo (86,8%), sobrepeso e obesidade (77%); hipertensão arterial sistêmica (HAS) (75,7); história familiar (56,6); estresse (52,6%); dislipidemia (44,7%) (níveis elevados de gordura no sangue); diabete mellitus (DM) (40,1%); tabagismo(39,5%); e ingestão de álcool (14,4%), constatando que hábitos de vida condicionam o desenvolvimento da DAC.

Em relação à interdependência dos fatores de risco para a DAC, Mattos et al. (2005) demonstraram uma clara associação entre a depressão e fatores de risco para DAC. Em uma amostra de 135 pacientes com diagnóstico de síndrome coronariana aguda, avaliados com o Inventário de Depressão de Beck, a depressão foi encontrada em 53,3% dos pacientes (28,1% depressão leve, 14,1% depressão moderada, e 11,1% depressão grave). A depressão demonstrou-se ligada às duas associações de maior número de fatores de risco: dislipidemia, sedentarismo e sexo; e dislipidemia, história familiar e HAS, além de estar presente nos 88,9% dos óbitos hospitalares, dado que destaca a depressão como preditor de risco de morbimortalidade.

Devido à alta prevalência e à interferência na qualidade de vida, a DAC e a depressão são consideradas duas enfermidades de grande impacto para a saúde. Embora esteja, frequentemente, associada a diversos fatores de risco, como diabetes, obesidade, tabagismo, a depressão pode se comportar como fator de risco isolado para o desenvolvimento da DAC (PEREZ et al., 2005). Nessa mesma vertente, estudos revisados por Manica et al. (1999) destacam um risco aumentado para ocorrência da DAC entre pacientes

com sintomas depressivos, sem histórico de doença cardíaca. Em complementar, a literatura revisada por Pinton et al. (2006) e Quintana e Kalil (2012) aponta para a associação entre a depressão e o risco para doenças cardiovasculares, independentemente dos fatores clássicos de risco, tanto para os pacientes saudáveis, como para aqueles que apresentam DAC.

Enquanto explicação fisiopatológica, estudos revisados por Alves, Fráguas e Wajngarten (2009), Pinton et al. (2006) e Manica et al. (1999) destacam a influência de fatores neurobiológicos da depressão associada ao comprometimento cardiovascular. O estado de estresse causado pela depressão é responsável pela desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). Diante da hiperatividade observada no HHA, há uma liberação de hormônio liberador de corticotrofina (CRH) pelo hipotálamo, ocasionando no aumento da secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) pela hipófise, beta-endorfina e outros da glândula pituitária. O aumento da secreção de cortisol determina alterações tissulares no endotélio, e a elevação do cortisol matinal relaciona-se com a aterosclerose coronariana. Em complementar, Manica et al. (1999) ressaltam o aumento da atividade plaquetária observada em estudos com pacientes deprimidos, o que poderia estar ligado ao estímulo serotoninérgico plaquetário como indutor da agregação plaquetária e da vasoconstrição coronariana comumente relacionados à DAC.

A depressão pode, também, comprometer o sistema cardiovascular por meio da intensificação dos fatores de risco, já que, conforme apontam os estudos revisados por Alves, Fráguas e Wajngarten (2009), Perez et al. (2005) e Manica et al. (1999), os sintomas depressivos como desânimo, apatia, e baixa tolerância à frustração podem levar à baixa adesão ao tratamento medicamentoso, dificuldade de seguir orientações médicas e de mudar do estilo de vida relacionado ao tabagismo, atividades físicas e hábitos alimentares. Tais fatores fazem reforçar a importância dada à associação negativa entre a depressão e a doença cardiovascular.

2.3. Depressão e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

A Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) é um tratamento cirúrgico cujo principal objetivo é a correção da isquemia miocárdica provocada pela obstrução das artérias coronárias, e tem por finalidade aliviar a angina do peito, melhorar a qualidade de vida, evitar o infarto do miocárdio e prolongar a vida. A cirurgia clássica de RM com circulação extracorpórea, utilizando enxertos de veia safena e de artéria torácica interna, começou a ser realizada no final da década de 1960, e tem evoluído consideravelmente ao longo desses anos, firmando-se como alternativa para o tratamento da DAC (OLIVEIRA; DALLAN; LISBOA, 2005).

Pesquisas apontam para a alta prevalência de sintomas depressivos em pacientes submetidos à cirurgia de RM, dado que reflete a importância de se detectar adequadamente os sintomas depressivos, visando tratamento e prevenção adequados. Estudo desenvolvido por Pinton et al. (2006) com 58 pacientes submetidos à cirurgia de RM, identificou, por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI), a presença de sintomas de depressão em aproximadamente 25% da amostra. Em uma amostra de 817 pacientes, Blumenthal et al. (2003) constataram que 38% preencheram o critério para a depressão ao serem avaliados antes e após a cirurgia de RM. Em complementar, Tully e Baker (2012) notaram que, de 30% a 40% dos pacientes submetidos à cirurgia de RM, apresentaram algum tipo de depressão no período anterior e posterior à cirurgia.

Estudos comparativos apontam para as diferenças da prevalência de sintomas depressivos nos períodos anterior e posterior à cirurgia de RM. Pesquisa realizada por Pereira (2015) com 43 pacientes cardiopatas, com o objetivo de identificar a prevalência de sintomas depressivos associados à cirurgia de RM, constatou, por meio do BDI-II, a prevalência de 55,9% de sintomas depressivos no pré-operatório, e de 61,8% após o procedimento cirúrgico,

com intensidade variando de leve, moderada e grave. Na mesma vertente, Pinton et al. (2006) verificaram, que 20,7% dos pacientes apresentaram sintomas depressivos na fase pré-operatória, e 23,6% apresentaram sintomas de depressão no pós-operatório, com intensidades variando entre grau leve e moderado nos dois períodos. Ambos os estudos apontam para o aumento da presença de sintomas depressivos entre os períodos pré e pós-operatórios e, conseqüentemente, para a prevalência maior de sintomas depressivos após a cirurgia.

Outros estudos apontam para a prevalência de sintomas depressivos no pós-operatório tardio da cirurgia de RM, ou seja, após a alta hospitalar. Ao investigarem os problemas referidos por 24 pacientes em pós-operatório de RM, no primeiro mês após a alta, Dantas e Aguillar (2001) detectaram que 20% dos pacientes apresentaram alterações no padrão de humor, relatadas por eles como tristeza, depressão e desânimo. Pereira (2015) notou a presença de sintomatologia depressiva em 60% dos pacientes em pós-operatório tardio de cirurgia de RM, no período de trinta a quarenta dias após a alta hospitalar, sendo que, destes 40% atingiram critérios para episódio depressivo maior, segundo a Entrevista Clínica Estruturada Para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-IV). Na pesquisa realizada por Pinton et al. (2006), 9,8% dos pacientes apresentaram sintomas de depressão no período de três meses após a alta hospitalar, com intensidades variando de leve a grave.

Embora alguns pacientes possam desenvolver sintomas de depressão no período da recuperação da cirurgia, alguns estudos apontam para a possibilidade de melhora dos sintomas depressivos após a cirurgia, o que poderia estar relacionada à melhora da condição física após a revascularização (TULLY; BAKER, 2012). Estudo desenvolvido por Gois (2009) teve como um dos objetivos, avaliar a presença de sintomas depressivos em 54 pacientes antes da cirurgia de RM e seis meses após este procedimento. As medidas de depressão, obtidas com o BDI, foram maiores antes, do que após a cirurgia, com os valores médios diminuindo de 15,1 para 11,9, respectivamente, o que representou diferença

estatisticamente significativa. O estudo também demonstrou que, quanto maior era a medida de depressão, menor era a qualidade de vida, sugerindo que, a melhora da condição física alcançada após a revascularização pode estar relacionada à melhora da qualidade de vida, e, conseqüentemente, à melhora do humor. Pesquisa realizada por Guedes et al. (2010) avaliou a qualidade de vida e a depressão em 63 pacientes, sendo 46 homens e 17 mulheres, no pré-operatório, e 60, 120 e 180 dias de pós-operatório de cirurgia de RM, constatando que as mulheres apresentaram maiores índices de melhora na qualidade de vida e diminuição significativa dos níveis de depressão avaliados pelo BDI após 180 dias da cirurgia de RM, quando comparados com os homens.

Por se tratar de uma cirurgia de grande porte, a CRM pode apresentar complicações. Dentre as complicações mais frequentes em pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas, Soares et al. (2011) destacam: pulmonar (31,2%), cardíacas (15,7%), neurológicas (13,9%), infecciosas (9,8%). Pinton et al. (2006) associam as complicações no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio aos sintomas depressivos, constatando que os pacientes com sintomas de depressão antes da cirurgia apresentaram mais complicações (cardiológicas, infecciosas e renais) no pós-operatório imediato (POI), enquanto que aqueles que apresentaram tais sintomas no POI apresentam mais complicações (cardíacas, infecciosas, renal, neurológica, entre outras) no pós-operatório tardio. De acordo com Tully e Baker (2012) a depressão pode conferir maiores riscos de morbidade. Em complementar, estudo realizado por Blumenthal et al. (2003), demonstrou que os pacientes com depressão moderada a grave antes da cirurgia, e depressão leve ou moderada a grave, que persistia desde antes da cirurgia até 6 meses após a intervenção cirúrgica, tiveram maiores taxas de morte do que aqueles pacientes que não apresentaram sintomas de depressão. Tais dados reforçam a relação entre a depressão e morbimortalidade relacionada à cirurgia cardíaca, apontando para

a necessidade de se identificar e manejar adequadamente aqueles pacientes com risco aumentado para depressão.

A revisão de literatura realizada para este trabalho permitiu constatar que a maior parte dos estudos encontrados sobre a avaliação de sintomas depressivos no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca estão concentrados na área médica e de enfermagem, apontando para a escassez de trabalhos da área da Psicologia sobre o tema. Tais dados destacam a importância de se estudar o assunto, visando à detecção dos sintomas depressivos para o planejamento de propostas de intervenção, acompanhamento e encaminhamento psicológicos adequados, tanto durante o período da internação, como após a alta hospitalar dos pacientes cardiopatas submetidos à cirurgia de RM. Tully e Baker (2012) recomendam que haja uma avaliação da depressão como procedimento de rotina nos serviços de saúde, visando melhorar as condições para a recuperação da cirurgia de RM.

2.4. Cirurgia Cardíaca e Aspectos Psicológicos

Além de ser um órgão vital, responsável pela circulação do sangue para todo o corpo, o coração carrega em si uma forte simbologia de órgão da vida, de modo que qualquer problema que o afete é sentido como grande ameaça geradora de angústia (ISMAEL, 2007). Fighera e Vieiro (2005) revelaram em seu estudo com pacientes adultos ansiosos que seriam submetidos a cirurgias de médio porte, que os momentos que antecedem a cirurgia são vivenciados de forma dramática e assustadora, sendo o medo do desconhecido a principal causa da insegurança e da ansiedade do paciente pré-cirúrgico. A cirurgia cardíaca eletiva desempenha relevante papel nesse sentido, pois de acordo com Oliveira e Luz (1992), ela permite que o paciente possa ser melhor preparado, tanto do ponto de vista biológico como psicológico.

Pesquisas apontam para a diversidade de sentimentos e emoções de pacientes frente à necessidade de realização da cirurgia cardíaca. Estudo qualitativo conduzido por Vargas, Maia e Dantas (2006) com 20 pacientes adultos internados para a realização da cirurgia cardíaca, revelou, por meio de entrevistas semiestruturadas, que, ao receberem a notícia da cirurgia cardíaca, os pacientes apresentaram sentimentos negativos de apreensão caracterizados por medo, preocupação, ansiedade, receio, cisma e nervosismo diante da notícia. Porém, com o passar do tempo, no período pré-operatório à cirurgia, ocorre uma inversão destes sentimentos, aparecendo o predomínio de sentimentos positivos e de esperança diante da possibilidade de reabilitação e cura. Surgem sentimentos de tranquilidade e de alívio, favorecendo o otimismo frente à cirurgia. Nesse sentido, observa-se uma ambivalência de sentimentos e emoções, pois, ao lado de sentimentos negativos de apreensão e temor, aparecem, também, sentimentos positivos de esperança. Na mesma vertente, ao investigar qualitativamente as percepções de 11 pacientes em período pré e pós-operatório de cirurgia cardiovascular Camponogara et al. (2012), confirmam a presença de sentimentos contraditórios de tranquilidade e angústia, medo e ansiedade, apontando para a ambivalência de sentimentos no pré-operatório da cirurgia cardíaca.

O enfrentamento ou *coping* é definido por Lazarus e Folkman (1986) como um processo mobilizador de recursos e estratégias que o indivíduo se utiliza para lidar com situações de estresse, e que tem por finalidade preservar a integridade corpora, física e psíquica, recuperar prejuízos funcionais e compensar algum dano irreversível. O enfrentamento efetivo deve levar à redução gradativa das etapas deste processo, até o desaparecimento ou a minimização do sofrimento, acarretando um equilíbrio psicológico satisfatório para o indivíduo. Nesse processo, o suporte familiar, a confiança na equipe de saúde, e a fé e a espiritualidade, expressos ou não por meio de práticas religiosas ou religiosidade, representam recursos para se lidar com o problema ou situação estressora. A fé

é apontada enquanto um tipo de crença existencial, importante no processo de enfrentamento de situações-limite como a doença grave, podendo ajudar o indivíduo a ter esperança, encontrar um sentido para a vida e para a doença, e de mobilizar os recursos psicológicos necessários para a reabilitação ou cura da enfermidade (NEME, 1999). Estudo qualitativo fenomenológico desenvolvido por Benites (2014) com 10 pacientes em cuidados paliativos oncológicos, revelou, por meio dos relatos dos participantes, que a fé e a espiritualidade, expressos ou não por meio de práticas religiosas ou religiosidade, fundamentam a busca por uma razão para viver o presente e a ressignificação da trajetória de vida. Para todos os pacientes, a reflexão espiritual oportunizou vivências de esperança e de continuidade da vida após a morte ou a sensação de força e amparo para suportar o sofrimento atual com esperança. A adesão a alguma religião trouxe auxílio adicional para lidarem com o sofrimento vivido, propiciando maior conforto.

De acordo com Camponogara et al. (2012), frente aos sentimentos ambíguos e o medo da morte em relação à cirurgia cardíaca, os pacientes tendem a buscar apoio na espiritualidade, colocando em Deus a esperança de sucesso da cirurgia. Conforme Camponogara, o enfrentamento surge a partir da fé em Deus como algo indispensável para a superação do medo, ansiedade e estresse. Nessa vertente, Vargas, Maia e Dantas (2006) destacam que frente à preocupação com a cirurgia cardíaca, os pacientes buscam força e esperança na religiosidade para realizar o procedimento, demonstrando que a busca por um Ser Supremo pode ser uma forma de superar o problema. Em complementar, Koerich et al. (2013) destacam que a fé e a crença em um Ser Superior são consideradas estratégias importantes que auxiliam os pacientes no enfrentamento da doença cardíaca coronariana e do procedimento cirúrgico de revascularização miocárdica. Neste sentido, torna-se inevitável a valorização da fé e da religiosidade por parte dos profissionais de saúde, uma vez que estas

são fundamentais para a estabilidade emocional desses pacientes e de suas famílias (BENITES, 2014; CAMPONOGARA et al., 2012).

O suporte familiar também tem sido apontado como importante recurso utilizado pelo paciente para enfrentar a situação estressora da cirurgia cardíaca. Estudo qualitativo desenvolvido por Koerich et al. (2013) com o objetivo de conhecer as estratégias utilizadas por pacientes no enfrentamento da doença cardíaca coronariana e do processo cirúrgico de revascularização miocárdica, identificou a percepção da família no enfrentamento da doença e da cirurgia como uma das categorias de análise reveladas no conteúdo das entrevistas. A presença dos familiares durante a internação hospitalar é motivadora aos pacientes, considerada um contentamento diante do enfrentamento do procedimento cirúrgico, de modo que, sem os familiares o paciente não teria ânimo para se submeter à cirurgia. Nesse sentido, o paciente necessita da família para buscar segurança e apoio em um ambiente estranho e diferente do habitual, sendo o apoio familiar considerado um facilitador da aceitação da cirurgia, diminuindo a ansiedade e o estresse gerados no momento da indicação cirúrgica. Koerich et al. apontam, também, a ocorrência de uma melhora no relacionamento familiar após a cirurgia, sendo que a relação de cuidado e de cooperação familiar tende a aumentar depois da alta hospitalar.

Além do suporte familiar, a confiança na equipe de saúde, bem como, o suporte por ela dispendido ao paciente internado e à família, funcionam como importantes recursos de enfrentamento. Num trabalho com 130 pacientes oncológicos adultos, Neme (2005) evidenciou os benefícios do atendimento psicológico e/ou psicoterápicos breves, avaliados pelos pacientes, familiares e equipe de saúde. Aponta, também, para a importância da confiança do paciente na equipe de saúde e do suporte psicológico fornecido por ela ao paciente internado e a seus familiares.

A intervenção psicológica tem mostrado eficácia para auxiliar os pacientes a enfrentarem a doença e os tratamentos, especialmente em processos de adoecimento, cujos tratamentos são dolorosos ou invasivos, como em geral ocorre nos procedimentos cirúrgicos. Pesquisa conduzida por McIntyre, Fernandes e Araújo-Soares (2000) com 32 sujeitos em reabilitação cardíaca pós-enfarte do miocárdio objetivou investigar diferenças entre a intervenção psicológica e multidisciplinar e a intervenção biomédica na reabilitação cardíaca, com enfoque nas dimensões de ansiedade, depressão e hostilidade. McIntyre, Fernandes e Araújo-Soares constataram que os pacientes pós-enfarte do miocárdio que receberam intervenção psicológica e biomédica apresentaram melhores resultados em relação aos níveis de ansiedade, depressão e hostilidade avaliados, do que aqueles que foram submetidos apenas à intervenção biomédica tradicional. Em complementar, estudo desenvolvido por Santos, Neme e Tavano (2000), para verificar o efeito das intervenções psicológicas introduzidas no pré-operatório de cirurgia ortognática, constatou que o grupo submetido às intervenções psicológicas no pré e no pós-operatório apresentou diminuição da tensão e ansiedade frente à cirurgia e obteve maiores benefícios em relação à adaptação no pós-operatório, do que o grupo que recebeu intervenção psicológica apenas no pós-operatório. Santos, Neme e Tavano evidenciaram a importância das intervenções psicológicas realizadas com pacientes, não só no pós como no pré-operatório, uma vez que elas podem facilitar a expressão de emoções, sentimentos, fantasias e dificuldades presentes nos momentos anteriores à cirurgia, bem como, fortalecer o vínculo e facilitar a relação terapêutica no pós-operatório.

Com base na literatura consultada, formula-se, neste estudo, a seguinte hipótese: Pacientes com doença arterial coronariana tendem a apresentar sintomas depressivos antes e após a cirurgia.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar a presença de sintomas depressivos de pacientes submetidos à cirurgia eletiva de Revascularização Miocárdica (RM), em condições pré e pós-operatória.

3.2. Objetivos específicos

-Avaliar a intensidade de sintomas depressivos antes e após o procedimento cirúrgico de Revascularização do miocárdio.

-Analisar a experiência de alguns dos pacientes avaliados durante o período de internação em relação à cirurgia de RM, à adaptação posterior à cirurgia, aos aspectos psicológicos envolvidos e às condições favorecedoras ou não na recuperação e readaptação à vida, no pós-operatório tardio (POT).

4. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de coorte transversal com comparação de dados obtidos antes e após a cirurgia de revascularização do miocárdio e de estudo clínico qualitativo com cinco participantes.

4.1. Participantes

Pretendia-se, inicialmente, avaliar 30 pacientes adultos internados na Unidade de Cardiologia do Hospital de Base de Bauru/FAMESP com indicação de cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio. No entanto, em função da redução do número de cirurgias cardíacas realizadas no hospital, de cinco para duas por semana, optou-se por reduzir o número de participantes para 20. A escolha do número de participantes teve em vista uma quantidade mínima para a realização da análise estatística. Essa medida foi necessária para que a coleta de dados não ficasse comprometida.

Participaram do estudo 20 sujeitos adultos, de ambos os sexos, com faixa etária entre 53 e 77 anos, admitidos na Unidade de Cardiologia do Hospital de Base de Bauru/FAMESP para cirurgia eletiva de Revascularização do Miocárdio, conforme caracterização na tabela 1. No entanto, foram avaliados no pré-operatório (Tempo 1 do estudo), 21 pacientes, dos quais, um veio a óbito entre o T1 e o T2 (pós-operatório mediato), sendo, então, substituído por outro participante.

4.1.1. Critérios de Seleção da Amostra

Foram utilizados os seguintes critérios para inclusão da presente amostra: 1. Idade superior a 18 anos; 2. Internação eletiva para cirurgia de Revascularização Miocárdica; 3. Presença de diagnóstico médico de Doença Arterial Coronariana (DAC); 4. Consentimento formal para a participação no estudo. Não foram convidados a participar do estudo, os pacientes com indicação cirúrgica de Revascularização Miocárdica com internação de caráter de urgência, ou que apresentavam déficits cognitivos e/ou neurológicos, ou deficiência auditiva, que impossibilitavam ou dificultavam seu entendimento na participação da pesquisa.

Para participar das entrevistas clínicas individuais, foram selecionados cinco pacientes com diferentes condições de sintomatologia depressiva, independentemente da faixa etária ou gênero.

4.2. Local

A coleta de dados ocorreu na Unidade de Cardiologia e no Ambulatório de Psicologia do Hospital de Base/FAMESP, na cidade de Bauru, no estado de São Paulo.

4.3. Instrumentos

Ficha de Registro de Dados de Prontuário (APÊNDICE I) – Instrumento desenvolvido para este estudo, que consiste no registro das informações referentes aos dados de identificação presentes nos registros do prontuário do paciente. No instrumento constam quinze itens que englobam aspectos clínicos, demográficos e psicológicos, baseados nos registros médicos e psicológicos. Os informes psicológicos são obtidos a partir do conteúdo dos atendimentos psicológicos de rotina na internação hospitalar, os quais seguem um roteiro de Entrevista Clínica de acordo com o protocolo do Serviço de Psicologia Hospitalar do Hospital de Base de Bauru/FAMESP, e são devidamente registrados no prontuário do paciente.

Inventário de Depressão de Beck - BDI-II (ANEXO A) – O inventário de Depressão de Beck (BDI-II) – Segunda Edição é um instrumento de autoaplicação composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da depressão. Esta versão do BDI-II foi desenvolvida para avaliar os sintomas correspondentes aos critérios diagnósticos dos transtornos depressivos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos transtornos Mentais – Quarta Edição (DSM-IV, 1994) da Associação Psiquiátrica Americana. Nesta nova versão revisada (BDI-II), quatro itens foram retirados e substituídos por outros quatro novos itens (Agitação, Desvalorização, Dificuldade de concentração e Falta de Energia), com o objetivo de identificar sintomas típicos de depressão grave ou de depressão que requer hospitalização. O BDI-II é pontuado mediante a soma das avaliações para os 21 itens, sendo cada item avaliado segundo uma escala de quatro pontos que varia de 0 a 3. A pontuação total máxima é 63, e a variação entre as pontuações indicam diferentes níveis de intensidade da depressão: mínimo ou sem depressão (0-13); levemente deprimido (14-19); moderadamente deprimido (20-28); e gravemente deprimido (29-63) (Gorenstein et al., 2011). Neste estudo, foram consideradas como presença de sintomas depressivos, pontuações maior ou igual a 14 pontos.

Entrevista Clínica (APÊNDICE II) – Instrumento desenvolvido para este estudo, composto por cinco perguntas, com a finalidade de investigar a experiência de alguns dos pacientes avaliados durante o período da internação, em relação à revascularização miocárdica, à adaptação posterior à cirurgia, aos aspectos psicológicos envolvidos na experiência e às condições favorecedoras ou não na recuperação e readaptação à vida.

4.4. Aspectos éticos

Primeiramente, foi solicitada a autorização da Instituição Hospitalar para coleta dos dados. Em conformidade com a Resolução 466 de 12/12/12 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes com critérios favoráveis a comporem a amostra, foram convidados a participarem do estudo e, em concordância, a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE III), a fim de formalizar a participação no estudo, considerando-se a liberdade de participação espontânea.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências de Bauru – UNESP (Parecer CEP 1.023.520) (ANEXO B).

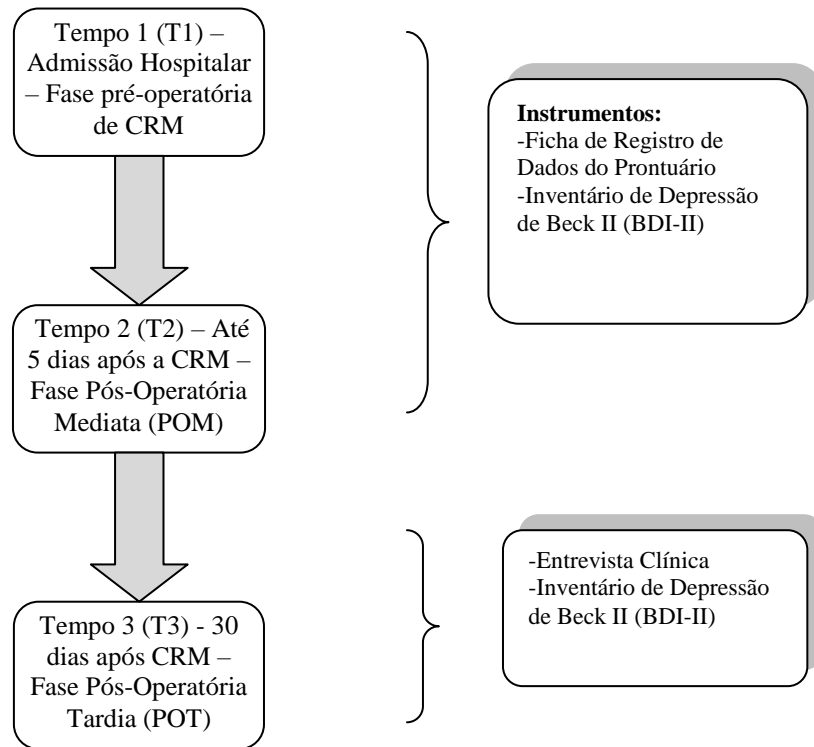
4.5. Procedimentos

4.5.1. Para a coleta de dados

Após a admissão hospitalar na Unidade de Cardiologia do Hospital de Base de Bauru/FAMESP, os participantes selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade propostos para o estudo, foram avaliados em três tempos (T): três primeiros dias da admissão hospitalar, em pré-operatório da CRM (T1); cinco primeiros dias posteriores à CRM, considerando a transferência do paciente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a Unidade de Cardiologia, no pós-operatório mediato da CRM (T2); e cerca de 30 dias após alta hospitalar, no pós-operatório tardio da CRM (T3).

Nos tempos 1 e 2 de avaliação foram utilizados a Ficha de Registro de Dados de Prontuário e o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) e para o tempo 3 foi utilizada a Entrevista Clínica e o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II). As avaliações realizadas nos tempos 1 e 2 ocorreram durante a internação hospitalar, enquanto que a avaliação realizada no tempo 3 ocorreu no Ambulatório de Psicologia da Instituição Hospitalar, cerca de 30 dias após alta hospitalar do participante, em atendimento psicológico de caráter individual (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do Procedimento de Coleta de Dados



Todos os pacientes com enfermidade cardíaca, internados para tratamento cirúrgico na Unidade de Cardiologia do Hospital Geral onde foi realizada a coleta de dados, recebem atendimento psicológico durante a internação hospitalar. Os atendimentos psicológicos tem a finalidade de preparar psicologicamente o paciente para o evento cirúrgico, e trabalhar os aspectos psicológicos relacionados à recuperação após a cirurgia. Com estes objetivos, estes atendimentos são realizados nos períodos pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca, recebendo, o paciente, acompanhamento psicológico durante todo o período da hospitalização, até o momento da alta médica. Após alta hospitalar, o paciente retorna cerca de 30 dias para o atendimento médico ambulatorial, recebendo, também, o atendimento psicológico ambulatorial no pós-operatório tardio, a fim de se avaliar os aspectos psicológicos envolvidos no processo de recuperação, reabilitação e readaptação deste paciente. Após o

retorno ao ambulatório, os pacientes que apresentam demandas psicológicas são encaminhados para acompanhamento psicológico em serviços de Psicologia extra-hospitalar. Considerando-se que a pesquisadora responsável pela pesquisa é também psicóloga do Hospital de Base de Bauru/FAMESP, destaca-se que os dados coletados na Ficha de Registro de Dados de Prontuário e Entrevista Clínica foram gerados a partir dos atendimentos psicológicos realizados na Unidade de Cardiologia e no Ambulatório de Psicologia, de modo que, embora tais instrumentos não façam parte da rotina do Serviço de Psicologia Hospitalar da Instituição, eles nortearam os atendimentos em questão para fins da pesquisa.

No atendimento psicológico de rotina a pacientes recém-admitidos na Unidade de Cardiologia, durante a Entrevista Clínica para a internação hospitalar, a pesquisadora realizou o preenchimento da Ficha de Registro de Dados de Prontuário, incluindo as informações específicas referentes a presente pesquisa. Para complementação dos dados, após o atendimento psicológico, a base de dados do prontuário eletrônico do paciente era consultada, a fim de se obter as demais informações pertinentes à sua identificação, tais como: sexo, idade, comorbidades, escolaridade, estado civil e profissão. Apenas o item 15 desta ficha, referente à informação de complicações pós-operatória, foi preenchido no Tempo 2, após a cirurgia dos pacientes.

A aplicação do Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) ocorreu durante os atendimentos psicológicos individuais realizados antes da CRM (T1), e posteriormente ao evento cirúrgico (T2), ambos em condições de internação hospitalar. A aplicação do Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) foi precedida da leitura e explicação aos participantes, da instrução constante do manual do instrumento. Quando o paciente apontava mais de uma afirmação por grupo como apropriada, era orientado a escolher aquela que indicasse o número mais alto, também de acordo com o manual do BDI-II. A pesquisadora acompanhou a leitura das instruções e itens do instrumento junto do participante, a fim de

clarificar o conteúdo das afirmativas e oferecer melhor compreensão. O tempo de aplicação foi de cerca de 10 a 15 minutos.

As Entrevistas Clínicas individuais no pós-operatório tardio (T3) foram realizadas durante os atendimentos psicológicos ambulatoriais, cerca de 30 dias após alta hospitalar, com a finalidade de compreender o processo de readaptação no pós-operatório tardio e as condições psicológicas destes pacientes. Tal procedimento já faz parte da rotina do Ambulatório de Psicologia, embora o roteiro utilizado para nortear estas entrevistas, tenha sido elaborado especialmente para este estudo. A duração das entrevistas foi de aproximadamente vinte minutos e, diferentemente das entrevistas de rotina, foram gravadas em áudio após autorização dos participantes, a fim de se obter maior fidedignidade dos dados coletados.

Para o estudo qualitativo, foram selecionados cinco pacientes com resultados no BDI-II expressando cinco diferentes condições de sintomatologia depressiva. Nestes pacientes, no tempo 3, além da entrevista foi aplicada o BDI-II, a fim de complementar a análise de sua condição psicológica, no processo de recuperação da CRM. O critério de escolha destes cinco pacientes se deu em função da hipótese elencada para o estudo sobre a depressão, considerando sua possível relação com a enfermidade cardíaca e as condições psicológicas no pré e pós-operatório de CRM.

4.5.2. Para a análise dos dados

Inicialmente, os dados constantes da Ficha de Registro de Dados de Prontuário (dados clínico-demográficos) e do BDI-II (T1 e T2) de cada participante, foram digitados no

programa Excel. Para a análise quantitativa dos dados, as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas (N) e frequências relativas (%). Para a análise inferencial das variáveis analisadas no pré e no pós-operatório foram utilizados os testes não paramétricos de McNemar e Teste de Postos com Sinais de Wilcoxon para comparação das frequências. O nível de significância estatística adotado foi de $\alpha = 0,05$, e valores $p < 0,05$ foram considerados significativos para todas as análises. O software estatístico utilizado foi o IBM SPSS Statistics for Windows.

Para a análise qualitativa, as entrevistas gravadas em áudio foram integralmente transcritas e, posteriormente, lidas pela pesquisadora a fim de se identificar os temas abordados pelos participantes e interpretá-los compreensivamente por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (1977). A análise de conteúdo pode ser definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos [...] de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1977, p. 38). O método da análise é organizado em três etapas: 1) pré-análise 2) exploração do material, e 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Para a análise dos dados optou-se pela categorização, que conforme Bardin (1977) consiste em classificar os elementos textuais, diferenciando-os e, posteriormente, reagrupando-os analogicamente. Conforme as etapas previstas, o processo de formação de categorias concretizou-se após a leitura flutuante das entrevistas selecionadas e mediante a formulação de hipóteses emergentes fundamentadoras da interpretação final. A exploração consistiu na codificação, sendo os dados agrupados em unidades para a descrição das características pertinentes ao conteúdo.

Como unidades de significação emergentes do processo de codificação, foram obtidas as categorias iniciais ou temas, referentes a trechos das falas dos pacientes, sendo possível observar diferentes categorias em cada entrevista.

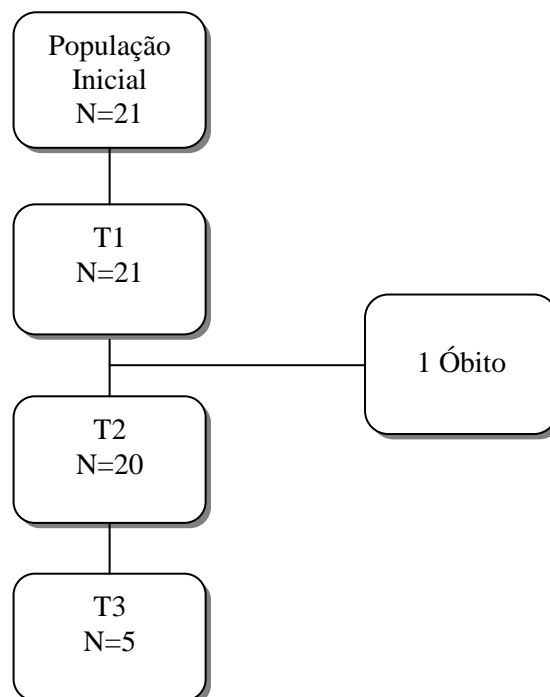
As categorias foram criadas a partir dos dados que a constituíram, e tiveram por finalidade respaldar as interpretações e inferir os resultados da análise, resultando na síntese das significações, identificadas na análise dos dados das entrevistas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 20 pacientes (N=20) internados para a revascularização eletiva do miocárdio no Hospital de Base de Bauru, entre abril e agosto de 2015, que foram avaliados no pré (T1) e pós-operatório (T2) durante o período de hospitalização. No pós-operatório tardio (T3) foram entrevistados 5 dos 20 participantes avaliados durante a internação hospitalar (T1 e T2).

Para a análise quantitativa foram considerados aqueles sujeitos que participaram dos dois tempos da avaliação (T1 e T2) durante o período de hospitalização. Desconsiderou-se a avaliação do paciente que foi a óbito entre T1 e T2, antes de realizar a segunda avaliação, o qual foi substituído por outro participante. Uma das pacientes foi a óbito após participar dos dois tempos (T1 e T2) do estudo, e teve suas avaliações consideradas (Figura 2).

Figura 2. Diagrama de pacientes incluídos no estudo



5.1. Descrição e análise quantitativa dos resultados

5.1.1. Dados demográficos, clínico-médicos e aspectos psicológicos

A faixa etária dos 20 participantes avaliados variou de 53 a 77 anos, sendo que, 75% apresentaram idade superior a 60 anos. A faixa etária dos participantes foi categorizada em: idosos (60 a 77 anos, N=15) e não idosos (53 a 60 anos, N=5), e respeitou a indicação etária determinada pela OMS, que classifica como idoso a pessoa com 60 anos ou mais (WHO, 2008). Quanto ao sexo, a amostra foi composta por mais homens (60%) do que mulheres (40%).

Dados semelhantes foram encontrados por Fernandes, Aliti e Souza (2009), em pesquisa realizada com 58 participantes com o objetivo de traçar o perfil clínico e cirúrgico dos pacientes submetidos à cirurgia eletiva de RM, cujos resultados identificaram que a maioria dos pacientes era composta por homens (70,7%), com idade média de 65,3, variando entre 43 e 86 anos. Em complementar, estudo desenvolvido por Araújo et al. (2013) identificou o predomínio da população do sexo masculino (61,7%), e com idade acima de 60 anos (62,3%), em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. Demais estudos apontam para a predominância de pacientes idosos (> 60 anos) e do sexo masculino submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (PEREIRA, 2015; CAMPONOGARA, SILVEIRA, CIELO, 2014; TULLY, BAKER, 2012; PINTON et al., 2006). Ressalta-se o aumento da idade como consequência do avanço da terapia clínica e das técnicas percutâneas, fatores que favorecem o protelamento da revascularização miocárdica (FERNANDES; ALITI; SOUZA, 2009).

Em relação ao nível de escolaridade, observou-se que 70% da amostra possuía ensino fundamental incompleto, 20% era constituída de analfabetos, 5% tinha ensino fundamental completo, e os outros 5% ensino superior. No âmbito profissional, 90% dos participantes eram aposentados (N=18), e destes, 7 (38%) ainda exerciam algum tipo de atividade laboral.

O estado civil dos participantes foi categorizado entre pacientes com companheiro fixo e sem companheiro fixo, respectivamente 12 pacientes (60%) e 8 pacientes (40%). Entre os pacientes com companheiro fixo, verificou-se que 10 eram casados e 2 tinham união estável. Entre os que não tinham companheiro fixo, 6 eram viúvos e 2 divorciados. Entre estes pacientes, observou-se que a maior parte possuía mais de 60 anos de idade (N=6), sendo composta por mais mulheres (N=5) do que homens (N=3).

Quanto ao histórico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), esta comorbidade foi identificada no prontuário de 17 (85%) pacientes; o diabetes mellitus (DM) foi encontrado em 6 (30%) pacientes e, a obesidade, em 1 (5%) paciente. Outras comorbidades foram identificadas nos prontuários de 11 participantes (55%), dentre as quais, o tabagismo ou ex-tabagismo, encontrado em 9 (45%) pacientes e ex-etilismo identificado em 2 (10%) pacientes. Em relação à população com HAS (N=17), esta era constituída por 52,9% (N=9) homens, em comparação com mulheres 47% (N=8), a maioria tinha mais de 60 anos de idade (N=14) e uma parcela representativa de 76,5% (N=13) possuía histórico de familiares com problemas cardíacos.

Dados similares foram encontrados por Fernandes, Aliti e Souza (2009), que identificaram como fatores de risco clássico para pacientes submetidos à revascularização miocárdica: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (86,2%), diabetes (36,2%), tabagismo (27,6%). Em complementar, estudo transversal realizado por Oliveira et al. (2008), com 1.265

pacientes idosos, com o objetivo caracterizar a prevalência da HAS e fatores associados, revelaram que a prevalência hipertensão arterial foi de 55,3% em pacientes com 60 a 74 anos e 60,7% em pacientes com 75 anos ou mais, indicando uma prevalência maior de HAS entre pacientes com idade mais avançada. As doenças cardíacas e o diabetes foram identificados como fatores expressivamente associados à hipertensão arterial, sendo que, quando presentes, aumentavam as chances de HAS em mais de três vezes.

Dentre os 20 pacientes da amostra, 40% (N=8) já havia sofrido um episódio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), sendo que, 12 (60%) não havia ainda apresentado episódio de IAM. O paciente que veio a óbito antes da segunda avaliação (T2) cujos dados foram excluídos desta análise, foi o único a apresentar dois episódios de IAM antes da internação. Verificou-se que 6 (75%) dos pacientes com histórico de IAM possuíam familiares com problemas cardíacos, sendo que, entre os 20 participantes, 15 (75%) relataram fator hereditário de risco, representando 3/4 da amostra. Observou-se, também, que 6 (75%) dos pacientes com histórico prévio de IAM apresentavam HAS como comorbidade, e metade (N=4) tinha histórico de tabagismo.

Estudo realizado por Lemos et al. (2010), com o objetivo de caracterizar o perfil do paciente com Síndrome Coronariana Aguda, identificou em uma amostra de 152 pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), os seguintes fatores de risco: hipertensão arterial sistêmica (HAS) (75,7%), história familiar (56,6%), e tabagismo (39,5%). O histórico familiar para doença isquêmica (20,7%), também foi apontado por Fernandes, Aliti e Souza (2009), como fator de risco entre os pacientes submetidos à revascularização miocárdica, além disso, 34,2% da amostra já havia sofrido IAM previamente.

Os dados demográficos e clínico-médicos dos pacientes estudados estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos dados demográficos e clínico-médicos

VARIÁVEIS	N (20)	%
Faixa Etária		
53-59 anos	5	25%
< 60 anos	15	75%
Sexo		
Masculino	12	60%
Feminino	8	40%
Escolaridade		
Analfabeto	4	20%
Fundamental Incompleto	14	70%
Fundamental Completo	1	5%
Superior Completo	1	5%
Aposentadoria		
Sim	18	90%
Não	2	10%
Estado Civil		
Com Companheiro Fixo	12	60%
Sem Companheiro Fixo	8	40%
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)		
Sim	17	85%
Não	3	15%
Diabetes Mellitus (DM)		
Sim	6	30%
Não	14	70%
Obesidade		
Sim	1	5%
Não	19	95%
Tabagista/ex-tabagista		
Sim	9	45%
Não	11	55%
Ex-etilista		
Sim	2	10%
Não	18	90%
Episódios de IAM		
Sim	8	40%
Não	12	60%
Hereditariedade		
Com Familiares Cardíacos	15	75%
Sem Familiares Cardíacos	5	25%

Com relação aos aspectos clínico-psicológicos, os resultados apresentados na tabela 2, mostram os dados coletados e registrados nos prontuários dos pacientes nos atendimentos psicológicos de rotina.

Tabela 2. Descrição dos aspectos clínico-psicológicos

Variáveis	N	%
Já se sentiu deprimido		
Sim	14	70%
Não	6	30%
Antes da enfermidade		
Sim	13	92,8%
Não	1	7,14%
Depressão relacionada à perda familiar		
Sim	8	61,53%
Não	5	38,43%
Tratamento prévio depressão		
Sim	4	20%
Não	16	80%
Tipo Tratamento		
Psiquiátrico	4	100%
Psicológico	1	25%
Duração tratamento		
Até 2 anos	2	50%
Acima de 2 anos	2	50%
Em tratamento		
Sim	2	50%
Não	2	50%
Outro transtorno psiquiátrico		
Sim	0	0%
Não	20	100%

Verifica-se que, 70% (N=14) dos participantes, consistindo de mais da metade da amostra, relataram já ter se sentido deprimido, sendo que, entre estes, 13 (92,8%) mencionaram ter vivenciado o episódio depressivo antes do conhecimento da enfermidade cardíaca. Apenas 1 (7,14%) relatou ter se sentido deprimido após saber da enfermidade.

Quando questionados sobre quando se sentiram deprimidos, 8 (61,53%) participantes relacionaram a depressão à perda de algum familiar. No entanto, além destes 8 pacientes, mais 2, totalizando 10 pacientes (50%) relataram histórico de perdas familiares. Dentre estes, 3 (30%) mencionaram a perda de filhos, e 7 (70%) relataram a perda de outros familiares (mãe e cônjuges). O tempo decorrido entre a perda familiar e a obtenção dos dados para este estudo, variou de 2 a mais de 30 anos. Quatro participantes tinham sofrido a perda do familiar entre 2 e 4 anos, 4 (40%) perderam um familiar no período de 5 a 13 anos antes do estudo, e 2 (20%) sofreram a perda há mais de 30 anos.

Em relação ao tratamento para a depressão, apenas 20% (N=4) da amostra referiu histórico de tratamento prévio, sendo que, o tipo de tratamento prevalente era o psiquiátrico, realizado por todos os 4 pacientes. Já o tratamento psicológico era realizado apenas por um dos pacientes, em conjunto com o tratamento médico. A duração do tratamento para a depressão variou de 2 anos (N=2), a mais de 2 anos (N=2), sendo que, 2 pacientes ainda estavam em tratamento medicamentoso durante a realização da pesquisa. Nenhum participante apresentou histórico de outros transtornos psiquiátricos.

5.1.2. Dados de sintomas depressivos obtidos com o BDI-II antes e após a cirurgia

Os sintomas depressivos foram avaliados em termos de presença, ausência e intensidade de sintomas pelo BDI-II.

Entre os pacientes da amostra, constatou-se prevalência de sintomas depressivos em 85% dos casos nos dois tempos de avaliação (T1 e T2). Considerando-se cada tempo de avaliação, a prevalência de sintomas depressivos foi de 55% (N=11) no pré-operatório (T1) e de 30% (N=6) após a cirurgia cardíaca (T2), notando-se maior prevalência de sintomas depressivos antes da intervenção cirúrgica (T1), conforme mostra a tabela 3.

Tabela 3. Prevalência de sintomas de depressão nos períodos pré e pós-operatórios

Prevalência Depressão	N (20)	%
Pré-operatório		
Sim	11	55%
Não	9	45%
Pós-operatório		
Sim	6	30%
Não	14	70%

Verificou-se a incidência de 10% de sintomas depressivos entre T1 e T2, pois 2 participantes que não apresentaram sintomas de depressão no pré-operatório (T1), desenvolveram estes sintomas após o evento cirúrgico (T2). Um destes pacientes (P5) foi selecionado para a Entrevista Clínica e avaliação no pós-operatório tardio (T3).

Observa-se, ainda, que 4 (20%) pacientes que apresentaram sintomas de depressão antes da cirurgia (T1), continuaram a apresentar tais sintomas no período pós-operatório (T2). O teste de McNemar, utilizado para a análise estatística, demonstrou que não ocorreu diferença estatística significativa em relação à prevalência da depressão entre os momentos T1 e T2. Considerando-se o nível de significância de 5%, não há evidência estatística de que a prevalência da depressão tenha mudado nos dois momentos ($p = 0,180$), sugerindo, portanto, que, nesta amostra, a prevalência dos sintomas depressivos obtidos no pré, manteve-se no

pós-operatório. Estes índices estatísticos podem estar relacionados ao número de participantes que constituíram a amostra.

Quanto à intensidade da sintomatologia depressiva, foram encontrados 10% de depressão leve (N=2), 35% de depressão moderada (N=7), e 10% de depressão grave (N=2) no pré-operatório. Após a intervenção cirúrgica, 20% da amostra apresentou depressão leve (N=4) e 10%, depressão grave (N=2). Os pacientes que apresentaram depressão grave no período anterior à cirurgia cardíaca mantiveram a mesma intensidade de sintomatologia depressiva no pós-operatório (T2), sendo que um deles (P3) foi entrevistado e avaliado no pós-operatório tardio (T3). Os dados referentes à intensidade da sintomatologia depressiva podem ser visualizados na tabela 4.

Tabela 4. Sintomatologia depressiva avaliada pelo BDI-II no pré e pós-operatório

Intensidade depressão (Pré-operatório)	N (20)	%
Mínimo	9	45%
Leve	2	10%
Moderado	7	35%
Grave	2	10%
Intensidade depressão (Pós-operatório)	N (20)	%
Mínimo	14	70%
Leve	4	20%
Moderado	0	0%
Grave	2	10%

A análise estatística destes resultados por meio do Teste de Postos com Sinais de Wilcoxon demonstra a ocorrência de evidência estatística de que os níveis de sintomatologia mudaram de T1 para T2. Ao nível de significância de 5%, tem-se $p = 0,017$, indicando níveis mais baixos (mínimo e leve) de sintomatologia depressiva após a cirurgia. A intensidade da sintomatologia de depressão diminuiu após a cirurgia, excetuando-se os pacientes que

obtiveram a classificação de depressão grave antes da cirurgia e que se mantiveram na mesma classificação no pós-operatório.

As análises estatísticas realizadas por meio dos testes de McNemar e Postos com Sinais de Wilcoxon estão dispostas na tabela 5.

Tabela 5. Resultados obtidos por meio das análises estatísticas

Teste estatístico	Nível de significância estatística ($\alpha = 0,05$)
McNemar	p = 0,180
Postos com Sinais de Wilcoxon	*p = 0,017

*p < 0,05

Os resultados demonstram a alta prevalência de sintomatologia depressiva em pacientes submetidos à cirurgia de RM em todos os tempos da internação hospitalar, valor considerado consistente com os dados encontrados em outros estudos com a mesma população (PEREIRA, 2015; TULLY, BAKER, 2012; PINTON et al., 2006; BLUMENTHAL et al., 2003). A maior prevalência de sintomatologia depressiva apresentada no período anterior à cirurgia diverge dos dados encontrados nos estudos de Pereira (2015) e Pinton et al. (2006), cuja prevalência de sintomas depressivos é maior após a cirurgia, aumentando de 55,9% no pré-operatório para 61,8% no pós-operatório, no primeiro estudo, e de 20,7% para 23,6% no segundo. Porém, são compatíveis com os dados obtidos por Guedes et al. (2010) e Gois (2009), cujas medidas de depressão foram maiores antes do que após a cirurgia, com valores médios diminuindo de 16 para 11 entre os homens, e de 20 para 13 entre as mulheres, no primeiro estudo, e de 15,1 para 11,9, no segundo estudo. A melhora dos sintomas depressivos após a cirurgia de RM pode estar relacionada à melhora da condição física após a revascularização (TULLY; BAKER, 2012) e à melhora da qualidade de vida (GOIS, 2009), o que, por consequência, acarretaria a melhora do humor deprimido nesses pacientes. Tais dados corroboram a hipótese elencada neste estudo, de que pacientes com a

doença arterial coronariana tendem a apresentar sintomas depressivos antes e após a cirurgia. Ressalta-se, contudo, a escassez de trabalhos sobre a avaliação de sintomas depressivos no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Mesmo os estudos citados com medidas de depressão maiores no pré-operatório da cirurgia, não consideraram o período pós-operatório durante a internação hospitalar, e sim após 60 dias e 6 meses da alta hospitalar, impossibilitando generalizações ou, ainda, a consideração desta diminuição como uma tendência entre pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

5.1.3. Dados referentes à ocorrência de complicações cirúrgicas no pós-operatório

Entre os 20 participantes do estudo, 9 (45%) apresentaram complicações cirúrgicas no pós-operatório, destacando-se: 3 (37,5%) cardiovasculares, 2 infecciosas (25%), 1 (12,5%) pulmonar, 1 (12,5%) renal, e 1 (12,5%) neurológica, e 1 (12,5%) anemia. Foram encontradas entre as complicações cardiovasculares: fibrilação arterial (N=1), taquicardia (N=1), e arritmia. (N=1). Dentre as complicações infecciosas, destaca-se o óbito de uma paciente por septicemia, desencadeado por infecção na ferida operatória.

Dados similares foram encontrados em estudo desenvolvido por Araujo et al. (2013), que objetivou identificar as complicações operatórias em pacientes submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica. Após análise de 183 prontuários, foram encontradas complicações cirúrgicas em 44,8% dos pacientes, sendo mais prevalentes as cardiovasculares (23,5%), pulmonares (21,9%), renais (8,7%) e neurológicas (7,7%). Também foram observadas outras complicações (9,3%), como infecção da ferida operatória, mediastinite, e

enfisema subcutâneo. Em complementar, Soares et al. (2011) destacaram dentre as complicações mais frequentes em pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas: pulmonar (31,2%), cardíacas (15,7%), neurológicas (13,9%), infecciosas (9,8%).

Os dados referentes à presença de complicações no pós-operatório estão dispostos na tabela 6.

Tabela 6. Incidência de complicações no pós-operatório

Variáveis	N	%
Complicações PO		
Sim	9	45%
Não	11	55%

5.1.4. Relações entre sintomas depressivos e dados demográficos

Observou-se que, entre os não idosos (N=5), 4 (80%) pacientes apresentaram sintomas depressivos, enquanto que, entre os idosos (N=15), os sintomas de depressão apareceram em 7 pacientes (46,6%), notando-se um número proporcionalmente maior de sintomas depressivos entre a população de não idosos no período pré-operatório. No pós-operatório, esta condição se inverteu, sendo que, 5 (33,3%) idosos apresentaram sintomas depressivos, em comparação com apenas 1 (20%) não idoso, podendo-se supor que, nesta fase, a alteração de humor relacionou-se à exposição a eventos estressores durante o processo de hospitalização e à intervenção cirúrgica. Ressalta-se que, o número pouco expressivo de pacientes não idosos, impossibilita generalizações ou afirmações quanto a uma possível tendência de sintomas depressivos entre desta população.

De modo geral, a depressão tem maior probabilidade de ocorrer na idade adulta, em média em torno dos 20 anos de idade, (DSM 5, 2013), embora estudos revisados por Costa e Magalhães (2013), apontem para uma prevalência estável entre 18 e 64 anos. Nessa perspectiva, estudo desenvolvido por Dessotte et al. (2013), com o objetivo de verificar diferenças relacionadas à presença de sintomas depressivos em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, verificou que, entre os 253 pacientes avaliados, os pacientes adultos apresentaram mais sintomas depressivos (24,7%) do que os idosos (23,4%).

Em relação à interferência do processo de hospitalização no humor do idoso, pesquisa realizada por Guimarães (1997), com 84 pacientes idosos, com o objetivo de identificar a prevalência de sintomas depressivos no paciente idoso hospitalizado para tratamento cirúrgico, concluiu que a depressão é uma comorbidade frequente nos idosos internados para tratamento cirúrgico, estando presente em 44% dos casos, e destacando-se naqueles com período maior de internação, quando houve elevação significativa dos casos de depressão. Tais achados mostram-se similares aos encontrados no presente estudo, entre os idosos no pós-operatório.

Em relação aos sintomas de depressão entre os homens e as mulheres, identificou-se que 58,3% (N=7) dos homens apresentaram sintomas depressivos em comparação com 50% (N=4) das mulheres, notando-se a presença pouco superior de sintomas depressivos entre os homens, no pré-operatório. No pós-operatório mediato ocorreu o inverso, sendo que, 37,5% (N=3) das mulheres apresentaram sintomas depressivos e, entre os homens, esse percentual foi de 25% (N=3), não se constatando diferenças estatísticas significativas entre tais índices.

Os dados obtidos no pré-operatório neste estudo, diferem dos encontrados na literatura, que apontam para a maior probabilidade de ocorrência de depressão em mulheres, a

qual pode ser duas a três vezes mais frequente do que em homens (COSTA, MAGALHÃES, 2013; FLECK et al., 2009). Em contrapartida, os resultados obtidos no pós-operatório, corroboraram os encontrados no estudo conduzido por Pinton et al. (2006), o qual demonstrou que houve significância estatística entre sintomas de depressão e o sexo feminino, apontando para uma maior frequência de depressão entre as mulheres no pós-operatório da cirurgia cardíaca. Sugere-se que, o fato dos homens terem apresentado maior frequência de sintomas depressivos no pré-operatório, pode estar relacionado ao impacto da hospitalização ou à maior dificuldade desta população em lidar com questões de saúde ou com vulnerabilidades em geral em nossa cultura, pois 7, dentre as 8 (87,5%) mulheres participantes do estudo relataram ter histórico de depressão antes do conhecimento da doença cardíaca, ao passo que 7, dentre 12 homens (58,3%) participantes referiram histórico anterior de depressão.

Observou-se que, entre os pacientes que ainda trabalhavam (N=9), 66% (N=6) apresentaram sintomas depressivos, enquanto que, entre os pacientes que não trabalhavam (N=11), 45,5% (N=5) apresentaram sintomas de depressão, considerando o pré-operatório. Embora esta diferença não demonstre significância estatística, é possível que, para os pacientes que ainda trabalhavam, a necessidade de ter que suspender suas atividades laborais em decorrência dos prejuízos físicos impostos pelos sintomas da enfermidade cardíaca (dor no peito, falta de ar, etc.) e dos riscos de saúde associados (IAM), somada à necessidade de ter que continuar trabalhando para manter a renda familiar, possam significar maior estresse ou sensação de perda iminente, justificando, assim, os sintomas depressivos.

Estudo etnográfico conduzido por Vila, Rossi e Costa (2008), com 11 indivíduos em reabilitação de cirurgia de revascularização do miocárdio, a fim de analisar os significados da experiência da enfermidade cardíaca, revelou, por meio de entrevistas semiestruturadas, que a incapacidade de trabalhar foi o principal signo da doença. A percepção da doença foi vinculada à sensação de fraqueza, física e moral, que afetava a disposição para o trabalho,

gerando sentimentos de invalidez e ruptura no curso de vida. Como prejuízos físicos associados à perda da saúde, estavam a dor e a limitação física para trabalhar, os quais geravam prejuízos psicológicos, tais como: sensações de inutilidade, frustração e improdutividade.

Observou-se que, 58,3% (N=7) dos pacientes com companheiro fixo (N=12), apresentaram sintomas depressivos no pré-operatório, em comparação com 50% (N=4) dos pacientes sem companheiro fixo (N=8), não ocorrendo diferenças significativas neste item. É possível supor, que, a frequência maior de sintomas depressivos nos pacientes com companheiro fixo possa estar relacionada às limitações físicas ocasionadas pela doença cardíaca que interferem na atividade sexual e afetam a vida conjugal, trazendo prejuízos psicológicos.

Estudo transversal desenvolvido por Lunelli et al. (2008), realizado com 96 pacientes, sendo a maioria (70%) do sexo masculino e vítimas do primeiro Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (71%), teve como objetivo descrever o conhecimento dos pacientes em relação ao IAM e o retorno à atividade sexual. Os resultados obtidos indicam que 44% dos pacientes admitiram possível redução da frequência sexual após o evento de IAM. Entre os fatores relacionados à redução da atividade sexual após eventos cardiológicos, destacam-se: a dispneia, angina, alterações da libido, depressão, impotência, preocupação do cônjuge e sensação de culpa.

5.1.5. Relações entre sintomas depressivos e aspectos psicológicos

Observou-se que, entre os 13 pacientes que mencionaram se sentir deprimidos antes de saber da enfermidade, 9 (69,23%) apresentaram sintomas depressivos no pré-operatório, sugerindo que tais sintomas poderiam estar presentes antes do conhecimento da enfermidade cardíaca e da indicação de cirurgia. Tais resultados indicam a ocorrência de um possível histórico de humor deprimido prévio à admissão hospitalar, o que se mostra compatível com os dados encontrados na literatura, apontando a depressão como um fator de risco associado (MATTOS et al., 2005) ou isolado para a DAC (QUINTANA, KALIL, 2012; PINTON et al., 2006; PEREZ et al., 2005; MANICA et al., 1999). Tais resultados mostram a possível tendência à depressão em pacientes com DAC, cuja explicação repousa sobre uma base fisiopatológica. Nessa perspectiva, a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) em sujeitos com depressão pode estar relacionada ao risco aumentado para a doença cardíaca, de modo que, o estado de estresse gerado pela depressão poderia levar ao aumento da secreção de cortisol, hormônio este, relacionado à aterosclerose coronariana (ALVES, FRÁGUAS, WAJNGARTEN, 2009; PINTON et al., 2006; MANICA et al., 1999).

Em complementar, estudo desenvolvido por Lemos et al. (2008), objetivou investigar a presença da depressão em indivíduos cardiopatas, com e sem diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Verificaram frequência maior de depressão entre os pacientes cardiopatas sem diagnóstico de IAM, que estavam em acompanhamento médico ambulatorial, sugerindo que os transtornos de depressão não são desencadeados pelo IAM, mas que estavam presentes antes da admissão hospitalar.

Ao buscar explorar possíveis associações entre eventos de vida dos pacientes e a existência de os sintomas depressivos prévios à doença cardíaca, identificou-se que 10

pacientes haviam sofrido perdas de familiares por morte. Entre estes, mais da metade (60%) relataram sintomas depressivos no pré-operatório. Entre estes, 3 haviam perdido filhos, sendo 2 homens e 1 mulher, com tempo de perda de 2 a 4 anos (N=2) , sendo um deles, com idade acima de 30 anos. Dentre estes, todos apresentaram sintomas de depressão no pré-operatório, os quais diminuíram após a cirurgia, com exceção da participante do sexo feminino (P3), que foi a única a apresentar intensidade grave de depressão, tanto no pré como no pós-operatório, sendo selecionada para a Entrevista Clínica e avaliação no pós-operatório tardio (T3). Além da perda de dois filhos, P3 havia perdido a mãe há dois anos, época em que iniciou o tratamento medicamentoso para depressão, ainda em curso durante a realização da pesquisa.

Estudos apontam para a relação interdependente entre o luto e os estados manifestos de depressão. Pesquisa realizada por Jurkiewicz e Romano (2009), teve como objetivo investigar a vivência de perdas por meio da avaliação do estado de luto e depressão em 44 pacientes internados com doença arterial coronariana (DAC). Após a realização de entrevistas semiestruturadas e da aplicação do Inventário de Depressão de Beck, identificaram que, 65, 9% dos casos se encontravam em estado de luto, e 68,3% apresentavam depressão. Observou-se crescente a porcentagem do estado de luto em relação à classificação progressiva da depressão, sendo que, 100% das pessoas com depressão grave apresentaram luto. O estudo concebeu o luto e a depressão como duas condições distintas, que integram o mesmo fenômeno, a vivência de perdas. Concluíram que a vivência de perdas e o consequente estado de luto são fatores psicológicos frequentes na manifestação da DAC.

5.1.6. Relações entre sintomas depressivos e complicações pós-cirúrgicas

No que concerne às complicações cirúrgicas no pós-operatório (PO), observou-se que, entre os 9 pacientes que apresentaram complicações pós-cirúrgicas, 6 eram idosos e 3 não idosos, notando-se maior presença de complicações pós-cirúrgicas no PO entre os pacientes com idade mais avançada. As complicações pós-cirúrgicas também se mostraram associadas aos sintomas de depressão, sendo que, entre os pacientes que apresentaram complicações no pós-operatório, 66% (N=6) apresentaram sintomas depressivos no pré-operatório, e 22% (N=2) no pós-operatório. Notou-se que, entre os idosos com sintomas depressivos (N=7) no pré-operatório, 57% (N=4) apresentaram complicações pós-cirúrgicas, enquanto que, entre os idosos sem sintomas depressivos (N=8), 25% (N=2) apresentaram complicações, notando-se maior número de complicações pós-cirúrgicas nos idosos com sintomas depressivos. Tais dados apontam para uma maior suscetibilidade da população idosa após o evento cirúrgico, podendo, a associação de sintomas depressivos, contribuir para um mau prognóstico.

Estudo conduzido por Pinton et al. (2006), teve como objetivo avaliar a presença de sintomas de depressão no pré e pós-operatório de pacientes com indicação eletiva de cirurgia de revascularização do miocárdio, e analisar o impacto de tais sintomas na morbidade pós-operatória. Após serem avaliados 58 pacientes internados para cirurgia de RM, por meio do Inventário de Depressão de Beck, constataram que os pacientes com sintomas de depressão antes da cirurgia apresentaram mais complicações no pós-operatório imediato (POI), enquanto que aqueles que apresentaram tais sintomas no POI apresentam mais complicações no pós-operatório tardio. Além disso, observaram maior frequência de complicações no POI em

pacientes mais velhos. O estudo concluiu que a idade avançada e os sintomas de depressão mostram-se associados a maior número de complicações no pós-operatório de cirurgia de RM.

Destaca-se que, os dois pacientes que apresentaram infecção como complicação pós-operatória foram reinternados cerca de uma semana após a realização da cirurgia. Um destes pacientes era do sexo masculino, possuía 57 anos de idade, e não apresentou sintomas depressivos durante a hospitalização. Ele apresentou quadro infeccioso na ferida operatória, permanecendo cerca de 3 meses internado recebendo tratamento antibioticoterápico, o qual continuou, em domicílio, mesmo após liberação médica. A outra paciente reinternou com quadro séptico, também desencadeado por infecção na ferida operatória, e após duas semanas do término da coleta de dados evoluiu a óbito. Esta paciente possuía mais de 60 anos de idade, apresentava histórico de tratamento medicamentoso para depressão iniciado há cerca de um ano, ainda em andamento no período da internação, e obteve sintomas depressivos leve no pré e mínimo no pós-operatório. Ela mencionou que os sintomas depressivos apareceram antes do seu conhecimento acerca da enfermidade cardíaca e do tratamento cirúrgico, e associou tais sintomas à perda de uma familiar (mãe), ocorrida há cerca de sete anos.

5.2. Descrição e análise qualitativa das Entrevistas Clínicas individuais realizadas no pós-operatório tardio

Paciente 1 (P1)

Os dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos referentes aos cinco casos clínicos analisados que foram individualmente entrevistados no pós-operatório tardio (T3) são organizados em quadros. Os referentes ao P1 aparecem no quadro 1.

Quadro 1. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos do P1

Dados demográfico, clínico-médico e psicológicos referentes ao paciente 1 (P1)	
Idade	67 anos
Sexo	Masculino
Escolaridade	Fundamental incompleto
Profissão	Caminhoneiro aposentado
Estado Civil	União estável há 8 anos
Número Filhos	9 filhos (1 falecido e 2 adotados)
Religião	Católico
Comorbidades	HAS, Obesidade, Colesterol, Tabagismo
Familiares Cardíacos	Não
Histórico IAM	Sim
Já se sentiu deprimido	Sim, após perda do filho há 4 anos
Tratamento Depressão	Não
Complicações no PO	Sim (Infecção urinária)
Sintomas depressivos T1	Moderado
Sintomas depressivos T2	Mínimo
Sintomas depressivos T3	Moderado

Análise da entrevista do paciente 1 (P1)

A análise da entrevista de P1 permitiu organizar os temas abordados pelo participante em cinco categorias, apresentadas no quadro 2:

Quadro 2. Classificação das categorias identificadas na entrevista de P1

Categorias da entrevista de P1
1. Compreensão da gravidade da enfermidade cardíaca
2. Aceitação da necessidade de cirurgia
3. Percepção da complexidade da intervenção cirúrgica
4. Trabalho estressante vivenciado como gerador da doença
5. Exploração no trabalho associada à dificuldade de cuidar da saúde
6. Crítica ao governo pela situação de exploração no trabalho
7. Lembranças da perda do filho relacionadas ao humor deprimido na internação
8. Sentimentos de dor e vergonha no período de recuperação
9. Percepção da fé, religião e confiança na equipe médica como recursos de enfrentamento

O paciente entende a gravidade da enfermidade cardíaca, o que contribuiu para a aceitação da indicação cirúrgica desde o início, o que pode ser observado no seguinte relato “por que eu enfartei no caminhão né... E depois, através dos exames que foram feitos o médico falou que eu tinha que fazer a cirurgia”. Há uma compreensão da cirurgia como complexa e de grande porte, o que leva o paciente a se apoiar na equipe médica e a buscar auxílio na fé e na religiosidade para enfrentar a experiência cirúrgica: “falar que a gente se sentia feliz em fazer uma cirurgia desse porte, é obvio que ninguém aceita né, mas eu tenho Deus e depois de Deus eu tenho eles (os médicos), então eu me entreguei na mão de Deus e nas mãos dos médicos”. Diante da magnitude da cirurgia, o paciente expressa sentimentos de gratidão à equipe médica: “Eu só tenho mais a agradecer o que eles (médicos) fizeram por mim”. Relata também ser católico e devoto de Nossa Senhora Aparecida, a quem orou e pediu auxílio.

A compreensão da gravidade e necessidade da cirurgia pelo paciente, o remete às percepções e reflexões sobre o que acarretou a enfermidade cardíaca. Ele menciona o trabalho estressante de caminhoneiro como gerador da doença: “Eu, toda a vida fui caminhoneiro, inclusive médico pra mim era só quando não levantava da cama. Eu nunca me preocupei em parar, por exemplo, um mês para procurar um médico pra saber se eu tinha alguma coisa ou se

não tinha. Manifesta sentimentos de raiva e indignação por considerar que a situação no trabalho e a postura do patrão o impediam de cuidar de sua saúde, o que fica perceptível em seu relato: “Por que a vida nossa de caminhoneiro é assim, o patrão não quer nem saber, ele põe o caminhão na mão do motorista e quer que roda 24 horas por dia, sábado, domingo, feriado, então não temos nem tempo pra ir ao médico. Hoje a gente vê um monte de motorista aí que passou ou que vai passar pelo que eu passei”. O desgaste com o trabalho é visto pelo paciente como impeditivo ou grande dificultador para o cuidado com a saúde “Então a vida nossa de motorista é desgastante, nós não temos horário pra comer, pra dormir, pra nada. Eu puxava carga [...] 48 horas direto sem dormir, sem nada e às vezes era obrigado a tomar até rebite pra entregar mercadoria, entregar carne”. A dura realidade do trabalho e seus efeitos é ressaltada por ele, ao lembrar: "A gente não come, não dorme. Aí já vem o vício do cigarro e do rebite. Por que eu já tomei bastante rebite, eu era obrigado a tomar remédio pra dormir para poder entregar a mercadoria”.

A experiência deste paciente em relação à enfermidade perpassa a questão do trabalho e engloba o conceito de estratégias defensivas descritas por Dejours (1992). Segundo Dejours, apenas o corpo produtivo do homem é aceito, sendo, a doença, vista como impedimento para o trabalho e, deste modo, vivenciada sob a forma de vergonha pelo trabalhador. A vergonha aparece como defesa contra a ansiedade gerada, por se estar em um corpo doente e incapacitado para o trabalho, de modo que, o trabalhador somente decide consultar um médico quando a dor se torna insuportável ou torna impossível o trabalho. Dejours (1992) aponta, também, para a relação entre a saúde física e as condições de trabalho, destacando que, as más condições de trabalho podem ser prejudiciais para o corpo. Nesse caso, a ansiedade relativa à degradação do organismo, ao lado da carga física do trabalho, e o medo proveniente dos ritmos exaustivos de trabalho ou dos riscos originários das más condições de trabalho, contribuem para o esgotamento progressivo e o desgaste dos

trabalhadores. Para Dejours, a organização do tempo em períodos de trabalho protege o corpo contra uma sobrecarga comportamental que poderia ser prejudicial. Caso contrário, a fadiga e a difícil adaptação decorrentes de um ritmo de produção elevado podem provocar perturbações nas defesas do organismo, favorecendo o aparecimento de doenças somáticas.

Pesquisa desenvolvida por Ulhôa et al. (2010), com 470 participantes, teve como um dos objetivos identificar eventos estressores entre os motoristas de caminhão de uma empresa de transporte de carga. Os fatores referidos pelos motoristas, como maiores causadores de estresse foram: o congestionamento ou trânsito intenso (52,4%), o controle rígido de rastreamento do veículo (36,5%), e jornada extensa de trabalho (28,7%). A maioria dos motoristas (70%) trabalhava dez horas ou mais diariamente. Para Ulhôa et al., uma das causas das jornadas extensas pode ser o congestionamento, que gera atraso das entregas de mercadorias, podendo, conseqüentemente, aumentar o nível de estresse do motorista.

A culpa em relação à falta de cuidado com a saúde é atribuída por P1 ao governo e às condições sociais do país “E é assim, a vida de motorista que ninguém dá valor. O motorista, trabalha três meses em um e todo mundo sabe, o governo sabe, todo mundo sabe, mas ninguém dá valor, e é mal remunerado”.

O paciente relaciona o humor deprimido apresentado antes da cirurgia a dois fatores. O primeiro refere-se a um processo judicial contra o ex-patrão devido às condições inadequadas de trabalho, destacado no excerto de sua fala: “Eu tenho um ex-patrão meu, que em toda minha vida eu não fiz isso que eu fiz com ele, que foi levar esse meu ex-patrão no ‘pau’. E esse camarada me fez sofrer, ele já fez tanta coisa pra mim que eu já quis até bater nele, então hoje eu coloquei ele no ‘pau’. Reafirma sua raiva e seu desejo de dar andamento ao processo contra o ex-patrão, o qual foi interrompido por sua cirurgia: “Eu tive uma audiência e depois eu não tive mais pois estava em cirurgia e por conta disso o processo está

parado, mas agora eu pretendo reabri-lo. Mas esse ex-patrão, que eu não posso nem citar o nome, é um cafajeste.”

Conforme aponta Dejours (1992), as relações de hierarquia no trabalho, em especial com as chefias, podem ser desagradáveis ou até insuportáveis. As relações hierárquicas são fonte de uma ansiedade que se superpõe àquela referente ao ritmo de trabalho, pois neste caso, a chefia tem a função de manter esta ansiedade visando o rendimento do trabalhador. As repressões e favoritismos utilizados pela chefia para dividir os trabalhadores aumentam a ansiedade, e acarretam sentimentos de frustração, revolta e agressividade reativos. Em certos casos, questões do trabalho podem ficar escamoteadas, deslocando-se para questões pessoais, sendo que, confidências trocadas podem ser utilizadas sob a forma de manipulação psicológica pela chefia. Para o autor, sentimentos negativos gerados na relação com a chefia, que não encontram uma saída satisfatória, também podem resultar na relação saúde e trabalho.

O outro fator que o paciente aponta para justificar sua depressão refere-se à perda de um filho, o que gerou no paciente sentimentos de raiva, revolta e de não compreensão, que só são aliviados nos momentos em que ele aceita e entrega seu sofrimento nas mãos de Deus, conforme revela: “Esse meu filho tá pra quatro anos que ele fez essa burrada de se matar. E eu ponho na mão de Deus, por que Deus sabe o que faz né? A gente que é pai nunca espera acontecer isso na vida da gente, então eu só peço pra que Deus tenha ele em um bom lugar. Não vou criticar Deus nem nada, pois quem sou eu né. Ele quis fazer isso daí, largou 3 filhos, largou mulher, largou tudo, e tirou a vida, e quando a gente lembra dessas coisas é ruim [...]”. Revela também que a experiência da cirurgia e da hospitalização o remeteu às lembranças desse sofrimento, cujo histórico rememora na entrevista “[...] e eu lembrava muito disso durante a internação, pois só ficava deitado. Mas eu acho que, a gente reflete muito assim com Deus né? Eu moro na casa que ele se matou, e estou numa paz divina, numa paz de Deus,

parece que estou no céu. E é a casa que ele se matou. Por que na época em que ele se casou, eu peguei essa casa e reformei pra ele, fiz o casamento dele tudo bonitinho, e depois que ele fez isso daí. Por que a mulher dele, todo casal discute, mas a gente não sabe o que se passa na casa, eu sei que os dois andaram discutindo...” Conta que o filho arrumou um revólver e se matou, assinalando: “ [...] ele deu um tiro em cima do coração. Se matou.” Em sua fala, ressalta o fato do filho ter dado um tiro "no coração" e, ao reviver estes eventos, reafirma que atualmente mora na mesma casa na qual o filho se matou e que se sente em paz e tranquilo. No entanto, volta a manifestar sua dificuldade em compreender o gesto do filho e sua busca pelo conforto espiritual para o alívio do sofrimento e do inconformismo que ainda aparecem: “Mas às vezes fico lembrando, por que ele era um dos filhos mais apegados, que tinha mais amor na família, e qualquer coisinha estava ali. Apesar de ser um filho ‘descabeçado’ não deixava de ser meu filho, e sempre procurou fazer o bem pra gente. Então eu entrego tudo na mão de Deus, não quero ficar revoltado com Deus.”.

As experiências e sentimentos deste paciente relacionadas ao suicídio do filho são similares ao encontrado num estudo, desenvolvido por Figueiredo et al. (2012), com 82 participantes. O estudo consistiu da análise da repercussão do suicídio nos familiares de pessoas idosas, e teve como base as histórias contadas pelos familiares, as quais foram colhidas por meio de autópsias psicológicas. A partir da análise compreensiva das autópsias psicológicas, os relatos do impacto do suicídio entre as famílias foram organizados em categorias analíticas. A raiva se revelou como uma das reações mais comuns manifestadas pela família frente ao ato consumado do suicídio, sendo interpretado como um gesto agressivo e de desprezo do suicida contra quem os cercam, ou como ingratidão e traição pelos cuidados que lhes foram dispensados. O isolamento social e suas manifestações na saúde dos membros da família aparecem por meio da manifestação do apego ao ambiente físico onde se consumou o suicídio, ou por algum sintoma de sofrimento psíquico, como a depressão. Observou-se que

o ato suicida repercute na saúde mental dos familiares mais próximos, principalmente nos membros mais vulneráveis, que sentem dificuldade de adaptação a situações adversas. Em certos casos, a forma de superação encontrada pelo familiar, se deu pela transferência do ato, considerado inexplicável, do plano material para o plano espiritual, de modo que, o familiar passou a compreender o ato suicida como um desígnio de Deus.

Quanto à cirurgia, o período de recuperação é vivenciado pelo paciente com dor e sentimentos de tristeza e vergonha relacionados à limitação física imposta pelo uso da sonda vesical de demora, um cateter permanente, comumente utilizado para controlar o volume urinário em casos de pós-operatório. “Eu ainda estou deprimido devido à bolsa (sonda vesical de demora), além da dor, por que dor a gente sente mesmo, né? A gente tosse e dói.”; “Quando eu saio de casa com essa bolsa eu me sinto deprimido, achando que todo mundo fica reparando”. Apesar dos efeitos de seu trabalho estressante em sua saúde e qualidade de vida, P1 manifesta sentimentos de tristeza e impotência ocasionadas pelo afastamento do trabalho: “O meu maior lazer é trabalhar”.

A todo o momento o paciente se refere à fé e às suas crenças religiosas, indicando que estas, além da confiança na equipe médica, atuam como importantes recursos de enfrentamento diante da experiência da cirurgia “[...] a fé que eu tenho em Deus e na Nossa Senhora Aparecida. Sou devoto a eles e aos médicos também, tenho certeza que Deus estava junto com eles naquela hora”. Frente a uma situação inevitável e fora de seu controle, revela como se apoiou na fé para enfrentar a cirurgia: “Por que a cirurgia eu tinha que fazer mesmo, não tinha como, então pedi pra Deus e em segundo lugar que ele abençoasse os médicos que me operaram. Deus é pai. Eu pedi pra que Deus tomasse conta de mim e pusesse a mão nos médicos”. O sentimento de gratidão a Deus e aos médicos pode ser observado no seguinte relato do paciente “[...] Só tenho a agradecer a Deus e aos médicos, pois sem Deus e sem os médicos eu acho que não estaria aqui”. “Eu agradeço a Deus e aos médicos que me operaram

com a proteção divina. Como se diz, não move uma folha de uma árvore se Deus não quiser. Então, tudo que nós passamos aqui, é por Deus.” Em pesquisa realizada com 130 pacientes oncológicos adultos, Neme (1999) indicou que os pacientes que depositavam esperança apenas em Deus ou em fatores espirituais foram os que mais ficaram passivos diante de agravamento de suas condições, sugerindo que a associação entre fé no divino e fé em si mesmo e nos tratamentos, costumam ser formas mais efetivas de enfrentamento. Estudo desenvolvido por Horta et al. (2003), com 24 pacientes com câncer em um Centro Regional de Oncologia do Hospital Manoel de Abreu na cidade de Bauru, teve como um dos objetivos averiguar o papel da fé no enfrentamento de pacientes com câncer. A análise qualitativa dos relatos dos pacientes indicou a presença da fé como influência positiva no enfrentamento da doença e do tratamento. Para quase todos os pacientes (95,83%), encontrou-se que a fé os ajudava a enfrentar a doença e os tratamentos, sendo que os demais entrevistados (4,17%) afirmaram acreditar que seriam curados pela fé. Tais dados indicaram que a maioria significativa dos pacientes estudados apresentou um tipo de “fé realista”, e apenas cerca de 4% apresentavam um tipo de fé mais extrema, nutrindo a expectativa da cura pela fé, de uma forma mais passiva e menos apoiada na realidade objetiva.

Experiências similares às de P1 foram relatadas por pacientes oncológicos submetidos a cirurgias, radioterapias e quimioterapias em outros estudos realizados por Neme, Soliva e Ribeiro (2003) e por Neme (2005), nos quais a fé e as crenças religiosas associadas à confiança na equipe de saúde e nos medicamentos resultaram em processos de enfrentamento mais efetivos e na redução do sofrimento psíquico dos pacientes participantes.

Com base na análise dos depoimentos de P1 na entrevista realizada, pode-se compreender que as adversidades vividas com seu trabalho e, especialmente, com a morte do filho por suicídio, ainda geram conflitos entre os sentimentos de raiva e indignação, bem como os de tristeza, por um lado, e, por outro lado, sua busca por aceitação. Sente-se mais em

paz e sofre menos com esta luta interna, quando se apoia em suas convicções religiosas e na fé que refere ter em Deus. Ao relatar sua cirurgia cardíaca e seu estado depressivo, lembra da morte do filho com um tiro no coração, revelando, também um difícil processo de luto, amenizado, aparentemente, por estar residindo na mesma casa em que o filho morreu, o que lhe trás sentimentos de conforto e de paz. Embora as diferenças entre os resultados de intensidade de seus sintomas depressivos nos três momentos avaliados não sejam significativas, pode-se sugerir a ocorrência de um alívio após o sucesso de sua cirurgia, no pós-operatório mediato (T2) e o aumento desta intensidade no T3, quando sai do hospital e se depara com as complicações e adaptações que precisa fazer em sua vida após a cirurgia.

Pesquisa desenvolvida por Dantas e Aguillar (2001), com o objetivo de identificar problemas apresentados pelos pacientes submetidos à CRM, no primeiro mês após a alta, indicaram a presença de 20% de relatos referentes à mudança de humor. Os pacientes que relataram alteração no humor salientaram o aumento da irritabilidade, sensação de desânimo e depressão após o retorno para a casa. Segundo Dantas e Aguillar, o período de recuperação serve de reflexão para o paciente analisar sua vida anterior e elaborar sentimentos de culpa em relação aos hábitos pouco saudáveis relacionados às causas da doença cardíaca. Em complementar Pinton et al. (2006), identificaram sintomas de depressão em 9,8% de pacientes no pós-operatório tardio de CRM, cerca de 1 mês após a alta.

Paciente 2 (P2)

Os dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos referentes ao P2 aparecem no quadro 3.

Quadro 3. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos do P2

Dados demográfico, clínico-médico e psicológicos referentes ao paciente 2 (P2)	
Idade	66 anos
Sexo	Feminino
Escolaridade	Fundamental incompleto
Profissão	Dona de casa
Estado Civil	Casada
Número Filhos	7 filhos
Religião	Evangélica
Comorbidades	HAS e DM
Familiares Cardíacos	Não
Histórico IAM	Não
Já se sentiu deprimido	Sim, antes do conhecimento da enfermidade
Tratamento Depressão	Sim, psicológico e medicamentoso (Durante 10 anos, cessou há 6 anos)
Complicações no PO	Não
Sintomas depressivos T1	Moderado
Sintomas depressivos T2	Leve
Sintomas depressivos T3	Mínimo

Análise da entrevista do paciente 2 (P2)

Os temas abordados pelo participante 2 revelaram as seguintes categorias, visualizadas no quadro 4:

Quadro 4. Classificação das categorias identificadas na entrevista de P2

Categorias da entrevista de P2
1. Surpresa, sofrimento e fé diante da descoberta da enfermidade e necessidade de cirurgia cardíaca
2. Experiência cirúrgica vivenciada como positiva e necessária à vida
3. Pavor diante da entrega e perda de controle
4. Nervosismo, irritabilidade e necessidade de apoio dos familiares no pré-operatório
5. Sentimentos de impotência, tristeza e frustração relacionados às restrições impostas pelas limitações físicas
6. Humor deprimido associado ao impacto da indicação cirúrgica, ao medo de morrer e de se separar da família no pré-operatório
7. Preocupação com saúde e temor diante da possibilidade de ter que enfrentar nova cirurgia no pós-operatório
8. Fé em Deus e apoio da família como recurso de enfrentamento diante da experiência da cirurgia cardíaca.

A descoberta da enfermidade cardíaca, seguida da indicação da cirurgia é vivenciada pela paciente com sentimentos de surpresa, sofrimento e busca de refugio na fé. Diante do medo e da surpresa, a paciente se utiliza da fé como recurso e apoio para enfrentar a cirurgia, o que fica evidenciado no seguinte trecho: “Foi muito sofrido, porque eu fiz o cateterismo, e até aí tudo bem. Mas a hora que o médico falou que eu tinha que fazer a cirurgia foi uma surpresa, eu fiquei muito nervosa, pensando na família e tudo. Mas eu entreguei na mão de Deus e fui até o fim né”.

A experiência da cirurgia cardíaca é percebida pela paciente como algo bom e positivo, associado a sentimentos de gratidão no período da recuperação: “Eu achei que pra mim foi uma coisa muito boa por que eu fui com aquela fé em Deus e me entreguei e depois me vi lá recuperando, e depois logo fui pro quarto e me senti ótima, já conversando, foi muito bom”.

Apesar do lado positivo, ressaltado pela necessidade de realização da cirurgia e pela recuperação, a paciente reconhece na experiência cirúrgica um caráter de dificuldade e pavor: “Eu encarei de uma maneira positiva. Só que se tivesse que fazer outra vez eu não

queria mais não [...] eu tenho pavor né. Foi difícil”. A entrega e a perda de controle nos momentos imediatamente anteriores à realização da cirurgia cardíaca e a ida para o centro cirúrgico, foram vivenciados de forma apavorante pela paciente, que encontrou na fé em Deus as forças necessárias para enfrentar a situação, conforme observado no relato: “Pra mim o mais difícil foi me entregar na hora que eu fui. Eu fui pedindo a Deus né, pra me ajudar a ter força e ir. Aquela hora foi crucial pra mim. [...] A hora que eu cheguei e a moça falou vamos deitar na mesa [...] Eu pensei, nossa meu Deus, toma conta de mim. Eu entreguei na mão de Deus”.

A paciente relata ter se sentido pior no período anterior à cirurgia, sentindo-se "nervosa" e irritada, com muita necessidade de atenção e apoio dos familiares: “Antes da cirurgia eu estava muito nervosa, por que eu sabia que eu ia ter que fazer né (a cirurgia). Então fiquei muito nervosa e irritada, por que eu precisava das minhas filhas e elas trabalham”. Após ter passado pela experiência da cirurgia cardíaca, a paciente relatou se sentir mais calma e aliviada. Embora não tenha explicitado, evidencia-se seu medo da morte na cirurgia e seu alívio ao acordar e se sentir viva: “Depois que passou e eu voltei a mim eu pensei, nossa foi tudo certo”.

O período da recuperação após a alta hospitalar e a retomada das atividades acarretou novas dificuldades, tendo que retornar para sua casa, porém com restrições para o desempenho das tarefas domésticas. A paciente reconhece os cuidados recebidos e o apoio da família, mas se sente impotente diante das restrições impostas pelas limitações físicas, o que lhe causa tristeza, frustração e ansiedade: “[...] quando eu voltei pra casa, ai foi difícil por que eu comecei a depender das minhas filhas, elas vinham limpavam a casa e foi bem sofrido pra elas também. E agora elas pararam um pouco e meu marido é que está resolvendo o problema, coitado, está sendo ótimo né”; “[...] é sofrido por que eu vejo elas fazerem e sei que não posso

fazer nada né. Eu tenho que ficar quieta, e agora ele (o médico) falou que eu tenho que ficar com a perna mais erguida e mais deitada, e falei pronto, agora que piorou né”.

Estudo etnográfico conduzido por Vila, Rossi e Costa (2008), com 11 indivíduos em reabilitação de CRM, analisou os significados da experiência da enfermidade cardíaca e de seu tratamento entre indivíduos em processo de reabilitação da cirurgia. As entrevistas semiestruturadas, realizadas com os participantes com tempo de pós-operatório entre seis meses e dois anos, revelaram como sentidos atribuídos à experiência da enfermidade cardíaca, a surpresa ao constatar o problema do coração, o medo da morte, a entrega da vida nas mãos de Deus e, finalmente, a aceitação da cirurgia de revascularização. Assim como no diagnóstico, o momento da cirurgia foi concebido como marco entre a vida e a morte, envolvendo a perda de controle sobre si e a entrega da vida nas mãos de Deus e aos profissionais de saúde. O momento identificado pelos participantes como o mais difícil foi aquele em que estava na maca, a caminho do centro cirúrgico, o qual foi marcado pelo medo da morte e pelo recurso do sentimento da "entrega" na mão de Deus e dos profissionais. O período de recuperação da cirurgia cardíaca tende a ser marcado pela limitação para retornar ao trabalho, o que resulta em perda de autonomia, dependência financeira, mudanças no padrão de vida e no desempenho de papéis.

O humor deprimido apresentado por P2 no período anterior à cirurgia foi atribuído por ela ao impacto da indicação cirúrgica e ao medo de morrer. Ela demonstrou dificuldade em expressar seu sofrimento para a família, especialmente quanto ao medo de se separar dela: “Quando o médico falou que eu tinha que fazer a cirurgia eu fiquei triste, mas não demonstrava pra ninguém. Quando você foi lá eu chorei né. Eu estava muito triste. Eu achava que [...] iria morrer. Vou largar minha família, pensava nos meus filhos que apesar de crescidos, a gente sofre né”. Ao lembrar o que sofreu, demonstra sentir alívio por ter

passado pela cirurgia e estar bem, ressaltando, novamente, a segurança de se apoiar na fé: “[...] agora estou firme em Deus [...]”.

Estudo desenvolvido por Fighera e Vieiro (2005), com pacientes adultos ansiosos que seriam submetidos a cirurgias de médio porte, objetivou elucidar o significado das vivências identificadas nos momentos que antecederam o procedimento cirúrgico. A análise fenomenológica dos dados obtidos com a entrevista revelou que a ida ao hospital pode ser vivenciada sob a forma de abandono do lar e de rompimento dos laços que indicavam segurança. A presença de um acompanhante no hospital serve para diminuir essa sensação de abandono. O abandono temporário de planos para o futuro relaciona-se ao sentimento de perda da continuidade da vida, especialmente pelo caráter inesperado e indesejado da cirurgia. Aparecem sentimentos ambivalentes nos momentos que antecedem a cirurgia, sendo que, o desejo de não realizá-la é vencido pela realidade de não ter outra opção para continuar vivo e pela aceitação de sua necessidade. Fighera e Vieiro também evidenciaram que os pacientes utilizam a crença em Deus e a confiança na equipe de saúde como forma de lidar com a situação e enfrentar a cirurgia.

Embora P2 relate se sentir melhor após passar pela experiência da cirurgia, sente-se preocupada com sua saúde e demonstra temor diante da possibilidade de ter que enfrentar nova cirurgia, o que pode ser observado no seguinte trecho: “Por que às vezes meu coração treme e eu penso que estou correndo perigo, mas o médico falou que não, e que estou me recuperando bem”. Nessa perspectiva, conforme identificaram Vila, Rossi e Costa (2008), embora os pacientes afirmassem melhoria da vida após a cirurgia, foi ressaltada a intensificação do medo da morte e aguçada a sensação de vulnerabilidade no pós-operatório tardio da cirurgia de revascularização do miocárdio.

O suporte oferecido pela família, aliado ao fortalecimento da fé em Deus, foi ressaltado em diferentes momentos da entrevista, indicando a importância deste recurso antes e após a realização da cirurgia: “O que me ajudou foram minhas filhas, por que eu as via todos os dias lá comigo. Elas foram o esteio, o que me deu mais força, pois todo dia eu ‘via elas’ cedo, sai uma e vinha outra pra ficar junto comigo até o ultimo momento que eu fui pra ‘mesa’. Então foi isso que me ajudou muito, o apoio das minhas filhas”.

Estudo qualitativo realizado por Barros e Lopes (2007), com 12 mulheres em tratamento de câncer, analisou a importância do significado do suporte familiar no enfrentamento da doença. Todas as participantes entrevistadas relataram que a família era o principal suporte para enfrentar o adoecimento, e a maioria revelou que o suporte familiar era de fundamental importância para ajudar nas tomadas de decisões e para que elas não desistissem de viver. Por outro lado, as participantes que não receberam apoio de sua família relataram mais dificuldade para enfrentar a doença, sugerindo que, a falta do suporte familiar pode trazer prejuízos psicológicos, e afetar o prognóstico e o estímulo para a manutenção do tratamento.

Esta participante tinha histórico de depressão anterior ao diagnóstico da doença cardíaca e já havia realizado tratamento medicamentoso para esta condição. A revelação do diagnóstico e da necessidade da cirurgia acarretou ansiedade e se associou a sintomas depressivos em nível moderado. Tais sintomas diminuíram de intensidade, passando, após a cirurgia, ao nível leve (T2) e, a despeito de suas dificuldades de adaptação a uma condição de certa dependência de seus familiares, ocorreu diminuição da intensidade da depressão no pós-operatório tardio (T3), passando ao nível mínimo de depressão de acordo com o instrumento utilizado para esta avaliação. O suporte familiar e a manutenção da fé parecem ter sido fundamentais para esta participante, conforme evidenciado por seus relatos.

Paciente 3 (P3)

Os dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos referentes ao P3 aparecem no quadro 5.

Quadro 5. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos do P3

Dados demográfico, clínico-médico e psicológicos referentes ao paciente 3 (P3)	
Idade	77 anos
Sexo	Feminino
Escolaridade	Analfabeta
Profissão	Lavadeira e passadeira aposentada
Estado Civil	Casada
Número Filhos	5 filhos (2 falecidos)
Religião	Católica
Comorbidades	HAS
Familiares Cardíacos	Não
Histórico IAM	Não
Já se sentiu deprimido	Sim, após perda da mãe há 2 anos
Tratamento Depressão	Sim (Medicamentoso iniciado há 2 anos e ainda em curso)
Complicações no PO	Sim (Taquidispnéia)
Sintomas depressivos T1	Grave
Sintomas depressivos T2	Grave
Sintomas depressivos T3	Grave

Análise da entrevista do paciente 3 (P3)

Os temas abordados pelo participante 3 revelaram as seguintes categorias, dispostas no quadro 6:

Quadro 6. Classificação das categorias identificadas na entrevista de P3

Categorias da entrevista de P3
1. Medo e pavor ao enfrentar a cirurgia cardíaca
2. Experiência traumática da cirurgia anterior da tireoide
3. Expectativa de morte em relação à cirurgia cardíaca
4. Fé em Deus como último recurso de enfrentamento frente à cirurgia cardíaca
5. Depressão: choro, tristeza e inapetência antes e após a cirurgia cardíaca
6. Perda de amor à vida e dificuldade de estabelecer ligação afetiva
7. Desânimo, insegurança, dependência e impotência no período da recuperação
8. Suporte familiar e apoio dos netos como motivação frente ao processo de recuperação

O relato de P3 permite identificar sentimentos de medo e pavor com a descoberta da enfermidade cardíaca e da indicação da cirúrgica, os quais foram seguidos pela compreensão acerca da necessidade do tratamento cirúrgico, observados no seguinte trecho: “Pra mim foi um sufoco, por que eu tenho pavor de cirurgia. Mas ele (o médico) falou que eu tinha que fazer, então vamos fazer”.

A experiência desta paciente é similar à dos pacientes estudados por Wottrich et al. (2013), que realizaram uma pesquisa com o objetivo compreender os significados atribuídos à cirurgia cardíaca por pacientes pré-cirúrgicos. Os resultados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, mostraram os medos e temores desencadeados pela descoberta da necessidade de realização da cirurgia cardíaca, os quais podem emergir de forma explícita ou latente. Em complementar, Fighera e Vieiro (2005) destacam o medo do desconhecido como a principal causa da insegurança e da ansiedade em pacientes em pré-operatório de cirurgia. Da mesma forma, Vila, Rossi e Costa (2008) evidenciam o medo da morte relacionado à necessidade de entrega da cirurgia mencionados por pacientes em período de pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio.

A paciente P3 demonstra estar ainda muito ligada à experiência negativa que teve com a cirurgia de tireoide realizada há 2 anos, o que justifica sua tendência em associar os

aspectos negativos vivenciados nesta primeira cirurgia, à cirurgia cardíaca: “[...] a cirurgia da tireoide, essa última que eu fiz, eu tenho três [...] pra mim foi um sufoco, eu internei e fui passar na cirurgia três vezes e voltei, não consegui por causa da pressão”. As lembranças acerca do agravamento do seu quadro clínico ocasionado pela demora em realizar o procedimento, bem como a comparação com o tratamento semelhante realizado por sua filha, são fatores que motivam P3 a realizar a cirurgia cardíaca: “[...] a outra cirurgia que eu fiz, do pescoço, eu não conseguia fazer, e [...] a hora que eu fui fazer deu metástase, já estava alto por que eu demorei muito pra operar, então foi crescendo, já estava em 4º grau. Se eu tivesse ido no começo não tinha né? A minha filha fez, mas o dela foi minúsculo e não precisou fazer radioterapia. Se eu tivesse ido logo não precisava ter enfrentado o que eu enfrentei”.

O fato de ter sobrevivido à primeira cirurgia, considerada grave, complexa, e que apresentou complicações, encorajou a paciente, levando-a a acreditar que a cirurgia cardíaca seria bem sucedida e ajudando-a a se "entregar a Deus", para ter forças para realizar o procedimento cirúrgico atual: “Eu fiz essa operação da tireoide que foi bem grande, e deu hemorragia, então esta daqui eu pensei: ‘eles também vão conseguir’, e me entreguei a Deus”. O sucesso da primeira cirurgia ajuda a paciente a se entregar a Deus, apontando para a utilização da fé em Deus como recurso de enfrentamento. Entretanto, a fé em Deus não é utilizada com facilidade pela paciente, que, primeiramente, se esquiva, apoiada na experiência difícil que teve na primeira cirurgia, e somente após um apelo racional, se utiliza da fé em Deus para enfrentar a cirurgia cardíaca. Nesse caso, a fé em Deus é utilizada como último recurso de enfrentamento pela paciente. O relato da paciente permite identificar, ainda, o medo de morrer associado à cirurgia cardíaca, que só é aliviado após acordar na UTI e perceber que estava viva: “E hora que me colocaram na UTI pra eu sentar, eu pensei louvado seja Deus. Se não fosse a dor na perna”.

De acordo com Fighera e Vieiro (2005), cada cirurgia é vivenciada de forma única pelo paciente, sendo que, mesmo experiências passadas bem sucedidas e vivenciadas como positivas não amenizam a ansiedade e o medo sentidos, que surgem independente do número de cirurgias que o paciente já se submeteu. A análise da entrevista de P3 evidencia que a experiência negativa com a primeira cirurgia evocou ansiedades e intensos temores, vividos como um pavor diante da necessidade da cirurgia cardíaca. Mas estes, quando racionalizados, mobilizaram novos recursos de enfrentamento, os quais a encorajaram a realizar o procedimento atual.

O relato de P3 permite identificar dois efeitos acarretados pela primeira cirurgia. O primeiro é o efeito traumático caracterizado pelas lembranças dos aspectos negativos vivenciados, tais como a dificuldade em se realizar o procedimento cirúrgico e o agravamento do quadro clínico decorrente desta protelação. Ao abordar sua experiência com a cirurgia cardíaca, esta paciente sempre se reporta à experiência traumática anterior, buscando estabelecer relações e associações entre um procedimento e outro. O segundo efeito é caracterizado pela decisão de realizar a cirurgia cardíaca, marcada pela inevitabilidade deste procedimento, apoiando-se no fato de ter sobrevivido à cirurgia anterior, apesar do que enfrentou, bem como, na confiança na equipe médica e na fé em Deus.

A cirurgia cardíaca, no entanto, é vivenciada pela paciente como uma experiência negativa, que mobiliza sentimentos de medo e pavor, antes e após o procedimento. O mal estar sentido pela paciente após a cirurgia e o retorno para casa aparece associado a esses sentimentos: “Senti medo e não aconselho pra ninguém, por que eu me senti tão mal... Eu estou na casa da minha filha, e no primeiro dia que cheguei do hospital os meus netos e meu genro ficaram apavorados por que eu tinha aquela falta de ar. Eu pedi pra ela me levar no banheiro e quase caí, eu via vulto e tudo rodava. Depois foi melhorando, depois de 2 dias já mudou, estou bem melhor”.

A paciente apresentou sintomas graves de depressão no período anterior à cirurgia, dentre os quais se destacam tristeza, angústia e choro recorrente, alterações do sono e do apetite. Ela demonstra perceber a intensidade dos sintomas depressivos, principalmente em relação à inapetência, os quais reconhece como possível dificultador da realização da cirurgia conforme apontado a ela por um de seus familiares: “Eu estava [...] bastante deprimida. Até meu filho mais velho ficou bobo de eu fazer a cirurgia. Eu [...] não comia. Eu sou mesmo ruim para comer, você lembra no hospital”. Após a cirurgia a paciente relata uma melhora parcial dos sintomas de depressão, mas reconhece ainda se sentir deprimida: “Melhorou um pouco sim [...] o choro diminuiu e a tristeza está passando. Mas ainda sinto muita tristeza e não durmo de noite”. A sensação de que está deprimida surge para a paciente quando ela associa a tristeza sentida à intensa falta de apetite, o que se torna mais perceptível para ela a partir das preocupações da filha com sua saúde: “Por que é muita tristeza. Se eu falar não vou comer, não vou comer e pronto [...] continuo sem comer, minha filha não sabe se dá café, se dá leite ou se dá chá. Eu me sinto bem de ficar sem, e não sei por que isso. Eu tenho anemia que é forte. Mas se deus quiser eu vou pra casa, vamos ver o que o médico vai falar”. O relato de P3 revela, ainda, sentimentos de vergonha em relação ao estado depressivo no qual se encontra, de modo que, relata esconder os momentos de choro de seus familiares: “Tem hora que eu choro bastante, mas eles não veem”.

Estudo qualitativo desenvolvido por Galter, Rodrigues e Galvão (2010) com 5 pacientes em período de recuperação da cirurgia cardíaca, objetivou conhecer as dificuldades e restrições relacionadas ao retorno à vida ativa após a cirurgia. A análise das entrevistas dos 5 pacientes em período de recuperação da cirurgia cardíaca, revelaram que os sentimentos expressados pelos cardiopatas relacionados à experiência da cirurgia estão ligados a temores, preocupações, insônia, tristeza e depressão. Galter, Rodrigues e Galvão ponderam que, quando o estado de tristeza é ocasional ou situacional, é considerado normal e passageiro,

entretanto, quando evolui para depressão pode ser necessária intervenção medicamentosa. Nesse processo, o suporte emocional oferecido pelo grupo familiar é apontado como fundamental durante o processo de reabilitação do paciente cardiopata.

O humor deprimido interfere no modo como P3 vivencia o período da recuperação, acarretando faltas de interesse e de energia para retomar a vida. O desânimo e a sensação de insegurança, inerentes a essa condição psíquica, inibem a vontade da paciente de retornar para sua casa, suscitando um estado de dependência que a leva a permanecer na casa da filha, onde se sente amparada: “Só que não tenho vontade de ir para minha casa, ainda não fui. Eu tenho um cachorrinho que é minha paixão, mas eu não tenho vontade nem de ir lá vê-lo. Meu neto falou que ia me levar para vê-lo, e eu disse que vou sarar primeiro e depois eu vou, fico enganando ele”. Além dos sintomas depressivos, o problema de saúde do marido aumenta o receio de P3 de retornar para sua casa: “É só eu e meu marido, e ele tem problema de saúde, é complicado”.

Em função do estado deprimido no qual se encontra, a retomada das atividades é vivenciada por uma sensação de impotência, que parece ser parcialmente superada com o apoio e incentivo dos familiares: “Ontem que comecei a levantar da cadeira, dei uma voltinha no quintal que é grande, e depois sentei, e meu neto falou que não é assim, que tenho que levantar. Então eu coloquei na cabeça que tenho que levantar e levantei. E hoje precisei levantar pra ir ao mercado e não estava bem, estava sentada na poltrona e levantei fui e deitei. Já estou com vontade de levantar, mas antes eu tinha me entregado”. Apesar das dificuldades neste período, a paciente demonstra-se surpresa ao perceber que consegue superar as suas limitações em relação à recuperação: “[...] eu fui lá fora e falei eu não acredito que andei neste quintal todo. Eu me distraio com o cachorro, que ele vai me guiando na parede, me leva e me traz”.

Estudo qualitativo desenvolvido por Wottrich et al. (2010), analisou o significado das vivências de 12 pacientes cardiopatas adultos em processo de recuperação da cirurgia cardíaca, até um ano após a intervenção cirúrgica. A análise das entrevistas semiestruturadas permitiu verificar que o estado de dependência tende a se acentuar no período após a cirurgia, muitas vezes, em função do lucro secundário advindo dos cuidados prestados pelos familiares. Segundo Wottrich et al. a dependência decorrente dos mecanismos regressivos é considerada necessária à situação de entrega à equipe médica e aos cuidados, mas se torna nociva se postergar a recuperação do paciente, que precisa se readaptar a vida. Na mesma vertente, Koerich et al. (2013) ressaltam que o estreitamento da relação de cuidado e de cooperação familiar podem aumentar após a alta hospitalar, favorecendo a recuperação do paciente. No entanto, a autonomia em relação ao autocuidado deve ser incentivada, já que, é considerada fundamental no processo de reabilitação da cirurgia cardíaca.

O estado depressivo vivenciado por P3 durante o período da recuperação aparece, também, marcado pela perda da capacidade de sentir afetos positivos (amor), e pela falta de ligação afetiva, evidenciadas no seguinte trecho: “Tem hora que eu não tenho mais amor no dinheiro, nem amor nas coisas. Eu sempre trabalhei, e falo pras pessoas pegarem todo meu dinheiro, por que pra mim não tem mais valor”. A paciente consegue superar parcialmente a dificuldade de ligação afetiva por meio do apoio que recebe dos netos, os quais se configuram como importantes fontes de afeto: “Aí eles ficam bravos, pois são ‘bem de vida’. Depois veem meus dois netos, um já vem gritando meu nome do portão. É a maior alegria pra gente! Tem outro que trabalha no SAMU também [...] vai chegando e já vai gritando também, e eu penso: ‘olha que beleza’”. O suporte da família e o apoio que recebe dos netos se constituem importantes elementos de motivação para a paciente frente ao período da recuperação, conforme observados nos seguintes excertos: “Eu me sinto bem. O mais velho chega na porta onde eu estou e pergunta se quero ir no banheiro, e se eu falar pra ele me dar banho ele me

dá”; “Eu me sinto bem tratada, bem cuidada, eles tem um amor, que sempre tiveram. Tem um que é policial em São Paulo, e que mora lá, mas vem me ver todo sábado. Eu falo que ele não precisa vir, mas ele sempre vem”.

Após a experiência da cirurgia cardíaca, as alterações ocorridas no âmbito das concepções, crenças e sentimentos necessitam passar por um longo processo de elaboração psíquica. Em função das dificuldades, sofrimentos e perdas vivenciadas neste período, o paciente precisa realizar grandes investimentos afetivos para que a adaptação à nova realidade aconteça, demandando uma intensa elaboração psíquica (WOTTRICH et al., 2010). Nesse processo, a atuação do psicólogo junto à equipe de saúde se torna fundamental, pois alterações psicológicas, como a depressão, podem prejudicar a elaboração psíquica necessária à superação deste período.

Esta participante apresenta um extenso histórico de perdas familiares, envolvendo a perda de dois filhos, um ainda criança e outro adulto, e a perda da mãe ocorrida há cerca de dois anos. Após a morte da mãe foi diagnosticada com depressão e passou a realizar tratamento medicamentoso, que ainda estava em curso durante a internação hospitalar. As avaliações realizadas por meio do instrumento utilizado para a pesquisa permitiram constatar a presença de intensidade grave de sintomatologia depressiva nos três momentos do estudo, isto é, antes da cirurgia cardíaca e nos dois períodos de pós-operatório, durante a internação e um mês após a alta. A entrevista clínica revelou como sintomas de depressão mais evidentes a tristeza, o choro recorrente, a insegurança, o pessimismo, a perda de prazer e de interesse nas pessoas e nas atividades, a falta de energia, alterações no padrão de sono e inapetência, os quais interferem diretamente na retomada das atividades necessárias à sua recuperação. Em relação à inapetência, ressalta-se que a paciente apresentava baixo peso, o qual estava presente desde antes da realização da cirurgia, acentuando-se depois. O tratamento para câncer de tireoide se configurou como uma experiência traumática à qual a paciente ainda

demonstra-se fixada e que a impede de corresponder a outras questões colocadas durante a entrevista clínica. O histórico apresentado por essa participante em relação à depressão, às perdas familiares, e à experiência traumática vivida, atuam como agravantes do estado depressivo atual no qual se encontra, colocando em risco seu processo de retomada da vida, o qual somente consegue ser enfrentado com o suporte da família e o apoio recebido pelos netos, que a motivam para se recuperar.

Paciente 4 (P4)

Os dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos referentes ao P4 aparecem dispostos no quadro 7.

Quadro 7. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos do P4

Dados demográfico, clínico-médico e psicológicos referentes ao paciente 4 (P4)	
Idade	67 anos
Sexo	Feminino
Escolaridade	Fundamental incompleto
Profissão	Cozinheira aposentada
Estado Civil	Casada
Número Filhos	2 filhos
Religião	Católica
Comorbidades	HAS e DM
Familiares Cardíacos	Sim
Histórico IAM	Sim
Já se sentiu deprimido	Sim, antes do conhecimento da enfermidade
Tratamento Depressão	Não
Complicações no PO	Não
Sintomas depressivos T1	Mínimo
Sintomas depressivos T2	Mínimo
Sintomas depressivos T3	Mínimo

Análise da entrevista do paciente 4 (P4)

Os temas abordados pelo participante 4 revelaram as seguintes categorias, dispostas no quadro 8:

Quadro 8. Classificação das categorias identificadas na entrevista de P4

Categorias da entrevista de P4
1. Susto diante do diagnóstico da enfermidade cardíaca e da indicação da cirurgia
2. Impacto do diagnóstico e confronto com a doença
3. Sensação de morte e expectativa negativa em relação à cirurgia
4. Experiência da cirurgia cardíaca vivenciada como situação-limite mobilizadora de mudanças
5. Suporte oferecido pela equipe de saúde como recurso importante para enfrentar hospitalização
6. Atendimento psicológico responsável pelo alívio da angústia, mudança de crenças, e produtor de benefícios psicológicos
7. Humor deprimido ocasionado pelas limitações físicas e restrições das atividades no período de recuperação da cirurgia

Ao receber a indicação da cirurgia cardíaca P4 revela ter se sentido assustada e preocupada. O caráter de surpresa demonstrado pela paciente está relacionado ao fato de não possuir histórico de adoecimento ou tratamento e ter que se deparar com uma enfermidade grave e de tratamento complexo, conforme verificado no seguinte segmento: “Me senti assustada [...] a gente não pensa nada de bom. Ainda mais eu que nunca tive problema. Eu nunca tinha feito cirurgia, e em médico eu passava só por causa da pressão”. O estilo de vida ativo da paciente contribui para a construção de uma identidade saudável que se contrapõe à concepção de enfermidade. Com o impacto do diagnóstico da enfermidade cardíaca, há o confronto das duas identidades, instalando-se uma ambivalência entre ‘estar doente’ e ‘sentir-se saudável’.

Estudo qualitativo desenvolvido por Wottrich et al. (2015), com o objetivo de explorar os significados atribuídos à doença cardíaca por 15 pacientes pré-cirúrgicos em tratamento ambulatorial, salientou as dificuldades de apropriação do quadro de doença e a ambivalência presentes. Conforme destacam Wottrich et al., com o diagnóstico da enfermidade, a confrontação com a doença aparece de forma ambivalente, uma vez que, a ausência de marca evidente da doença no corpo, leva o paciente a ter que se apropriar do quadro de enfermidade a partir do diagnóstico médico e da realização de exames, o que pode desencadear um processo de despersonalização.

Antes da cirurgia P4 mantinha uma expectativa negativa elevada de que não iria sobreviver ao procedimento cirúrgico, verificada no trecho: “[...] quando veio a notícia eu pensava que não ia sair da cirurgia”. Ao constatar que suas expectativas catastróficas não se confirmaram, a paciente passa a vivenciar a experiência da cirurgia de forma positiva: “Sabe que foi ótima. Eu nem vi nada, quando vi já estava lá, parecia que pra mim tinha demorado uns 10 minutos. Foi bom”. Ela agradece a Deus após acordar da anestesia e perceber que havia sobrevivido à cirurgia, utilizando a fé em Deus como ponto de apoio: “Sinceramente, eu agradei a Deus por ter conseguido”. Apesar de ter vivenciado de forma negativa a descoberta do diagnóstico e a indicação cirúrgica, a paciente avalia como positivos a cirurgia e o tratamento recebidos, os quais influenciam na percepção do tempo decorrido no período imediatamente após a cirurgia: “Pelo lado da doença, ruim. Mas o atendimento graças a Deus foi tudo rápido, eu achei que foi muito bom”.

A experiência da cirurgia cardíaca mobiliza um movimento de mudança na paciente em relação ao seu modo de pensar sobre a vida. Após passar pela cirurgia e constatar que sua expectativa negativa não foi concretizada, a paciente passa a desenvolver uma visão mais positiva e de confiança na vida, identificando-se como mais otimista: “Antes eu pensava tudo do lado negativo, e depois da experiência eu penso tudo pelo lado bom. Eu vi que não

era nada daquilo que eu pensava”. A situação-limite imposta pela cirurgia cardíaca faz com que a paciente se depare com a questão da finitude da vida, favorecendo a reflexão e a consciência acerca dos seus próprios limites, muitas vezes, comprometidos devido ao excesso de trabalho em que se encontrava: “[...] a gente muda, pensa melhor nas coisas, pensa que a vida da gente tem um limite. Antes eu trabalhava bastante, até fora do normal, hoje eu sei que tudo tem uma limitação, penso assim agora”.

Estudo qualitativo desenvolvido por Loss, Mantovani e Souza (2003), objetivou apreender a percepção dos pacientes cardiopatas em pós-operatório, em relação à cirurgia cardíaca. A análise das entrevistas semiestruturadas de 4 pacientes revelaram que a aproximação de uma situação-limite e a sensação de iminência de morte são responsáveis por despertar o desejo de mudança de hábito em relação ao lazer e ao autocuidado, de modo que, além dos deveres, algo prazeroso passa a ser incluído na rotina, trazendo um novo sentido à vida. Nesse sentido, a cirurgia desperta uma revisão de valores e de prioridades no paciente, motivando-o a viver bem e com qualidade de vida e não apenas a sobreviver. O estudo constatou que o doente cardíaco não percebe seu processo de adoecimento, muitas vezes, lento e silencioso, de modo que, a necessidade da cirurgia cardíaca, pode desencadear importantes momentos de reflexão. Em complementar, Wottrich et al. (2010) apontam para o ato de “serrar o peito” enquanto uma metáfora que remete à divisão da vida do sujeito em dois momentos, marcando um novo período de vida com diferentes possibilidades e limitações.

Além da fé em Deus mencionada por P4 como ponto de apoio para enfrentar a cirurgia, o suporte oferecido pela equipe de saúde é apontado como importante recurso para lidar com os sentimentos, crenças e expectativas referentes ao tratamento cirúrgico e ao processo de hospitalização. De acordo com seu relato, poder falar sobre suas angústias durante o atendimento psicológico gerou alívio, mudou as crenças negativas, e ajudou a enfrentar a cirurgia cardíaca, clarificados no seguinte fragmento: “Mais aliviada. Por que até

antes, quando eu internei eu sentia um sufoco por dentro, não sabia o que ia acontecer. E depois começou assim, vocês conversando, falando, e eu falando, aí foi aliviando aquilo. Portanto que eu fui pra cirurgia muito bem, bem aliviada”. Nesse sentido, o atendimento psicológico é apontado como responsável por oferecer acolhimento e suporte necessários às demandas apresentadas pela paciente, contribuindo para alterar a sua percepção e expectativa negativas em relação à cirurgia. A cirurgia, antes vista de forma negativa, passa a ser encarada de maneira positiva, conforme apontado em seu relato: “Vocês. Por que vocês falavam comigo, conversavam e aquilo foi me ajudando a tirar certas ideias. Me ajudou muito”.

Pesquisa desenvolvida por Aiub et al. (1995), com 46 pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca, objetivou avaliar o estado de ansiedade do paciente, antes e após o atendimento psicológico. O estudo constatou que, ao verbalizarem suas emoções, dúvidas e experiências relacionadas à cirurgia à qual serão submetidos, os pacientes tem a oportunidade de compreender melhor a condição de enfermidade e do tratamento, contribuindo para a diminuição da ansiedade. Na mesma vertente, McIntyre, Fernandes e Araújo-Soares (2000) constataram em seu estudo, que os pacientes pós-enfarte do miocárdio que receberam intervenção psicológica e biomédica apresentaram melhores resultados em relação aos níveis de ansiedade, depressão e hostilidade avaliados, do que aqueles que foram submetidos apenas à intervenção biomédica tradicional. Santos, Neme e Tavano (2000) evidenciaram a importância das intervenções psicológicas realizadas com pacientes hospitalizados, no pré e no pós-operatório, ressaltando seu papel facilitador da expressão de fantasias, emoções e sentimentos pelos pacientes e fortalecendo a confiança e as relações terapêuticas após a cirurgia.

Embora as avaliações dos sintomas de depressão tenham revelado intensidades mínimas de sintomatologia depressiva em todos os momentos elencados para a pesquisa, a paciente relata que se sentiu deprimida no pós-operatório tardio, após retornar para a casa e se

deparar com as limitações físicas e restrições das atividades, decorrentes do processo de recuperação, revelados pelo seguinte fragmento: “Me senti deprimida depois da cirurgia, mas em casa, não na internação [...] Eu estava meio deprimida, por que eu tinha vontade de fazer e não podia né? Então eu ficava meio chateada”. Após as orientações médicas, contudo, a paciente demonstra-se animada e motivada a continuar o seu processo de recuperação, conforme revelados no trecho: “Está bom, está ótimo. Antes estava ruim por que eu estava parada, sem fazer nada, estava me sentindo mal [...] mas hoje ele já liberou para eu andar um pouco”.

Estudo qualitativo desenvolvido por Galter, Rodrigues e Galvão (2010) com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, revelaram como categoria de análise, dificuldades relacionadas às restrições físicas impostas pela condição de pós-operado de cirurgia cardiovascular. As limitações físicas aparecem, geralmente, associadas à dependência de terceiros para a realização das atividades do cotidiano, e costumam ser apontadas pelos pacientes como fonte de problemas e dificuldades as serem enfrentados no período da reabilitação, uma vez que, tal dependência favorece a perda do real papel do paciente dentro do contexto familiar, podendo gerar conflitos.

A análise da entrevista de P4 permite verificar que, apesar do impacto inicial ao receber o diagnóstico da enfermidade cardíaca e a indicação da cirurgia e da expectativa de morte relacionada ao procedimento cirúrgico, a paciente não apresentou sintomas depressivos durante o período da hospitalização. Por outro lado, em função do estilo de vida ativo, revela ter se sentido deprimida após retornar para casa e se deparar com a perda de autonomia ocasionada pelas limitações físicas e restrições das atividades inerentes ao período da recuperação da cirurgia. A experiência da cirurgia foi vivenciada como uma situação-limite mobilizadora de reflexões sobre a finitude da vida, e favorecedora do reconhecimento dos próprios limites e das mudanças necessárias em relação ao estilo de vida que levava antes,

principalmente em relação ao excesso de trabalho. Nesse processo, o atendimento psicológico realizado durante o processo de hospitalização é apontado pela paciente como importante ferramenta de suporte, responsável por servir de auxílio ao alívio da angústia, modificar as crenças e expectativas negativas acerca da cirurgia, e acarretar benefícios psicológicos duradouros relativos à experiência da cirurgia.

Paciente 5 (P5)

Os dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos referentes ao P5 aparecem dispostos no quadro 9.

Quadro 9. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos do P5

Dados demográfico, clínico-médico e psicológicos referentes ao paciente 5 (P5)	
Idade	65 anos
Sexo	Masculino
Escolaridade	Fundamental incompleto
Profissão	Caminhoneiro aposentado
Estado Civil	Casado
Número Filhos	3 filhos
Religião	Católico
Comorbidades	HAS
Familiares Cardíacos	Sim
Histórico IAM	Não
Já se sentiu deprimido	Não
Tratamento Depressão	Não
Complicações no PO	Não
Sintomas depressivos T1	Mínimo
Sintomas depressivos T2	Leve
Sintomas depressivos T3	Mínimo

Análise da entrevista do paciente 5 (P5)

A análise da entrevista de P5 permitiu organizar os temas abordados nas seguintes categorias, apresentadas no quadro 10:

Quadro 10. Classificação das categorias identificadas na entrevista de P5

Categorias da entrevista de P5
1 Tristeza ao saber da necessidade cirurgia cardíaca
2. Medo e resistência inicial em relação à aceitação da cirurgia cardíaca
3. Morte do cunhado e alto risco cirúrgico associados ao medo de morrer durante a cirurgia
4. Insistência das filhas como motivadora da aceitação da cirurgia cardíaca
5. Fé em Deus e confiança na equipe médica necessárias à superação do medo e ao enfrentamento da cirurgia
6. Importância da equipe de saúde no enfrentamento do processo de hospitalização e na motivação frente ao tratamento
7. Mudança da equipe médica e período na UTI apontados como fatores negativos da experiência da cirurgia
8. Experiência positiva e transformadora da cirurgia cardíaca
9. Período da recuperação vivenciado com otimismo e gratidão

O relato de P5 revela uma resistência inicial ao receber a indicação da cirurgia cardíaca. Embora inicialmente o paciente deseje não realizar a cirurgia, posteriormente, passa a aceitar melhor a necessidade do tratamento, conforme explicitados no trecho: “Na hora não queria operar, mas com o tempo mudei de ideia e achei melhor operar”. Um fator importante que facilita a aceitação da cirurgia e motiva o paciente frente à intervenção cirúrgica é a insistência das filhas, favoráveis à realização do procedimento: “Antes da cirurgia [...] eu não queria fazer, e minhas filhas ficavam insistindo”. A resistência inicial apresentada pelo paciente em relação à realização da cirurgia aparece relacionada ao falecimento do cunhado no mesmo hospital em que seria realizado o procedimento cirúrgico, o que gera sentimentos

de medo e insegurança e colocam em risco sua adesão ao tratamento cirúrgico, revelados pelo seguinte fragmento: “Meu cunhado [...] morreu aqui nesse hospital, então a gente fica [...] com medo”. Além da morte do cunhado, a cirurgia é concebida como complexa e de alto risco, fator que reforça o medo e a resistência inicialmente apresentados pelo paciente em relação ao procedimento cirúrgico. Tais sentimentos conseguem ser superados pela fé que coloca em Deus e pela confiança que possui na equipe médica, conforme apontado em seus relatos: “Na hora a gente fica meio [...] por que é uma coisa que é muito delicada. Mas abaixo de Deus estão os médicos [...] então acho que eu estava bem acompanhado por Deus e pelos médicos”; “Mas ‘aquele lá em cima’ sabe o que faz e os médicos também são muito bons”.

Ao explorarem os significados atribuídos à doença cardíaca por 15 pacientes pré-cirúrgicos em tratamento ambulatorial, Wottrich et al. (2015) verificaram que o impacto do adoecimento pode favorecer o mecanismo de negação da doença. Nesse sentido, mesmo quando os sintomas sinalizam o adoecimento do corpo, há uma necessidade de manter o funcionamento normal da vida, impedindo a elaboração da doença enquanto uma limitação real (WOTTRICH et al., 2015). Conforme destacam Wottrich et al., embora a negação seja considerada uma defesa necessária à manutenção da integridade psíquica, quando instalada rigidamente, pode ser prejudicial ao tratamento. A resistência inicial vivenciada por P5 pode estar relacionada ao mecanismo de negação, instalado, inicialmente, como forma de defesa psíquica em relação à enfermidade, mas que, posteriormente, consegue ser elaborado com o apoio recebido das filhas.

O paciente P5 aponta dois aspectos negativos relacionados à experiência da cirurgia. Um deles é a troca da equipe médica que ocasionou a demora em realizar a cirurgia, conforme observado em seu relato: “Aí eu decidi fazer, mas deu os problemas com os médicos e demorou”. Outro fator vivenciado de forma negativa pelo paciente foi a permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) imediatamente após a intervenção

cirúrgica, conforme explicitado no trecho: “A única coisa é que fiquei meio ruim na UTI”. A saída da UTI e o retorno para o quarto são vivenciados pelo paciente com uma sensação de alívio, conforme apontado em seu relato: “Nos dois dias que fiquei lá (na UTI) foi difícil para mim, mas depois que fui para o quarto parece que melhorou”.

Estudo qualitativo realizado por Parcianello, Fonseca e Zamberlan (2011), objetivou conhecer as necessidades vivenciadas pelos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, durante a permanência na UTI. Os relatos dos 20 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) revelaram momentos vivenciados de nervosismo, ansiedade e angústia, que se mostraram associados ao fato de estarem em um ambiente desconhecido e longe da família. A UTI foi descrita pelos pacientes como um ambiente assustador, responsável por desestabilizar emocionalmente o paciente, principalmente por estar supostamente associado à gravidade da doença e risco iminente de morte. Em complementar, estudo qualitativo desenvolvido por Guirardello et al. (1999) identificou a percepção dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, sobre a permanência na UTI, verificando que o ambiente da UTI costuma estar associado à morte e à finitude. O desconhecimento do espaço físico e da rotina desta unidade criam fantasias relacionadas à terminalidade, acarretando sentimentos de medo em relação ao sofrimento e à dor. Apesar da visão estereotipada da UTI vinculada à ideia de sofrimento e de morte iminente, os depoimentos dos pacientes revelaram, também, aspectos que apontam para a concepção de renascimento durante este período.

Além do apoio das filhas, da fé em Deus e da confiança na equipe médica, o paciente aponta o suporte oferecido pela equipe de saúde como importante recurso que o ajudou a enfrentar o processo de hospitalização e o motivou frente ao tratamento, conforme apontado em seu relato: “As enfermeiras ajudaram bastante, pois são pessoas muito boas. E o tratamento é muito bom. Nossa, é ótimo! [...] Não tem um melhor que o outro, é tudo igual,

todo mundo tratava bem. Isso ajudou a enfrentar, pois todo mundo ajudava e animava a gente, todo mundo que trabalha aí é ótimo, e anima bastante”.

Diante da fragilidade, dependência física e emocional, a figura do profissional enfermeiro representa um papel de destaque, responsável pelas sensações de segurança e proteção vivenciadas pelo paciente submetido à cirurgia cardíaca (GUIRARDELLO et al., 1999). A compreensão aprofundada acerca da experiência vivenciada pelos pacientes em relação ao adoecimento do coração, à intervenção cirúrgica e ao sofrimento físico e psíquico inerente a esta condição, favorecem a reflexão sobre os aspectos psicológicos relacionados à cirurgia cardíaca, permitindo que tais aspectos possam ser trabalhados mais amplamente de forma interdisciplinar pelos profissionais da equipe de saúde que lidam com o paciente (WOTTRICH et al., 2010; WOTTRICH et al., 2013; WOTTRICH et al., 2015). Nesse processo, o psicólogo é apontado como responsável por atuar como potencializador primário da saúde psicológica do paciente cirúrgico cardíaco (WOTTRICH et al., 2015).

Para além do lado negativo, a experiência da cirurgia cardíaca é vivenciada por P5 de forma positiva e transformadora, responsável por acarretar mudanças de crenças e comportamentos relacionados ao estilo de vida que possuía anteriormente. Após passar pela experiência da cirurgia cardíaca, ele refere se sentir mais maduro e cuidar melhor da saúde, conforme explicitado em seu relato: “Acho que sim, mudei um pouco. Parece que a gente fica mais velho. Eu bebia muita cerveja e agora não estou bebendo, estou me cuidando mais”.

Ao investigarem a percepção dos pacientes cardiopatas em pós-operatório em relação à cirurgia cardíaca, Loss, Mantovani e Souza (2003) ressaltam a capacidade de repensar valores e dar um novo sentido à vida, desenvolvidos pelos pacientes cardiopatas em período de recuperação. A cirurgia é percebida pelos pacientes como responsável por

despertar o desejo de mudanças de hábitos em relação ao autocuidado, motivando o paciente a viver bem e com qualidade de vida, e não apenas a sobreviver.

O período da recuperação é vivenciado pelo paciente P5 com sentimentos de otimismo e gratidão. Ele agradece a Deus por ter sobrevivido e se sente feliz por estar melhorando, conforme aponta em seu relato: “Acho que para mim melhorou um pouco, por que graças a Deus correu tudo bem. O duro é [...] ficar parado, mas o resto está bom”. Apesar do desconforto apresentado, o paciente se apoia na fé em Deus para enfrentar este período: “Estou me sentindo bem, graças a Deus. O problema é que está um pouco de catarro, mas o médico disse que devagar vai saindo. Mas graças a Deus me sinto bem”. O otimismo e a fé em Deus contribuem para o reconhecimento dos benefícios obtidos na recuperação após a cirurgia, e motivam o paciente frente aos avanços que ainda precisa alcançar neste período, evidenciado pelo seguinte trecho: “Mas hoje, graça a Deus, estou bem. Estou bom, estou andando bem, mas ainda preciso andar mais”.

As avaliações realizadas por meio do BDI-II revelaram que o paciente não apresentou sintomas depressivos no período anterior à cirurgia. Na entrevista clínica, no entanto, revela ter se sentido triste quando soube da necessidade da cirurgia e pela insistência das filhas para que realizasse o procedimento, que tanto temia, conforme evidenciado no seguinte segmento: “Antes da cirurgia é por que eu não queria fazer, e minhas filhas ficavam insistindo, então ficava meio triste. E depois fiquei ótimo”. Embora relate se sentir melhor, o paciente apresentou sintomas depressivos após a cirurgia, os quais, possivelmente, estão relacionados aos fatores negativos vivenciados durante sua permanência na UTI.

A entrevista de P5 revela sentimento de medo e resistência inicial em relação à realização da cirurgia, os quais aparecem associados ao risco cirúrgico e às lembranças da morte do cunhado, mas que são superados com a fé em Deus e a confiança na equipe médica.

Sente-se triste com a descoberta da cirurgia que, inicialmente, não queria realizar, e com a insistência das filhas, que eram a favor da realização do procedimento. Após compreender melhor a necessidade do tratamento e vencer a resistência inicial, aceita se submeter ao procedimento, de modo que, a insistência das filhas reaparece como favorecedora de sua aceitação da cirurgia, motivando-o a realizá-la. Apesar dos fatores negativos, como a mudança da equipe médica, a demora em realizar o procedimento e o período de permanência na UTI, a experiência da cirurgia cardíaca é vivenciada pelo paciente de forma positiva e transformadora, responsável pelo desenvolvimento do senso de maturidade, mudança no estilo de vida e melhora no autocuidado em relação à saúde. O período da recuperação é vivenciado pelo paciente com sentimentos de otimismo e gratidão a Deus, e a equipe de saúde, apontada como importante suporte frente ao processo de hospitalização e ao tratamento.

5.2.1. Análise comparativa dos dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos dos cinco casos clínicos

Os dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos dos cinco casos clínicos analisados, aparecem dispostos no quadro 11.

Quadro 11. Dados demográficos, clínico-médicos e psicológicos dos cinco casos clínicos

Dados demográfico, clínico-médicos e psicológicos de P1, P2, P3, P4 e P5					
Variáveis	P1	P2	P3	P4	P5
Idade	67 anos	66 anos	77 anos	67 anos	65 anos
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Escolaridade	Fundamental incompleto	Fundamental incompleto	Analfabeta	Fundamental incompleto	Fundamental incompleto
Profissão	Caminhoneiro aposentado	Dona de casa	Lavadeira e passadeira aposentada	Cozinheira aposentada	Caminhoneiro aposentado
Estado Civil	União estável há 8 anos	Casada	Casada	Casada	Casado
Número Filhos	9 filhos (1 falecido e 2 adotados)	7 filhos	5 filhos (2 falecidos)	2 filhos	3 filhos
Religião	Católico	Evangélica	Católica	Católica	Católico
Comorbidades	HAS, Obesidade, Colesterol, Tabagismo	HAS e DM	HAS	HAS e DM	HAS
Familiares Cardíacos	Não	Não	Não	Sim	Sim
Histórico IAM	Sim	Não	Não	Sim	Não
Já se sentiu deprimido	Sim, após perda do filho há 4 anos	Sim, antes do conhecimento da enfermidade	Sim, após perda da mãe há 2 anos	Sim, antes do conhecimento da enfermidade	Não
Tratamento Depressão	Não	Sim, psicológico e medicamentoso (Durante 10 anos, cessou há 6 anos)	Sim (Medicamentoso iniciado há 2 anos e ainda em curso)	Não	Não
Complicações no PO	Sim (Infecção urinária)	Não	Sim (Taquidispnéia)	Não	Não
Sintomas depressivos T1	Moderado	Moderado	Grave	Mínimo	Mínimo
Sintomas depressivos T2	Mínimo	Leve	Grave	Mínimo	Leve
Sintomas depressivos T3	Moderado	Mínimo	Grave	Mínimo	Mínimo

Os dados demográficos dos cinco casos clínicos analisados apontam para a predominância de pacientes com idade superior a 60 anos, os quais são pertencentes a uma amostra com população majoritariamente de idosos, consistente com os dados encontrados na

literatura (PEREIRA, 2015; CAMPONOGARA, SILVEIRA, CIELO, 2014; TULLY, BAKER, 2012; ARAÚJO et al., 2013; FERNANDES, ALITI, SOUZA, 2009; PINTON et al., 2006).

Entre os entrevistados, 3 eram mulheres 4 eram aposentados, o que, possivelmente se relaciona à faixa etária dessa população. Quanto às profissões declaradas, dois pacientes do sexo masculino, P1 e P5, eram caminhoneiros aposentados, e as demais pacientes, do sexo feminino, tinham profissões relacionadas ao trabalho doméstico, como lavadeira e passadeira, e cozinheira. A única participante que não se declarou aposentada foi a paciente P2, que se considerava dona de casa por profissão. No que concerne à escolaridade, nenhum dos pacientes selecionados para a entrevista havia completado o Ensino Fundamental, sendo que, P3 não chegou a estudar. O baixo nível de escolaridade e o tipo de profissão apresentados pelos pacientes representam o perfil característico da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Todos os pacientes entrevistados possuíam relacionamento afetivo-sexual estável, sendo a maioria casada e P1 com união estável. Quanto à existência de filhos, a quantidade variou de 2 a 9 filhos. A presença de muitos filhos pode facilitar maior disponibilidade de apoio aos doentes. A importância do suporte familiar durante o período da hospitalização para a realização da cirurgia foi destacada nos relatos de P2, P3 e P5. Todos os pacientes entrevistados possuíam algum tipo de vinculação religiosa, sendo que, 4 se declararam católicos e 1 (P2), se declarou evangélica. Todos, portanto, possuíam algum tipo ou grau de religiosidade, independentemente de frequentarem ou não suas Igrejas.

Em relação aos dados clínico-médicos, todos os pacientes entrevistados possuíam HAS como fator de risco. O paciente P1 apresentou mais comorbidades do que os demais participantes, sendo que, além da HAS, possuía obesidade, colesterol e tabagismo e, embora

não tivesse fator hereditário para doença cardíaca, já havia sofrido um episódio de IAM. Dentre os demais entrevistados, P2 e P4 possuíam diabetes mellitus além da HAS, sendo que, P4 apresentava histórico hereditário de doença cardíaca e um episódio de IAM. Os pacientes P5 e P3 apresentavam apenas HAS como comorbidade. No entanto, P5 apresentava histórico familiar para doença cardíaca. Já a paciente P3, destacou-se por possuir histórico de tratamento para depressão e por apresentar sintomatologia grave de depressão durante o período da hospitalização, confirmando os dados encontrados na literatura que indicam que a depressão pode ser considerada fator de risco associado (MATTOS et al., 2005) ou isolado para a DAC (QUINTANA, KALIL, 2012; PINTON et al., 2006; PEREZ et al., 2005; MANICA et al., 1999).

No que concerne aos dados clínico-psicológicos, a maior parte dos pacientes entrevistados relatou já ter se sentido deprimido, sendo que, P1 e P3 associaram os sintomas depressivos à perda de seus familiares (filho e mãe, respectivamente), e P2 e P4 mencionaram ter se sentido deprimido antes de saber da enfermidade cardíaca. Dentre os pacientes que relataram já terem se sentido deprimidos, P2 e P3 possuíam histórico prévio de tratamento para depressão, sendo que, P2 havia realizado o tratamento psicológico e medicamentoso durante 10 anos, mas que havia cessado há 6 anos. A paciente P3 havia iniciado tratamento medicamentoso para depressão há 2 anos, época de falecimento de sua mãe. Ela ainda estava em tratamento durante a realização da pesquisa e apresentou sintomatologia grave de depressão durante a internação hospitalar, condição que permaneceu após o seu retorno para casa. O paciente P5 foi o único que relatou nunca ter se sentido deprimido anteriormente, mas apresentou sintomas depressivos no pós-operatório, durante a internação hospitalar, os quais possivelmente estão relacionados aos aspectos negativos vivenciados durante a hospitalização. De modo geral, a maioria dos participantes apresentaram sintomas depressivos em algum momento da hospitalização, com exceção de P4 que, embora tenha relatado já ter se

sentido deprimida, não possuía histórico de tratamento para depressão e não apresentou sintomas depressivos durante a internação, relatando tristeza apenas durante o período da recuperação em função das limitações físicas inerentes à este período. Destaca-se a presença de complicações no pós-operatório entre os pacientes P1 e P3, os quais apresentaram sintomatologia de depressão moderada e grave, respectivamente, no período pré-operatório.

Ressalta-se, que, os pacientes que apresentaram sintomas de depressão, com intensidades variando de moderada a grave, foram encaminhados para acompanhamento psicológico em serviços de Psicologia extra-hospitalares, após a alta hospitalar, conforme estabelecido pelo protocolo do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de Bauru (HBB) da Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP).

5.2.2. Análise comparativa das categorias obtidas nas entrevistas dos cinco casos clínicos

As categorias gerais identificadas nas entrevistas dos casos clínicos analisados aparecem dispostas no quadro 12.

Quadro 12. Categorias gerais identificadas nas entrevistas dos cinco casos clínicos

Categorias de P1, P2, P3, P4 e P5
1. O impacto do diagnóstico, a ambivalência afetiva e a resistência inicial
2. A percepção da magnitude da cirurgia
3. O medo da morte
4. O caráter positivo da cirurgia cardíaca
5. O papel da fé e da religiosidade
6. O suporte familiar
7. O suporte da equipe de saúde e o atendimento psicológico
8. Sentimentos no período da recuperação
9. Humor deprimido antes e após a cirurgia

Categoria 1 – O impacto do diagnóstico, a ambivalência afetiva e a resistência inicial

O diagnóstico de uma enfermidade cardíaca gera impactos no paciente, o qual desencadeia reações emocionais diversas, tais como as relatadas por P2, P4 e P5. A análise do relato de P2 aponta uma ambivalência afetiva em relação à cirurgia, pautada pelo desejo de não realizá-la devido ao medo e expectativa de sofrimento, por um lado e, por outro, a consciência de não ter outra opção para se manter vivo. O medo é vencido pela realidade e, conseqüentemente, pela aceitação da necessidade da cirurgia. O participante P4 também revela que, com o impacto do diagnóstico da enfermidade cardíaca, também teve vivências ambíguas e conflituosas, relacionadas às sensações de ‘estar doente’ e, por outro lado, a possibilidade de se ‘sentir saudável’ após a cirurgia. Percebe-se que, a paciente P4 sofre com o impacto da descoberta do diagnóstico, expresso pela dificuldade inicial de encarar e aceitar sua nova condição de "doente". Entretanto, tal impacto não acarretou resistências importantes em relação à cirurgia. No caso de P5, com o impacto da descoberta do diagnóstico, percebe-se, em seu relato, a presença de uma resistência inicial quanto à realização da cirurgia, evidenciando a manifestação de um mecanismo de negação como defesa psíquica contra a ansiedade gerada pelo diagnóstico. Para P5, o apoio recebido das filhas parece ter aliviado o sofrimento psíquico, fortalecendo a aceitação da cirurgia.

Categoria 2 – A percepção da magnitude da cirurgia

A cirurgia cardíaca é percebida pelos pacientes como algo grandioso e complexo. No caso de P1, a complexidade e magnitude da cirurgia, associadas à gravidade da

enfermidade cardíaca, contribuíram para a aceitação da cirurgia. A comparação estabelecida por P3 entre a primeira cirurgia (da tireoide) que havia realizado, a qual foi caracterizada por ela como muito grave e complexa, e a perspectiva da cirurgia cardíaca, parece ter facilitado a aceitação e a coragem de enfrentar esta cirurgia. Para os pacientes P2, P4 e P5 a percepção acerca da magnitude da cirurgia aparece associada à gravidade e ao risco do procedimento cirúrgico, fatores que os remetem ao medo da morte.

Categoria 3 – O medo da morte

A situação-limite imposta pela realização da cirurgia remete à questão da finitude da vida, desencadeando a sensação de iminência de morte no paciente que está prestes a realizar a cirurgia cardíaca. O sentimento de medo da morte é evocado, implícita ou explicitamente, nos relatos de todos os pacientes entrevistados, aparecendo de maneira implícita nas entrevistas de P1, P3 e P5, e mais, explicitamente, nos discursos de P2 e P4.

Categoria 4 – O caráter positivo da cirurgia cardíaca

A despeito das dificuldades, dos sentimentos de surpresa, angústia, medo e tristeza relacionados à descoberta do diagnóstico e à necessidade da cirurgia cardíaca, de modo geral, os pacientes entrevistados acabaram avaliando a realização da intervenção cirúrgica como algo necessário à continuidade de suas vidas, destacando-se, portanto, o caráter positivo da cirurgia cardíaca. A gratidão após a intervenção cirúrgica apareceu em

destaque nos relatos dos pacientes P1 e P2. A situação-limite imposta pela necessidade da cirurgia cardíaca, desencadeou, nos pacientes P4 e P5, reflexões e mudanças relacionadas ao estilo de vida e ao autocuidado com a saúde no período da recuperação. No caso de P4, a experiência da cirurgia contribuiu para o reconhecimento dos próprios limites e das mudanças necessárias em relação ao estilo de vida que levava antes, principalmente em relação ao excesso de trabalho. Quanto a P5, a experiência da cirurgia cardíaca parece ter levado ao desenvolvimento de maior senso de maturidade, mudança no estilo de vida e melhora no autocuidado em relação à saúde. Em contrapartida, a condição depressiva da paciente P3 e o efeito traumático acarretado pela sua primeira cirurgia de câncer de tireoide, contribuíram para a construção de uma concepção negativa relacionada à experiência da cirurgia cardíaca marcada por sentimentos de medo e pavor.

Categoria 5 – O papel da fé e da religiosidade

De modo geral, todos os pacientes entrevistados demonstraram se apoiar na fé em Deus para enfrentar a cirurgia cardíaca. O relato de P1 revela a importância da religiosidade para o paciente, que, a todo momento, se utiliza da fé e das crenças religiosas, associadas à confiança na equipe médica como importantes recursos de enfrentamento diante da experiência da cirurgia. Para os pacientes P2, P4 e P5, o apoio na fé em Deus aparece de duas maneiras: em forma de entrega diante da cirurgia e em forma de gratidão por ter sobrevivido ao procedimento cirúrgico. Por outro lado, a fé em Deus não é utilizada com facilidade pela paciente P3, que, primeiramente, se esquivava, apoiada na experiência difícil que teve em cirurgia anterior, e que, somente após um apelo racional, se utiliza da fé em Deus para

efetivamente enfrentar a cirurgia cardíaca. Neste caso, a fé em Deus é utilizada como último recurso de enfrentamento pela paciente.

Categoria 6 – O suporte familiar

O suporte familiar é considerado pelos pacientes P2, P3 e P5, como importante recurso para terem lidado com a situação estressora da cirurgia e com o difícil período da recuperação posterior. O relato de P2 aponta a importância do suporte familiar, antes da realização da cirurgia, período em que se sentiu "nervosa" e irritada e necessitava de muita atenção e apoio dos familiares. Durante a recuperação da cirurgia, após retornar para casa, também precisou de muita ajuda e cuidados dos familiares, em função das limitações físicas decorrentes do processo de recuperação. No caso de P3, a sensação de impotência experienciada no período de recuperação da cirurgia, parece ter sido parcialmente superada com o apoio e incentivo recebido dos familiares, em especial dos netos, que a motivaram para lutar pela recuperação. Por outro lado, o excesso de cuidados oferecidos pelos familiares de P3, pode favorecer seu estado de dependência e não incentivar a autonomia necessária ao seu processo de reabilitação. Em relação à P5, o medo e a resistência inicial são superados com o apoio que recebe das filhas, cujo posicionamento em favor da cirurgia favoreceu sua aceitação, motivando sua realização.

Categoria 7 – O suporte da equipe multidisciplinar de saúde e o atendimento psicológico

O suporte oferecido pela equipe multidisciplinar de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e psicólogos, é mencionado nos relatos dos pacientes P1, P2, P4 e P5, como importante fonte de apoio para enfrentarem a cirurgia cardíaca e o processo de hospitalização. A confiança na equipe médica é apontada por P1 como favorecedora de sua "entrega" ao procedimento cirúrgico, e mobilizadora de sentimentos de gratidão após o sucesso obtido. Da mesma forma, a confiança na equipe médica e o suporte oferecido pela equipe de enfermagem são mencionados pelo paciente P5 como importante fonte de motivação em relação ao tratamento e de suporte frente à hospitalização. No caso de P4, o atendimento psicológico se destacou em seu relato, por oferecer acolhimento e suporte necessários às demandas apresentadas pela paciente no período anterior à cirurgia. A possibilidade de expressar suas angústias e temores no atendimento psicológico, gerou alívio, auxiliou na mudança de crenças negativas, e ajudou a enfrentar a cirurgia cardíaca. A importância do suporte psicológico também apareceu no relato de P2, quando mencionou o atendimento psicológico como facilitador da expressão dos sentimentos de tristeza e sofrimento presentes no período anterior à cirurgia.

Categoria 8 – Sentimentos no período da recuperação

Após a alta hospitalar e o retorno para casa, o período de recuperação da cirurgia cardíaca foi marcado por sentimentos de tristeza e sensação de impotência, conforme aparecem relatados pelos pacientes P1, P2, P3 e P4. No caso de P1, a tristeza e a impotência

estão relacionadas à necessidade de se afastar do trabalho durante o período de recuperação da cirurgia. Ressalta-se, ainda, o sentimento de vergonha apontado por P1 em relação ao uso da sonda vesical de demora, a qual parece acentuar a sensação de impotência vivenciada durante o período da recuperação. Da mesma forma, P2 e P4 relatam sentimentos de tristeza e impotência relacionados à perda de autonomia decorrente das limitações físicas e restrições das atividades presentes no período da recuperação. A impotência parece estar associada à vulnerabilidade e à sensação de morte iminente vivenciadas por P2 durante o período de recuperação da cirurgia. Além da sensação de impotência, a dependência em relação aos cuidados de terceiros aparece nos relatos das pacientes P2 e P3. O desânimo e a sensação de insegurança, pertinentes à condição depressiva de P3, favorecem o estado de dependência apresentado por esta paciente durante o período de recuperação. Por outro lado, o paciente P5 vivencia o período da recuperação com sentimentos de otimismo e gratidão.

Categoria 9 – Humor deprimido antes e após a cirurgia

O humor deprimido enquanto categoria de análise aparece no relato de todos os pacientes entrevistados em relação à experiência da cirurgia cardíaca. Nos pacientes P1 e P2, o humor deprimido aparece no período anterior à cirurgia. No caso de P1, o humor deprimido está relacionado ao processo judicial contra o ex-patrão devido às condições inadequadas de trabalho e às lembranças da perda de um filho por suicídio, rememoradas durante o período da hospitalização. No caso da paciente P2, o humor deprimido é atribuído ao medo de morrer associado ao medo de se separar de sua família. A paciente P3 se destaca por apresentar um quadro de depressão diagnosticado anteriormente à internação hospitalar, e que permaneceu presente durante todo o processo de hospitalização até o período do retorno ao atendimento

psicológico ambulatorial. A paciente P4, no entanto, não apresentou sintomatologia depressiva nas avaliações realizadas por meio do BDI-II, nem antes e nem após a cirurgia, mas mencionou a presença de humor deprimido relacionado às limitações físicas e restrições das atividades durante o período da recuperação, após o retorno para casa. Em relação ao paciente P5, as avaliações realizadas por meio do BDI-II não revelaram sintomas depressivos no período anterior à cirurgia, mas, durante a entrevista, o paciente revelou ter se sentido triste após a indicação da cirurgia cardíaca. Mesmo tendo relatado se sentir bem após a cirurgia, P5 apresentou sintomas depressivos, de acordo com a avaliação realizada pelo BDI-II, os quais, possivelmente, estivessem relacionados aos fatores negativos vivenciados durante sua permanência na UTI, conforme sugerem seus relatos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos apontam para a alta prevalência de sintomas de depressão em pacientes com doença arterial coronariana, antes e após a cirurgia de revascularização do miocárdio, não se constatando mudanças significativas em relação à presença de sintomatologia depressiva entre o pré e o pós-operatório, de acordo com o instrumento utilizado neste estudo para a avaliação da depressão. De modo geral, a intensidade dos sintomas depressivos melhorou entre o pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca, sugerindo que tal melhora pode estar relacionada à sensação de alívio revelada pelos pacientes após a constatação de que o procedimento cirúrgico foi bem sucedido, apesar de seus riscos e complexidade. A expectativa de melhora da condição física e da qualidade de vida após a cirurgia também pode estar associada à melhora dos sintomas de depressão, o que corrobora dados encontrados na literatura. No entanto, a melhora dos sintomas depressivos não ocorreu entre os pacientes avaliados como tendo grave sintomatologia depressiva no pré-operatório e que relataram depressão prévia ao diagnóstico da doença e indicação de cirurgia. Estes mantiveram a intensidade grave dos sintomas no pré e no pós-operatório da cirurgia cardíaca, sugerindo que, nestes casos, a influência do processo de hospitalização e o sucesso da cirurgia em relação à alteração de humor se constituíram fatores secundários à condição psicológica prévia do paciente. Ressalta-se, que, do presente estudo, participaram pacientes com indicação de cirurgia cardíaca eletiva e que, portanto, tiveram tempo para se preparar para a hospitalização e a cirurgia. Esta condição difere da situação em que a cirurgia cardíaca é de caráter urgente. Neste caso, o impacto da hospitalização repentina pode acarretar ou exacerbar sintomas depressivos ou outras condições psíquicas. Os dados clínico-psicológicos dos pacientes permitiram identificar um alto índice de relatos indicativos da presença de sintomas depressivos antes do conhecimento da enfermidade cardíaca, o que se confirma pela maior

incidência de sintomas depressivos na primeira avaliação (T1) realizada neste estudo. Estes dados corroboram os encontrados na literatura, referindo possível associação entre doença cardíaca e depressão. A análise qualitativa das entrevistas dos cinco casos clínicos revelou que, apesar dos sentimentos negativos de medo, pavor, e resistência relacionados ao impacto do diagnóstico da enfermidade cardíaca, da indicação da cirurgia e das dificuldades relacionadas ao período de recuperação, a experiência da cirurgia é vivenciada, de forma geral, como positiva, marcada por sentimentos de alívio e gratidão. A sensação de alívio sentida pelos pacientes após a realização do procedimento cirúrgico, pode ter contribuído para melhora dos sintomas depressivos apresentados entre os momentos pré e pós-operatório. A cirurgia cardíaca aparece, também, como experiência positiva, ao desencadear reflexões e mudanças relacionadas ao estilo de vida e ao autocuidado com a saúde nestes pacientes. Ao lidarem com os impactos do diagnóstico de uma doença grave, com a necessidade de realizar uma cirurgia complexa e de risco, com a hospitalização, bem como com as limitações e dificuldades no período de recuperação pós-cirúrgico, a fé e a religiosidade, o suporte familiar e o suporte oferecido pela equipe multidisciplinar são utilizados pelos pacientes como recursos fundamentais para enfrentarem esta experiência, conforme evidenciado em seus relatos. Ressaltam-se os benefícios da ação do psicólogo hospitalar na Unidade de Cardiologia, responsável por facilitar a expressão dos sentimentos e ambiguidades dos pacientes indicados para cirurgia cardíaca eletiva, auxiliar no alívio das ansiedades e angústias, trabalhar as expectativas negativas relacionadas à cirurgia e ao processo de hospitalização, e, desta forma, favorecer a eliminação ou diminuição dos sintomas depressivos. Intervenções adequadas do psicólogo podem reduzir os efeitos do estresse, melhorando o funcionamento imunológico e a regulação psicofisiológica geral, atuando como fator potencializador da saúde psíquica do paciente cardíaco hospitalizado e de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AIUB, A. L. C; WIEHE, M. H; ROTERT, R; BARRAZ, A. C. G; RUSCHEL, P. P. Ansiedade em pacientes cardíacos pré-cirúrgicos. **Rev. Soc. Cardiol.**, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 6-8, nov./dez., 1995.

ALVES, T. C. T. F.; FRÁGUAS, R.; WAJNGARTEN, M. Depressão e infarto agudo do miocárdio. **Rev Psiq Clín.**, São Paulo, v. 3, n. 36, p. 88-92, 2009.

ARAÚJO, N. R. de; ARAÚJO, R. A. de; OLIVEIRA R. C. de; SILVA, BEZERRA, S. M. M. S. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 7, n.5, p. 1301-1310, maio, 2013.

AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S.; PEREIRA, J. C. R. P. Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de São Paulo. Uma Região Desenvolvida em um País em Desenvolvimento. **Arq Bras de Cardiol.**, São Paulo, v. 84, n. 3, p. 206-13, mar. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, D. O.; LOPES, R. L. M. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. **Rev Bas Enferma**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 295-298, maio-jun. 2007.

BENITES, A. C. **Vivências de pacientes com câncer em cuidados paliativos e o significado da espiritualidade**. 2014. 122f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2014.

BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. **Rev. Bras Reumatol.**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 47-54, mar./abr. 2005.

BOTEGA, N. J. Reação à doença e à hospitalização. In: _____. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2012. p. 46-61.

BOTEGA, N. J.; FURLANETTO, L. M.; FRÁGUAS J.R., R. Depressão. In: BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. 2ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006. p. 225-246.

BLUMENTHAL, J. A.; LETT, H. S.; BABYAK, M.A.; WHITE, W.; SMITH, P. K.; MARK, D. B.; JONES, R.; MATHEW, J. P.; NEWMAN, M.F. Depression as a risk factor for a mortality after coronary artery by-pass surgery. **Lancet**, v. 362, p. 604-609, 2003.

CAMPONOGARA, S.; SOARES, S. G. A.; SILVEIRA, M.; VIEIRO, C. M.; BARROS, C. M.; CIELO, C. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 382-390, jul./set. 2012.

CAMPONOGARA, S.; SILVEIRA, M.; CIELO, C. Percepções de pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular sobre o adoecimento. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 4, n. 1, p. 993-1003, jan./abr. 2014.

CHENIAUX, E. Psicopatologia e diagnóstico da depressão. In: QUEVEDO, J. SILVA, A. G. (Org.) **Depressão: Teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 39-48.

COSTA, A. F. C; BRASIL, M. A.; PAPI, J. A. AZEVEDO M. N. L Depressão, Ansiedade e Atividade de Doença na Artrite Reumatóide. **Rev Bras Reumatol.**, São Paulo, v. 48, n.1, p. 7-11, jan./fev. 2008.

COSTA, L. G.; MAGALHÃES, P. V. S. Epidemiologia do transtorno depressivo maior. In: QUEVEDO, J. SILVA, A. G. (Org.) **Depressão: Teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 29-38.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. **Rev. Latino-am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.9, n. 6, p. 31-6, nov. 2001.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DESSOTTE, C. A. M.; SILVA, F. S.; BOLETA, F.; ROSSI, L. A.; DANTAS, R. A. S. Presença de sintomas depressivos em pacientes com primeiro episódio de síndrome coronariana aguda. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n.1, p. 1-7, jan./fev. 2013.

FERNANDES, M. V. B.; ALITI, G.; SOUZA, E. N. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 993-9, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/33255/17591>>. Acesso em 9/06/2015.

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Rev. SBPH [online]**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 51-63, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582005000200005&script=sci_arttext> Acesso em: 9/06/2015.

FIGUEIREDO, A. E. B.; SILVA, R. M.; MANGAS, R. M. N.; VIEIRA, L. J. E. S.; FURTADO, H. M. J.; GUTIERREZ, D. M. D.; SOUSA, G. S. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1993-2002, ago. 2012.

FLECK, M. P.; BERLIM, M. T.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F.; HETEM, L. A. Revisão das diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 31, n.1, p. S7-17, 2009.

FONSECA, F. C. A.; COELHO, R. Z.; NICOLATO, R.; MALLOY-DINIZ, L. F.; da SILVA FILHO, H. C. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J Bras Psiquiatr.**, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009.

GOIS, C. F. L. **Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de pacientes, antes e seis meses após revascularização do miocárdio.** 2009. 94f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

GORENSTEIN, C.; PANG, W. Y.; ARGIMON, I. L.; WERLANG, B. S. G. **BDI-II: Inventário de Depressão de Beck II – adaptação para o português.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

GALTER, C.; RODRIGUES, G. C.; GALVÃO, E. C. F. A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca. **J Health Sci Inst.** v. 28, n. 3, p. 255-258, 2010.

GUEDES, A. M. A.; NASCIMENTO, F. T.; NETO, E. N.; NASRALA, M. L. S. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre homens e mulheres após revascularização do miocárdio. **COORTE - Revista Científica do Hospital Santa Rosa**, v. 1, n. 1, p. 39-48, 2010.

GUIMARÃES, R. M.; FREIRE NETO, J. B.; SILVA, E. A. C.; SILVA, E. A.; MOURA, E. B. Depressão: a morbidade oculta em pacientes idosos cirúrgicos. **Brasília med**, v. 34, n. 1/2, p. 5-14, 1997.

GUIRARDELLO, E. de B.; ROMERO-GABRIEL, C. A. A.; PEREIRA, I. C.; MIRANDA, A. F. Apercepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.2. p. 123-129. jun. 1999.

HORTA, C. R.; NEME, C. M. B.; CAPOTE, P. S. O.; GIBRAN, V. M. O papel da fé no enfrentamento do câncer. In: NEME, C. M. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. (org.) **Psicologia da saúde: Perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003. p. 149-171.

IBM Corp. Released 2010. **IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0**. Armonk, NY: IBM Corp.

ISMAEL, S. M. C. Sofrer do coração. In: QUAYLE, J.; DE LUCIA, M. C. S. (org.) **Adoecer: as interações do doente com sua doença**. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p. 147-157.

JURKIEWICZ, R.; ROMANO, B. W. Doença Arterial Coronariana e Vivência de Perdas. **Arq Bras Cardiol**. v. 91, n. 3, p. 352-359, 2009.

KOERICH, C.; BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M.; HIGASHI, G. D. C. Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 1, p. 8-13, 2013.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p. 95-118.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona, México: Martinez Roca, 1986.

LEMOS, C.; GOTTSCHALL, C. A. M.; PELLANDA, L. C. MULLER, M. Associação entre depressão, ansiedade, e qualidade de vida após infarto do miocárdio. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 24, n. 11, p. 471-476, out./dez. 2008.

LEMOS, K. F.; DAVIS, R.; MORAES, M. A.; AZZOLIN, K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 1, p. 129-35, mar. 2010.

LIPP, M. E. N. Stress emocional: esboço da teoria de “temas de vida”. In: Lipp, M. E. N. (Org.). **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Papirus, 2004. p. 17-30.

LIPP, M. E. N.; FRARE, A.; SANTOS, F. U. Efeitos das variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional. **Estudos de Psicologia Campinas**, v. 24, n. 2, p. 161-167, abril/junho, 2007.

LOSS, E.; MANTOVANI, M. de F.; SOUZA, R. H. S. A percepção do cardiopata frente à cirurgia cardíaca. **Cogitare enferm**, v. 8, n. 1, p. 65-71, jan./jun. 2003.

LUNELLI, R. P.; RABELLO, E. R.; STEIN, R.; GOLDMEIER, S.; MORAES, M. A. Atividade sexual pós-infarto do miocárdio: Tabu ou desinformação. **Arq Bras Cardiol**, v. 90, n.3, p. 172-176, 2008.

MANICA, A. L. L.; LEÃES, C. G. S.; FREY, B. N.; JURUENA, M. F. O papel da depressão na doença coronária. **Arq Bras Cardiol.**, Porto Alegre (RS), v. 73, n. 2, jan. 1999.

MATTOS, M. A.; LOUGON, M.; TURA, B. R.; PEREIRA, B. B. Depressão e síndrome isquêmica coronariana aguda. **Revista da SOCERJ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, Jul/Ago. 2005.

MCINTYRE, T. FERNANDES, A. C.; ARAÚJO-SOARES, V. Intervenção psicológica na reabilitação pós-enfarte do miocárdio: um esforço interdisciplinar. **Psicologia, saúde & doença**, v. 1, n. 1, p. 53-60, 2000.

NASCIMENTO, A. B.; CHAVES, E. C.; GROSSI, S. A. A. Depressão, cortisol urinário e perfil sócio-demográfico de portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1272-1276, nov. 2009.

NEME, C. M. B. **Enfrentamento do câncer: ganhos terapêuticos com psicoterapia num serviço de psiconcologia em hospital geral**. 1999. 395f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

NEME, C. M. B.; SOLIVA, S. N.; RIBEIRO, E. J. História prévia de eventos de estresse e câncer de mama, útero e ovário. In: NEME, C. M. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. (org.) **Psicologia da saúde: Perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003. p. 95-118.

NEME, C. M. B. Ganhos terapêuticos com Psicoterapia Breve em Serviço de Psico-oncologia Hospitalar. In: SIMON, C. P.; MELO-SILVA, L. L.; dos SANTOS, M. A. e cols. (org.). **Formação em Psicologia: Desafios da diversidade na pesquisa e na prática**. 1a ed. São Paulo: Vetor, 2005, v. 01, p. 39-66

OLIVEIRA, S. A.; DALLAN, L. A. O.; LISBOA, L. A. F. Intervenções cirúrgicas na doença arterial coronária crônica. In: NOBRE, F.; SERRANO Jr., C. V. (org). **Tratado de cardiologia** SOCESP, 2005, p. 615-629.

OLIVEIRA, M. F. P.; LUZ, P. L. O Impacto da cirurgia cardíaca. In: DE MELLO FILHO, Júlio. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992. p. 253-263

OLIVEIRA, S. A.; OLIVEIRA, M. F. P. Psicologia e cardiologia: Um desafio que deu certo. In: RIBEIRO, A. L. A.; GAGLIANI, M. L. **Psicologia e cardiologia: Um desafio que deu certo**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010, p. 1-4.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; PIERIN, A. M. G. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 17, n. 2, p. 241-249, abr-Jun. 2008.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Global Status Report. On noncommunicable diseases 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1> Acesso em: 13/07/2015.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Guia Global: Cidade Amiga do Idoso, 2008. Disponível em: < <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>> Acesso em: 15/11/2015.

PARCIANELLO, M. K.; FONSECA, G. G. P.; ZAMBERLAN, C. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós-cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.3, n. 1, p. 305-312, jul/set. 2011.

PEREIRA, C. **Um estudo em cardiopatas submetidos à revascularização do miocárdio: ansiedade e depressão**. 2015. 108f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2015.

PEREZ, G.H.; NICOLAU, J.C., ROMANO, B.W., LARANJEIRA, R. Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 85, n. 5, p. 319-26, nov. 2005.

PINTON, F. A.; CARVALHO, C.F.; MIYAZAKI, M. C. O. S.; DE GODOY, M. F. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 21, n. 1, p. 68-74, fev. 2006.

QUINTANA, J. F.; KALIL, R. K. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. **Psicologia hospitalar**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 17-32, jul. 2012.

REZENDE, V. L.; DERCHAIN, S. F. M.; BOTEGA, N. J.; SARIAN, L. O. VIAL, D. L.; MORAIS, S. S. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 27, n. 12, p. 737-743, dez., 2005.

SANTOS, E.; NEME, C. M. B.; TAVANO, L. D. Efeitos da intervenção psicológica preparatória à cirurgia, no processo de adaptação pós-operatório, em pacientes submetidos à cirurgia ortognática. **Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas**, v. 17, n. 2, p. 5-17, maio/agosto, 2000.

SEBASTIANI, R. W. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.); TRUCHARTE, F. A. R. KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010. p. 21-65.

SOARES, G. M. T., FERREIRA, D. C. S.; GONÇALVES, M. P. C.; ALVES, T. G. S.; DAVID, F. L.; HENRIQUES, K. M. C.; RIANI, L. R. R. Prevalência das principais complicações pós-operatórias em cirurgias cardíacas. **Rev. Bras Cardiol.**, Juiz de Fora (MG), v. 24, n. 3, p. 139-146, maio/junho, 2011.

TENG, C. T.; HUME, E. D. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-159, mar. 2005.

TULLY, P. J.; BAKER, R. Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. **Journal of Geriatric Cardiology**. v. 9, n. 2, p. 197-208, jun. 2012.

ULHÔA, M. A.; MARQUEZE, E. C.; LEMOS, L. C.; da SILVA, L. G.; SILVA, A. A.; NEHME, P.; FISHER, F. M.; MORENO, C. R. C. Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1130-1136. abr. 2010.

VARGAS, T. V. P.; MAIA, E. M.; DANTAS, R. A. S. Sentimentos de pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 383-388. junho 2006.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A.; COSTA, M. C. S. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 750-6, mar. 2008.

WOTTRICH, S.; QUINTANA, A.M.; CAMARGO, V. P.; BECK, C. L. C. “Manifestos do Coração”: Significados Atribuídos à Doença por Pacientes Cardíacos Pré-cirúrgicos. **Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 31 n. 2, p. 213-219, Abr./Jun. 2015.

WOTTRICH, S.; QUINTANA, A.M.; CAMARGO, V. P.; LEITE, C. T.; QUADROS, C. O. P. Enfrentamento da cirurgia cardíaca: atribuições de significados por pacientes pós-cirúrgicos In: XIV Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão, Santa Maria, RS. **Anais do XIV SEPE**, 2010.

WOTTRICH, S.; QUINTANA, A.M.; CAMARGO, V. P.; QUADROS, C. O. P. NAUJORKS, A. A. Significados e vivências mediante a indicação cirúrgica para pacientes cardíacos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 609-619, out./dez. 2013

ZORNOFF, L. A. M.; MOLINA, R. B. G.; SIMÕES, E. F.; CICOGNA, A. C. Conceitos e avaliação clínica da doença arterial coronária crônica. In: NOBRE, F.; SERRANO Jr., C. V. (org). **Tratado de cardiologia SOCESP**, 2005, p. 565-570.

APÊNDICE I
FICHA DE REGISTRO DE DADOS DE PRONTUÁRIO

1. Número de Registro: _____
2. Data da Entrevista: ___/___/___
3. Sexo: () F () M
4. Idade: _____ anos
5. Escolaridade _____
6. Estado civil _____
7. Profissão/Ocupação _____
8. Hipótese Diagnóstica _____
9. Comorbidades:
 - () HAS
 - () Obesidade
 - () DM
 - () Tabagismo
 - () Outros: _____
10. Apresenta histórico familiar de parentes com problemas cardíacos:
 - () Não
 - () Sim
11. Apresenta histórico de episódios de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM):
 - () Não
 - () Sim. Quantos: _____
12. Já se sentiu deprimido ou triste? Se sim, Quando?
 - () Não
 - () Sim, antes conhecimento da enfermidade
 - () Sim, após conhecimento da enfermidade
13. Apresenta histórico prévio ou atual de tratamento para depressão:
 - () Não
 - () Sim. Quais: () Psicológico
() Psiquiátrico. Desde Quando: _____
14. Apresenta histórico de diagnóstico de transtorno psicológico e/ou psiquiátrico prévios à indicação cirúrgica:
 - () Não
 - () Sim. Qual Diagnóstico: _____

Qual Tratamento: _____

Desde Quando: _____

15. Houve complicações em POM:

Não

Sim. Qual tipo: _____

APÊNDICE II
ENTREVISTA CLÍNICA

I. Número de Registro: _____

II. Data da Entrevista: ___/___/___

III. _____Dias após a cirurgia.

IV. Religião _____

1. Como foi para você receber a indicação de cirurgia cardíaca e passar pela experiência da cirurgia de RM?

2. Como foi o retorno para casa e retomada de atividades após alta hospitalar?

3. Você acha que houve alguma mudança ou alteração em você em relação ao humor, sentimentos, e crenças considerando o período antes da cirurgia e após a cirurgia?

4. Você sente que estava deprimido antes da cirurgia ou se ficou deprimido após a cirurgia?

5. O que você acha que o ajudou a enfrentar essa doença e o período da hospitalização?

APÊNDICE III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa: SINTOMAS DEPRESSIVOS E EXPERIÊNCIA PESSOAL DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA.

O senhor (a) foi convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é verificar se os pacientes que passam pela cirurgia cardíaca apresentam sintomas de depressão e, também, analisar a experiência pessoal do paciente em relação à cirurgia cardíaca. Os resultados de sintomas depressivos obtidos antes e após a cirurgia cardíaca serão comparados a fim de verificar se há diferença de sintomatologia depressiva nos dois períodos de avaliação. Posteriormente ao período de internação, você poderá ser entrevistado para contar sobre sua experiência pessoal em relação à cirurgia cardíaca.

Nesta pesquisa necessitaremos de participantes voluntários, ou seja, pacientes que estiverem internados com indicação de cirurgia eletiva de revascularização miocárdica. O participante receberá um questionário, que será lido junto com a pesquisadora em voz alta. Dentre as questões, o participante deverá escolher uma afirmação que melhor descreva a forma como tem se sentido nas duas últimas semanas, respondendo oralmente o que lhe for perguntado. Esta etapa terá duração de aproximadamente 10 minutos. No caso de realização de entrevista, a fala do participante será gravada para que a pesquisadora não perca nada do que foi dito. A Entrevista terá duração de aproximadamente 30 minutos. Lembramos que, os instrumentos utilizados não oferecem danos às dimensões moral, cultural, espiritual ou social dos participantes.

A presente pesquisa estima favorecer a prevenção e o tratamento de sintomas depressivos nos pacientes internados para realização de cirurgia cardíaca, visando minimizar seu impacto durante a internação hospitalar e após a alta hospitalar. Afirmamos que os riscos apresentados por esta pesquisa são mínimos, de modo que, a aplicação do questionário ou da entrevista será realizada durante atendimento psicológico de rotina, que possuem caráter diagnóstico e terapêutico. No entanto, caso haja algum tipo de desconforto psicológico, o atendimento psicológico será interrompido e, se possível, retomado em outra oportunidade. Em caso de desconforto físico o atendimento será igualmente interrompido, e será acionada a equipe de saúde.

As informações obtidas serão utilizadas apenas com a finalidade de pesquisa, de forma que a identidade do participante não será revelada ou exposta. A participação na pesquisa é

livre, sendo que o participante poderá se recusar a participar da pesquisa, interromper sua participação ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que haja nenhum prejuízo, penalidade ou perda de benefícios. Este termo de consentimento livre e esclarecido é realizado em duas vias, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador para manter arquivada.

Eu, _____ abaixo assinado, como maior responsável, concordo voluntariamente em participar do estudo acima. Declaro que recebi informações detalhadas sobre a natureza e objetivos do estudo e sobre as solicitações que serão feitas a mim. Fui informado da inexistência de efeitos indesejáveis sobre o meu bem-estar durante a realização da pesquisa. Concordo em cooperar nos procedimentos envolvidos e que informarei de imediato, qualquer intercorrência. Tenho conhecimento de que sou livre para desistir do estudo a qualquer momento, sem a necessidade de justificar esta decisão, e que informarei o pesquisador o mais rápido possível em caso de desistência. Tenho conhecimento de que a minha participação é sigilosa, isto é, que meu nome não será divulgado em qualquer publicação, relatório ou comunicação científica referentes aos resultados da pesquisa. Confirmo que as informações que foram solicitadas são verdadeiras.

O voluntário será um contribuinte da ciência e não terá nenhuma prerrogativa frente àqueles que não participarão da pesquisa, não recebendo, portanto, nenhum tipo de benefício ou pagamento.

Cidade: _____, ____ / ____ / ____ .

Assinatura _____ (participante)

Cidade: _____, ____ / ____ / ____ .

Assinatura _____ (avaliadora responsável)

Prof. Dr. Carmem Maria Bueno Neme – cmneme@fc.unesp.br

UNESP, Campus Bauru, Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01; Vargem Limpa - cep 17033-360. Tel. (14) 3103.6000; e-mail: pospsi@fc.unesp.br

Pesquisadora responsável pelas avaliações: Maithê Cristina Uliana

e-mail: maithepsico@gmail.com

Quaisquer dúvidas ou reclamações quanto aos aspectos éticos desta pesquisa deverão ser encaminhadas para o Programa de Pós Graduação – UNESP – Av. Eng. Luiz Edmundo C. Coube, 14-01, Bauru-SP.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3103-6075.

Pesquisadora responsável: Maithê Cristina Uliana – Celular: (14) 9 8178-2466

ANEXO A – Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II)

ARG.04.11

BDI-II**Inventário de Depressão de Beck
Folha de Aplicação/Respostas**

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: _____
dia mês ano Cidade Estado País

Idade: _____ Sexo: M () F () Escolaridade: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Públ. () Priv. ()

Ocupação: _____ Data da Aplicação: ____/____/____
dia mês ano

Aplicador: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: _____
assinatura**Instruções:**

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo em volta do número (0, 1, 2 ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).

PEARSON

BDI-II. Copyright © 1996 NCS Pearson, Inc.
Brazilian adaptation Copyright © 2011 NCS Pearson, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from NCS Pearson, Inc.



© 2011 Casapsi Livraria e Editora Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
Rua Simão Álvares, 1020 — Pinheiros — São Paulo/SP — Brasil
CEP 05417-020 — Tel.: (11) 3034 3600 — www.casadopsicologo.com.br

A presente Folha de Aplicação/ Respostas é impressa em cores.
Caso desconfie de sua autenticidade, ligue para (11) 3034-3600.

<p>1. Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2. Pessimismo</p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p>3. Fracasso passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p>4. Perda de prazer</p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p>5. Sentimentos de culpa</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p> <p>6. Sentimentos de punição</p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>	<p>7. Auto-estima</p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10. Choro</p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p> <p>11. Agitação</p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p>12. Perda de interesse</p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É difícil me interessar por alguma coisa.</p>
--	--

Subtotal da página 1

13. Indecisão

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

14. Desvalorização

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

15. Falta de energia

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

16. Alterações no padrão de sono

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

18. Alterações de apetite

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

19. Dificuldade de concentração

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- 2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

20. Cansaço ou fadiga

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse por sexo

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Subtotal da página 1 Subtotal da página 2 Subtotal da página 2 Pontuação total

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SINTOMAS DEPRESSIVOS E EXPERIÊNCIA PESSOAL DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

Pesquisador: Maithê Cristina Uliana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40928815.4.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.023.520

Data da Relatoria: 09/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado que tem como meta estudar as relações entre depressão, condição psiquiátrica muito prevalente na população e a doença arterial coronariana, outra doença altamente prevalente na população. O projeto está bem escrito, em linguagem técnica típica da área, com fundamentação teórica clara e apresentação dos principais conceitos para a compreensão da proposta. Os procedimentos estão bem descritos, e a sequência de ações metodológicas está bem planejada. Participarão 30 pacientes com indicação para cirurgia eletiva de revascularização miocárdica do Setor de Cardiologia do Hospital de Base de Bauru. Os pacientes responderão ao Inventário de Depressão de Beck e desses, cinco serão eleitos para responder a uma entrevista clínica. O inventário será aplicado antes e depois do procedimento

cirúrgico, ainda durante o período de internação; a entrevista será realizada no período pós-operatório tardio; ainda serão obtidas informações de prontuários. A análise dos dados será quantitativa com análise estatística não paramétrica e qualitativa, com análise de conteúdo de Bardin (1977).

Objetivo da Pesquisa:

O projeto pretende avaliar a presença de sintomas depressivos em pacientes submetidos à cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio e parte da hipótese de que tanto a depressão é fator de

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01

Bairro: CEP: 17.033-360

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (143)103-6087 **Fax:** (143)103-6087 **E-mail:** arimaia@fc.unesp.br

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



Continuação do Parecer: 1.023.520

risco para o desenvolvimento de cardiopatias quanto a submissão à cirurgia cardíaca aumenta a ocorrência de depressão no pós-operatório. A proposta metodológica para atender aos objetivos também está clara e é pertinente ao tipo de estudo e proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios são previstos em relação à ampliação do conhecimento na área; não há previsão dos riscos e uma avaliação das ações necessárias para evitá-los.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem potencial para ampliar os saberes sobre a atuação dos profissionais da saúde no atendimento a pacientes em recuperação após cirurgia cardíaca. Está bem estruturado metodologicamente e tem boas condições de exequibilidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está elaborado adequadamente, em acordo com as normas presentes na resolução 466/12.

Recomendações:

nada a declarar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nada a declarar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto encontra-se em acordo com os parâmetros éticos e sua realização não apresenta riscos imediatos para os participantes.

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01

Bairro:

CEP: 17.033-360

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (143)103-6087

Fax: (143)103-6087

E-mail: arimaia@fc.unesp.br

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



Continuação do Parecer: 1.023.520

BAURU, 15 de Abril de 2015

Assinado por:
Ari Fernando Maia
(Coordenador)

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (143)103-6087 Fax: (143)103-6087 E-mail: arimaia@fc.unesp.br