



**Rafaela Oliveira Grillo**

**Quem vê cara não vê coração:  
A influência da resiliência na adesão ao tratamento da  
Insuficiência Cardíaca**

**Dissertação de Mestrado**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da PUC-Rio como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Flavia Sollero-de-Campos  
Coorientador: Prof. Ricardo Mourilhe Rocha

Rio de Janeiro  
Fevereiro de 2016



**Rafaela Oliveira Grillo**

**Quem vê cara não vê coração:  
A influência da resiliência na adesão  
ao tratamento da Insuficiência Cardíaca**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Profa. Flavia Sollero de Campos**  
Orientadora  
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Prof. Ricardo Mourilhe Rocha**  
Coorientador  
Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

**Profa. Sara Angela Kislanov**  
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Prof. Eugênio Paes Campos**  
UNIFESO

**Profa. Denise Berruezo Portinari**  
Coordenadora Setorial de Pós-Graduação  
e Pesquisa do Centro de Teologia  
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 23 de fevereiro de 2016.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

### **Rafaela Oliveira Grillo**

Graduada em Psicologia pela PUC-Rio. Especialista em Terapia de Família pelo IPUB/UFRJ. Especialista em Psicologia Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

#### Ficha catalográfica

Grillo, Rafaela Oliveira

Quem vê cara não vê coração: a influência da resiliência na adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca / Rafaela Oliveira Grillo; orientadora: Flavia Sollero-de-Campos ; co-orientador: Ricardo Mourilhe Rocha. – 2016.

121 f. : il. (color.) ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2016.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Insuficiência Cardíaca. 3. Adesão. 4. Resiliência. 5. Relação médico-paciente. I. Sollero-de-Campos, Flavia. II. Rocha, Ricardo Mourilhe. III. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. IV. Título.

CDD: 150

Dedico este trabalho aos pacientes que me ensinam tanto todos os dias.  
E ao meu pai por instigar minha curiosidade pela adesão.

## Agradecimentos

À Flavia Sollero-de-Campos, minha orientadora, por me acompanhar nesse caminho, sendo sempre tão acolhedora e me dando tanta liberdade na escrita.

Ao Ricardo Mourilhe Rocha, meu co-orientador, por abrir, de forma tão generosa, as portas do Ambulatório de Insuficiência Cardíaca para que eu pudesse realizar minha pesquisa.

À Dandara Ramos, pela brilhante ajuda com a análise estatística dos dados e a disponibilidade para compartilhar seu conhecimento comigo.

Ao CAPES e à PUC-Rio pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos Professores Eugenio Paes Campos e Sara Angela Kislánov por fazerem parte da banca examinadora.

Aos professores da PUC-Rio pelo aprendizado e espaço para discussão.

À Regina Pontes e Maria Cândida Soares, supervisoras e amigas, pelas sugestões bibliográficas, pelo carinho e por me inspirarem tanto.

À UDA de Psicologia Médica e Saúde Mental, especialmente Elizabeth Maria Pini Leitão, Sandra Fortes e à UDA de Cardiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, onde surgiu o interesse por realizar esse trabalho, por darem espaço para realizar a pesquisa.

À Lucia Boaventura, quem acendeu a chama do amor pela Cardiologia, quem compartilhou seu saber tão generosamente, quem incentivou o estudo e a prática tão cuidadosa, e me apresentou a tantas pessoas essenciais para esse processo de crescimento profissional.

À Christine Gribel, que me acolheu, reassegurou, me deu ferramentas e me motivou a cada passo do caminho.

A Nelia Mendes, Luana Flores e Roberta Lanzetta, colegas de turma, por serem gratas surpresas nesse percurso, fomentarem discussões e compartilharem

angústias. A todos os outros colegas de turma, pelas trocas e pelas risadas que descontraem.

À Mariana Barstad pela presença fundamental e as trocas constantes, mesmo quando os obstáculos pareciam intransponíveis. Aos tantos amigos que me acompanham nessa jornada pelo carinho, paciência, amizade e compreensão pela minha ausência, principalmente no final do percurso.

Ao Gabriel Machado, pelo companheirismo essencial, a ajuda, o carinho, o cuidado e por sempre acreditar e estimular os meus sonhos.

À minha família, que não só me dá apoio a cada desafio que enfrento, como também suporte e acolhimento nos momentos mais difíceis.

Aos meus avós, que mesmo não estando mais aqui, deixaram o exemplo da importância e o valor do estudo.

## Resumo

Grillo, Rafaela Oliveira; Sollero-de-Campos, Flavia. **Quem vê cara não vê coração: A influência da resiliência na adesão ao tratamento da Insuficiência Cardíaca**. Rio de Janeiro, 2016. 121p. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Adesão é o estabelecimento de uma atividade conjunta, na qual o paciente não apenas obedece a orientação médica, mas entende, concorda e segue a prescrição recomendada pelo seu médico. Significa que deve existir uma aliança terapêutica entre médico e paciente, na qual são reconhecidas não somente a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos os que estão envolvidos direta ou indiretamente no tratamento. A adesão varia devido a inúmeros fatores que estão relacionados com a doença, o tratamento, o doente e o método de medição. Não há consenso absoluto na definição de adesão, contudo, estudiosos concordam que a adesão não é universal e que algum tipo de não adesão é sempre esperado, mesmo no caso de doenças graves. Existem diversos fatores psicossociais que influenciam a adesão ao tratamento, dentre eles a relação médico-paciente e a resiliência. As doenças cardiovasculares são hoje uma das maiores causadoras de internações e mortes no Brasil. A Insuficiência Cardíaca é uma síndrome, com múltiplas possíveis causas, em que a boa adesão ao tratamento faz a diferença entre a vida e a morte, assim como na qualidade de vida do paciente. O objetivo deste estudo foi investigar a influência da resiliência na adesão ao tratamento e quais são os outros fatores que mais ajudam e dificultam os pacientes a aderir. **Métodos:** Foram investigados 50 pacientes de um ambulatório de Insuficiência Cardíaca de Hospital Universitário no Rio de Janeiro. **Instrumentos:** Questionário Sociodemográfico, Inventário Beck de Ansiedade, Inventário Beck de Depressão, Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidado (ASAS-R), Escala de Resiliência (RS-14), Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) e entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados com o programa SPSS e as respostas das entrevistas foram analisadas

utilizando a metodologia *qualiquanti*. **Resultados:** O tipo de adesão mais forte é a medicamentosa ( $t_{49}=4,30$ ;  $p<0,05$ ). A resiliência não se associou significativamente com a adesão medicamentosa ( $\rho=0,17$ ;  $p>0,05$ ) e a adesão às atividades físicas ( $\rho=0,30$ ;  $p>0,05$ ), mas apresentou significância estatística na adesão nutricional ( $\rho=0,39$ ;  $p<0,05$ ). Além disso, a relação médico-paciente apresentou-se como grande facilitadora da adesão ao tratamento. Em contrapartida, percebeu-se que a depressão atrapalha na adesão nutricional ( $\rho= -0,33$ ;  $p<0,05$ ) e às atividades físicas ( $\rho= -0,48$ ;  $p<0,05$ ), assim como no autocuidado ( $\rho= -0,42$ ;  $p<0,05$ ). **Conclusão:** Devido à amostra pequena, novos estudos com maior número de sujeitos devem ser realizados para uma melhor compreensão das atitudes dos sujeitos em relação ao tratamento. Contudo, tanto a resiliência como uma boa relação médico-paciente auxiliam o paciente a conquistar um maior grau de adesão ao tratamento.

## Palavras-chave

Insuficiência Cardíaca; adesão; resiliência; relação médico-paciente.



## Abstract

Grillo, Rafaela Oliveira; Sollero-de-Campos, Flavia (Advisor). **The face is no index to the heart: the influence of resilience in adherence to treatment of heart failure.** Rio de Janeiro, 2016. 121p. MSc. Dissertation - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Adherence is the establishment of a joint activity, in which the patient not only obeys the medical orientation, but understands, agrees and follows the prescription recommended by the doctor. It means that there must be a therapeutic alliance between doctor and patient in which not only the specific responsibilities of each party in the process is recognized, but also of all those involved directly or indirectly in treatment. The adherence varies due to several factors which are related to the disease, the treatment, the patient and the measuring method. There is no absolute consensus on the definition of adherence, but scholars agree that adherence is not universal and that some type of non-adherence is always expected, even in the case of serious diseases. There are several psychosocial factors that influence treatment adherence, including the doctor-patient relationship and resilience. Cardiovascular disease is now a major cause of hospitalization and death in Brazil. Heart failure is a syndrome with multiple possible causes, where the good treatment adherence makes the difference between life and death, as well as the quality of life of the patient. The objective of this study was to investigate the influence of resilience in adherence to treatment and what other factors that help and hinder patients' adherence. **Methods:** Fifty patients from a heart failure clinic of University Hospital in Rio de Janeiro were investigated. **Instruments:** Socio-demographic questionnaire, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Appraisal of Self Care Agency - Revised (ASAS-R), Resilience Scale (RS-14) Quality of Life Questionnaire (SF-36) and semi-structured interview. The data was analyzed using SPSS and the responses of the interviews were analyzed

using the quali quantitative analysis. **Results:** The strongest type of adherence is to the medication ( $t_{49}=4,30$ ;  $p<0,05$ ). Resilience was not significantly associated with medication adherence ( $\rho=0,17$ ;  $p>0,05$ ), and adherence to physical activities ( $\rho=0,30$ ;  $p>0,05$ ), but it was statistically significant in nutritional adherence ( $\rho=0,39$ ;  $p<0,05$ ). In addition, the doctor-patient relationship has been shown as a great facilitator of adherence. On the other hand, it was noted that depression impairs the nutritional adherence ( $\rho= -0,33$ ;  $p<0,05$ ) and adherence to physical activities ( $\rho= -0,48$ ;  $p<0,05$ ), as well as self-care ( $\rho= -0,42$ ;  $p<0,05$ ). **Conclusion:** Due to small sample, further studies with larger numbers of subjects should be conducted to better understand the attitudes of the subjects regarding the treatment. However, both resilience as a good doctor-patient relationship help the patient to achieve a greater degree of adherence to treatment.

## Keywords

Heart failure; adherence; resilience; doctor-patient relationship.

## Sumário

Introdução	14
1 Compreendendo o contexto	19
1.1 O simbolismo do coração	19
1.2 A Insuficiência Cardíaca	20
1.3 Adoecimento e os mecanismos de defesa do ego	24
1.4 O diagnóstico enquanto evento traumatizante	25
2 Adesão	31
2.1 Conceito de adesão	32
2.2 Conceito de <i>compliance</i>	33
2.3 Conceito de concordance	37
2.4 Grau de adesão	37
2.5 Fatores que influenciam a adesão	39
2.6 Adesão ao tratamento em pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca	42
2.7 A influência da relação médico-paciente na adesão	43
2.8 Aliança de trabalho	48
3 Resiliência	50
3.1 O conceito de resiliência	50
3.2 Características da resiliência	53
3.3 O desenvolvimento da capacidade de resiliência	56
3.4 Fatores de risco, fatores de proteção e estratégias de <i>coping</i>	59
3.5 A resiliência contribuindo para a adesão	60
3.6 Tipos de resiliência	62
3.7 Mensuração da resiliência	63
4 Métodos	64
4.1 Hipótese	64
4.2 Objetivo Geral	64
4.3 Objetivos Específicos	64

4.4 Justificativa	64
4.5 Metodologia Qualiquanti	67
5 Discussão dos Resultados	70
5.1. Análises descritivas	70
5.1.1 - Características sociodemográficas da amostra	70
5.1.2 - Caracterização das sub amostras por tipos de adesão ao tratamento	72
5.1.3 - Caracterização dos níveis de resiliência	76
5.2. Análises bivariadas	77
5.2.1 - Associações bivariadas com os tipos de adesão ao tratamento	77
5.2.2 - Associação entre Resiliência, Autocuidado, Ansiedade e Depressão	82
5.3 Modelos multivariados	83
5.4. Limitações do estudo	85
5.5 Estudos futuros	87
6 Considerações Finais	88
7 Referências bibliográficas	95
8 Apêndices	103
9 Anexos	107

“A doença é o lado escuro de vida, a cidadania mais onerosa. Todos nascem com dupla cidadania, no reino dos saudáveis e no reino dos doentes. Embora todos nós prefiramos usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde, cada um de nós é obrigado, pelo menos por um período, a nos identificarmos como cidadãos desse outro lugar”.

Susan Sontag

## Introdução

A prática da Psicologia no contexto hospitalar traz muitas dificuldades, questões e reflexões ao profissional. No ambiente hospitalar, nos deparamos com a dor e o sofrimento que vão além do aparelho psíquico, e, por fim, nos deparamos com a morte. Acompanhar o adoecimento e a morte de um paciente é uma tarefa árdua que exige muita disponibilidade emocional.

Assistir a um paciente internado apresentar melhora e receber alta hospitalar é algo extremamente gratificante. Mas, frequentemente, esse não é o caso. Por muitas vezes, vemos pacientes, com múltiplas internações, piorarem progressivamente e morrerem. A morte é algo inevitável e a única certeza de todo ser vivo, e é também a evolução inevitável de muitas doenças.

Estar doente, para muitos, é um sinal de fraqueza. A doença representa prejuízo corporal, sofrimento psíquico e limitação física. É um golpe narcísico que abala a integridade e se apresenta como um obstáculo ao exercício normal da vida. O adoecimento traz múltiplas perdas, inclusive a perda do status de pessoa saudável.

A Insuficiência Cardíaca, síndrome eleita como base para este estudo, traz diversos prejuízos à vida do doente. Com o diagnóstico, vêm muitas perdas e danos físicos ao portador. O momento do diagnóstico é crítico para o doente, pois pode ter efeito traumatizante para este, causando muitas dificuldades no processo de adoecimento e na forma como ele lida com o evento e como seguirá o tratamento.

Não é raro testemunhar casos de pacientes em que há possibilidade de melhora, ou até mesmo cura, mas isso não acontece. O paciente não adere ao tratamento, piora progressivamente e morre. Isso nos leva a questionar que fatores são esses que influenciam no destino da doença e do sujeito que a porta.

Para o Ministério de Saúde do Brasil, o conceito de adesão é "o estabelecimento de uma atividade conjunta, na qual o paciente não apenas

obedece a orientação médica, mas entende, concorda e segue a prescrição recomendada pelo seu médico. Significa que deve existir uma aliança terapêutica entre médico e paciente na qual são reconhecidas não somente a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos os que estão envolvidos direta ou indiretamente no tratamento" (p.152). A adesão varia devido a inúmeros fatores que estão relacionados com a doença, o tratamento, o doente e o método de medição (Cardoso & Garcia, 2012).

Não há consenso de definição de adesão, contudo, estudiosos concordam que a adesão não é universal e que algum tipo de não adesão é sempre esperado, mesmo no caso de doenças graves. Os pacientes não seguem exatamente aquilo que lhes foi prescrito e recomendado pelo médico.

As crenças do paciente em relação ao que é saúde e ao que é doença vão influenciar na decisão. Se o paciente melhora um pouco e abandona o tratamento por se sentir bem, seu entendimento do processo de doença precisa ser clarificado. Para um paciente que tem uma vivência da doença como ameaça à própria identidade, ou seja, que precisa se ver como uma pessoa sadia, terá dificuldades em admitir a necessidade de medicamentos e tratamentos, principalmente nas doenças crônicas. Pacientes com baixa escolaridade comumente tem mais dificuldade na adesão, assim como aqueles com alguma comorbidade (Cardoso & Garcia, 2012).

Durante os anos de atuação nos diversos setores do Serviço de Cardiologia, pude perceber algumas diferenças entre os pacientes com eventuais internações e aqueles que tinham alguma descompensação relacionada à doença e apresentavam múltiplas reinternações, muitas vezes, com curtos intervalos de tempo. Passei, então, a notar que aqueles com poucas internações pareciam apresentar uma melhor adaptação ao adoecimento e ao tratamento, trazendo menos queixas e mais estratégias para lidar com as dificuldades inerentes ao diagnóstico. Essa observação me fez pensar em qual poderia ser esse fator de diferença entre esses pacientes, levando-me a pensar na resiliência.

Existem diversos fatores que influenciam na adesão ao tratamento. O fator de destaque deste estudo foi a resiliência. A habilidade dos sujeitos de navegarem

pelas adversidades, enfrentando as dificuldades, pode ser um trunfo poderoso quando se tem de lidar com as perdas provenientes do adoecimento.

Walsh (2005) pontua que o símbolo chinês para a palavra “crise” é formado por dois símbolos: “perigo” e “oportunidade”; e as dificuldades e as crises podem extrair o que há de melhor nas pessoas quando elas enfrentam seus desafios. Para a autora “uma crise pode ser um “chamado para despertar”, aumentando nossa atenção para o que realmente importa em nossas vidas. Uma perda dolorosa pode nos impulsionar para direções novas e imprevistas. O fim de um caminho é o início do outro (p.7)

Para melhor compreender estes fenômenos, foi realizada uma pesquisa de campo no Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), na cidade do Rio de Janeiro, onde cinquenta (50) sujeitos participaram voluntariamente de uma entrevista semiestruturada, e responderam a cinco (05) escalas com o objetivo de identificar quais fatores influenciam a adesão ao tratamento de Insuficiência Cardíaca.

O ambulatório de Insuficiência Cardíaca é um dos setores que fazem parte do Serviço de Cardiologia do HUPE. A equipe médica é formada por cinco cardiologistas *staff*, isto é, com vínculo permanente. Além disso, há a presença de um médico residente de cardiologia, que alterna mensalmente como parte das atividades da residência. A equipe de enfermagem era formada, no início da pesquisa, por dois enfermeiros que já estavam ali há alguns anos e com quem os pacientes já se sentiam vinculados. Entretanto, por questões institucionais, eles foram remanejados, e uma equipe nova teve de ser formada; esse período de transição coincidiu com o período em que pesquisa estava sendo realizada. Além disso, a equipe conta com uma residente de nutrição, que alterna anualmente, atendendo duas vezes na semana. Atendimentos psicológicos foram iniciados, mas, também por questões institucionais, essa modalidade de atendimento não pôde ser continuada, estando a psicóloga ali somente para a realização da pesquisa de campo. A equipe não conta com nenhum profissional de fisioterapia, nem de educação física no setor.



Foi utilizada a metodologia *qualiquanti* na coleta e análise dos dados, uma vez que a integração entre os métodos pode gerar melhor entendimento da realidade em estudo, alcançando os pontos cegos que um único método, muitas vezes, não é capaz de alcançar. Assim, a utilização de ambos os métodos, mesmo tendo distintas orientações epistemológicas, propicia um incremento no conhecimento do tema ou construto pesquisado.

No primeiro capítulo, será abordado o coração e sua importância simbólica para os seres humanos, passando, então, para a Insuficiência Cardíaca e os prejuízos que ela traz à vida dos doentes. E, finalmente, o momento do diagnóstico será abordado como evento traumatizante e causador de sofrimento psíquico.

O segundo capítulo aborda a definição do conceito de adesão, suas características e os fatores que atrapalham e auxiliam em seu processo, dando ênfase à relação médico-paciente como facilitadora da adesão.

O terceiro capítulo aborda a definição do conceito de resiliência, suas características e como ela pode ser uma facilitadora para diversos aspectos da vida dos sujeitos, inclusive, no processo de adoecimento.

O quarto capítulo descreve a metodologia utilizada na pesquisa de campo, assim como os objetivos do estudo de investigar a influência da resiliência na adesão ao tratamento. O quinto capítulo consiste na apresentação e discussão dos resultados encontrados na pesquisa de campo, seguido de considerações finais e reflexões advindas deste estudo.

Verificou-se que a resiliência foi fator significativo para a adesão nos aspectos do tratamento em que não havia uma relação próxima entre o profissional de saúde e o paciente. Mas, nos aspectos em que havia uma relação de cuidado importante, a resiliência não foi tão significativa, pois uma forte relação médico-paciente tem poderoso efeito na adesão dos pacientes.

Estudos mostram que uma maior quantidade e qualidade de informação sobre o diagnóstico possibilita um aumento na adesão. Entretanto, essas informações devem ser dadas somente após a formação e solidificação da relação

médico-paciente, pois é quando o último está mais disponível para aceitar sua nova realidade.

# 1

## Compreendendo o contexto

“O coração é o centro da consciência espiritual como o cérebro é da consciência intelectual”.

Helena P. Blavatsky

### 1.1

#### O simbolismo do coração

Culturalmente, estamos acostumados a ouvir expressões como: “meu coração está partido”; “ele é uma pessoa muito boa, tem um coração enorme”; “estou muito nervosa, estou com o coração na mão”; e muitas outras similares. O coração é um órgão que, apesar de ser um músculo, com a função mecânica de “bombear” o sangue para todo o corpo, é cercado de simbolismos. Ele é visto como o centro de toda a vida e a fonte das emoções, pois é ele quem dá sinais de agitação num momento de medo, ansiedade ou felicidade extrema. É ele que “bate acelerado” quando algo acontece.

De acordo com Gregório (s/d, s/p), o coração “é tido como sede da alma, do sentimento, da coragem (já em Homero), da consciência (no budismo) e da razão. O coração é – simbolicamente – centro do homem e do mundo”. Quando um indivíduo apresenta uma patologia cardiovascular e recebe a notícia de que tem uma “doença no coração”, é comum que fique muito assustada e preocupada. Para muitos, uma cardiopatia é muito mais assustadora do que uma doença renal ou hepática, por exemplo, ou, até mesmo, que uma doença neurológica.

Segundo Assis e Lumare (2012),

Com o adoecimento físico de um indivíduo, o foco do seu cuidado tende a voltar-se para o corpo. Porém, não há como não integrar a este novo cenário as prováveis repercussões psicológicas que este sujeito possa vir a sofrer. Quando a doença em questão é uma cardiopatia, emergem aspectos relacionados ao simbolismo do coração. (...) Logo, o coração simboliza universalmente a sede das emoções (“coração apertado”, “fonte da vida”, “coração sai pela boca”).

O simbolismo do coração é universal, e precisa ser levado em consideração ao tratar de pacientes com patologias cardiovasculares, estejam eles internados ou não. O paciente cardiológico requer um cuidado especial, uma vez que seu órgão que está doente é cercado de fantasias a respeito da vida e das emoções. Ir a uma consulta cardiológica já é, por si só, uma fonte de preocupação, pois, geralmente, indica que o indivíduo vinha apresentando sintomas de doença cardíaca. Quando a suspeita se confirma e a doença é diagnosticada, o paciente costuma ser tomado pelo medo e a angústia de morrer.

O adoecimento é visto como uma situação inesperada para a qual não se está preparado, pois ninguém, conscientemente, escolhe adoecer. A doença traz consigo vivências de interrupção da continuidade existencial, isto é, uma sensação de suspensão do tempo. Outra vivência trazida pela enfermidade é a hospitalização, que pode causar ameaça à integridade narcísica do paciente, ansiedade de separação, medo de perder o controle, medo de perdas e medo da morte. Esses fatores são causadores de estresse ao indivíduo que reage não somente ao perigo real, como também a ameaças de perigo (imaginadas ou não). Como o tempo de internação em hospitais públicos, devido à falta de recursos, costuma ser mais longo que em hospitais particulares, os pacientes se encontram nessas situações de ameaça por mais tempo, aumentando, assim, seu nível de ansiedade e angústia (Botega, 2006).

## **1.2 A Insuficiência Cardíaca**

A doença crônica gera uma crise e desestrutura a vida da família, assim como a do paciente. Todos precisam se reorganizar e se adaptar à nova realidade. O caráter de gravidade e incurabilidade da doença causa grande sofrimento ao paciente. A realidade da doença faz com que o doente se depare com limitações, frustrações e perdas. Essas mudanças exigem do sujeito a busca de um novo significado para vida. Muitas vezes, novos papéis precisam ser assumidos pelos familiares e também pelo cuidador que, por conseguinte, precisa ser também resiliente a fim de auxiliar o paciente a lidar com os diversos problemas oriundos da doença. Dentre os problemas mais comuns na experiência vivida pelo doente crônico e sua família são de ordem física, emocional, econômica e social, como,

por exemplo, a falta de informação, dificuldade em obter atendimento, falta de lazer, falta de suporte socioeconômico, dificuldade em obter medicações, dificuldade em conseguir seguir dieta e dificuldade em realizar os cuidados diários.

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome sistêmica e complexa caracterizada por uma disfunção cardíaca que causa suprimento de sangue inadequado para atender as necessidades dos tecidos. Pacientes portadores de IC apresentam cansaço, dispneia, sinais de hipervolemia, hipertensão arterial, angina, entre outros sintomas. A IC é uma patologia que pode ser incapacitante, impedindo que o paciente exerça suas atividades laborais e, dependendo da gravidade do quadro, até mesmo os autocuidados, como tomar banho e escovar os dentes, fazendo com que necessite da ajuda de outros. Esta dependência faz com que a autoestima do doente fique comprometida, levando-o, muitas vezes, a um quadro de depressão.

Segundo Silva e Mangini (2010), a insuficiência cardíaca é uma síndrome caracterizada pelo mau funcionamento do coração, limitando sua capacidade de “bombear” o sangue, resultado de inúmeras condições que podem danificar o coração, desde hipertensão arterial até as doenças coronarianas, valvares ou miocardiopatias. Segundo os autores, “o curso de sua evolução, portanto, é variado, sendo que, na maioria dos casos, desenvolve-se lentamente, enfraquecendo gradualmente o coração, que passa a apresentar dificuldade em manter sua carga de trabalho” (p. 122).

Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica (2012), “a insuficiência cardíaca (IC) é a via final comum da maioria das doenças que acometem o coração, sendo um dos mais importantes desafios clínicos atuais na área da saúde. Trata-se de um problema epidêmico em progressão” (p. 3).

Ainda de acordo com a Diretriz (2012),

“as alterações hemodinâmicas comumente encontradas na IC envolvem resposta inadequada do débito cardíaco e elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. Na maioria das formas de IC, a redução do débito cardíaco é responsável pela inapropriada perfusão tecidual (IC com débito cardíaco reduzido). De início este comprometimento do débito cardíaco se manifesta durante o exercício, e com a progressão da doença

ele diminui no esforço até ser observado sua redução no repouso” (p. 6).

Citando novamente a Diretriz (2012),

“no Brasil, a principal etiologia da IC é a cardiopatia isquêmica crônica associada à hipertensão arterial. Em determinadas regiões geográficas do país e em áreas de baixas condições sócio-econômicas, ainda existem formas de IC associadas à doença de Chagas, endomiocardiofibrose e a cardiopatia valvular reumática crônica, que são situações especiais de IC em nosso meio” (p. 5).

No ano de 2007, as doenças cardiovasculares foram a terceira maior causa de internações pelo SUS, com 1.156.136 hospitalizações. A IC é a causa de internação mais frequente por doença cardiovascular. Em 2006, a IC e cardiopatias associadas à IC foram responsáveis por 6,3% dos óbitos no Estado de São Paulo, o mais populoso do Brasil. Em 2007, a IC foi a causa de 2,6% das hospitalizações e por 6% dos óbitos registrados pelo SUS-MS no Brasil, consumindo 3% do total de recursos utilizados para atender todas as internações realizadas pelo sistema (Diretriz, 2012).

O diagnóstico de IC é realizado a partir de exames de imagem, como ressonância magnética cardíaca, ecocardiograma, dentre outros em que se pode medir a área cardíaca e sua contração. O tratamento inclui o uso de medicamentos, como betabloqueadores, anticoagulantes e diuréticos; atividade física; além de dieta com restrição de alimentos gordurosos, sal e redução da ingestão hídrica.

O diagnóstico de IC traz muitas mudanças à vida do paciente. É comum o relato de portadores dessa síndrome que se queixam das múltiplas restrições às quais são submetidos durante o tratamento. Os sintomas mais comuns são: falta de ar na atividade física ou logo após estar deitado por um tempo; tosse; edemas nos pés e tornozelos, ascite (sinais de hipervolemia); ganho de peso; pulso irregular ou rápido; palpitações; dificuldade para dormir; fadiga, fraqueza, desmaios, perda de apetite e indigestão (Diretriz, 2012). Além desses sintomas, os pacientes se veem, ainda, com dificuldade para realizar tarefas domésticas simples, como varrer ou lavar louça; dificuldade na locomoção, como andar alguns quarteirões ou subir um lance de escadas; dificuldade no cuidado pessoal, como lavar o cabelo ou escovar os dentes. Todas essas dificuldades fazem com que o portador de IC se sinta

muito limitado e dependente de outros. Essa falta de autonomia vem, muitas vezes acompanhada de uma forte tristeza e sensação de desesperança. Não é incomum que pacientes com IC apresentem sintomas ou quadros depressivos, o que pode atrapalhar sua adesão ao tratamento.

Segundo a Diretriz (2012),

O diagnóstico de uma doença grave e progressiva pode gerar frustrações e desestruturação psicológica para o paciente e sua família, pois é o primeiro grupo na sua relação (...). Mudar o estilo de vida implica em uma ameaça quase sempre cercada de ansiedade, angústia, medos, questionamentos e dúvidas. Por outro lado, considerando que a família convive com o paciente e sua doença, a mesma deve ser acompanhada e orientada, compartilhando perdas, limitações e cuidados. Vale ressaltar que o envolvimento familiar e a motivação do paciente são imprescindíveis para a adesão às mudanças de estilo de vida (p. 19).

Reforçando esse argumento, segundo Romano (2001), “[...] pacientes com insuficiência cardíaca congestiva ressentiram-se muito mais do prejuízo que a doença crônica lhes causava às atividades interativas, afetivas e familiares, ultrapassando o prejuízo relatado com referência às atividades e restrições físicas” (p.210).

A abordagem da doença crônica deve ser realizada através do modelo biopsicossocial, com a necessária integração dos recursos multiprofissionais. Doenças cardíacas são, quase sempre, patologias crônicas. Seja coronariopatia, doença valvar, insuficiência cardíaca, ou qualquer outra, o paciente se depara com a necessidade de tratamento de longo prazo. A adesão a um tratamento longo, incluindo fases em que o sujeito está assintomático, é muito mais difícil de se manter do que a de um paciente que apresenta uma morbidade aguda e sintomática. Por isso, a adesão ao tratamento de doenças crônicas é tão relevante, pois a não adesão leva a uma descompensação do quadro do doente, assim como piora dos sintomas e, muitas vezes, piora do prognóstico (Romano, 2001).

### 1.3

#### **Adoecimento e os mecanismos de defesa do ego**

O adoecimento traz ao sujeito uma situação de vulnerabilidade. Segundo Rocco (1992), estar doente implica falta ou perturbação da saúde; esta é sentida e sofrida de maneira pessoal, variando com as vivências do sujeito, anteriores ao adoecimento. Não é incomum que o enfermo, fora de seu ambiente social habitual, sinta-se desenraizado, tornando-se melancólico, deprimido, desconfiado e até hostil à abordagem médica.

Contudo, interpreta-se a doença pela concepção biomédica como uma alteração das variáveis biológicas comparadas à norma. Este modelo é fundamentado numa perspectiva mecanicista, que toma como princípios simples de causa-efeito, por via da distinção cartesiana entre mente e corpo, os fenômenos humanos complexos, minimizando aspectos sociais, psicológicos e comportamentais, analisando o corpo como uma máquina (Caprara & Franco, 1999).

Por ser um período de fragilidade que provoca importantes mudanças na vida dos sujeitos, é esperado que o enfermo apresente algumas alterações psíquicas e comportamentais. Nesse cenário de vulnerabilidade, o enfermo lança mão de alguns mecanismos de defesa para se proteger da angústia.

Balint (1957/1988), Rocco (1992), Botega (2006), dentre outros autores, propõem alguns mecanismos de defesa mais comuns no processo de adoecimento. A negação é o mecanismo de defesa através do qual o paciente substitui um aspecto insuportável da realidade por uma ilusão desejada, que pode ser danosa à adesão ao tratamento quando a negação faz com que o sujeito não siga as orientações médicas, acarretando numa possível piora de seu estado. Já a racionalização é o processo pelo qual o paciente busca uma explicação coerente, retirando o afeto da situação. É uma censura sobre si mesmo frente a situações complicadas, contudo, geralmente não impede que o sujeito siga seu tratamento, o que o torna menos perigoso que a negação. E, de extrema importância para este estudo, temos a regressão, em que o paciente regride a um estágio anterior do desenvolvimento. A dependência que decorre da utilização deste mecanismo é proporcional à gravidade da doença e/ou das fantasias que o paciente faz da



mesma. Para Rocco (1992), “seu contato com o mundo é feito através das pessoas a que é ligado e que se disponham a trazer o ‘lá fora’ para ele. A presença do médico é aguardada com a mesma expectativa com que, em outras épocas, esperada a presença da mãe, que lhe trazia conforto” (p. 46). Para esses autores, a regressão é, até certo ponto, necessária no indivíduo adulto para que este se permita ser cuidado.

Já Bowlby (1979/1997) discorda, não vê esses fenômenos do adoecimento como sinais de dependência, oralidade ou simbiose, referindo-se à expressão dos desejos e comportamento de ligação por um adulto como resultado de ele ter regredido para algum estado anterior do desenvolvimento, característico da infância. Segundo o autor da Teoria do Apego, classificar esse funcionamento como pueril pode fazer com que o paciente fique se sentindo culpado por seu sofrimento. Para o psicanalista inglês, o ser humano tem necessidade de buscar vínculos por toda sua vida, desde o nascimento até sua morte. Com isso, o que os autores antes citados chamam de estado de regressão, Bowlby descreve como a manifestação do desejo de ser amado, cuidado e protegido, que fica aguçado numa situação adversa como uma doença.

O médico seria, então, a figura de ligação de seu paciente. É ele que, semelhante à mãe, cuida, alimenta (com medicamentos que trazem alívio de sintomas), cura e acalenta. O médico fica na posição do “mais velho, mais sábio”, que funciona como a base segura de seu paciente (Bowlby, 1979/1997). Contudo, aquele que está na posição de cuidador não está isento de cometer erros. Da mesma forma que a mãe e o seio são vistos como bons e maus em momentos diferentes, essa cisão na forma de enxergar o médico também não é incomum com pacientes, principalmente aqueles que apresentam um estado mais fragilizado (Dias, 2003).

## 1.4

### **O diagnóstico enquanto evento traumatizante**

A crise é uma descontinuidade, uma perturbação da normalidade. Entretanto, é um processo normal na vida de todos os humanos. Passar por uma

crise é experimentar morrer e renascer. O hospital é um mundo de perdas, dor, desconforto físico. É um mundo sem certezas ou garantias (Pallottino, 2011).

O momento do diagnóstico é vivido como uma crise. É um momento de incertezas, angústias e sensação de possibilidade de morte. O diagnóstico traz uma perda, isto é, a perda do status de pessoa saudável. E, com esta perda, vem um luto. Receber uma informação difícil como um diagnóstico de uma doença grave pode caracterizar um trauma para alguns pacientes, pois há um transbordamento do que o aparelho psíquico pode suportar. Cada trauma é único e devastador, produzindo irrupções do real na vida do sujeito (Pallottino, 2011).

A vivência do desamparo pode forjar uma impressão traumática devido à exposição a uma situação de passividade. O estado de desamparo se faz presente trazendo consigo um afeto desagradável. O trauma está diretamente ligado à experiência de impotência e desamparo. Para isso, basta que a experiência seja além do limite de suportabilidade do sujeito. A exposição ao sentimento de desamparo que aflige o indivíduo apresenta a ameaça da possibilidade de aniquilação, podendo, assim, trazer à tona o excesso vivido que se mostra indizível (Vianna & Farias, 2015).

Em 1893, Freud, ao trabalhar com pacientes histéricas, definiu o trauma como qualquer experiência psíquica que evoque afetos aflitos (como susto, dor, vergonha, angústia). Para ele, o trauma psíquico era resultado de afetos que não foram descarregados de maneira satisfatória nem elaborados (Pereira & WINOGRAD, 2015). A situação traumática não precisa ser de enorme porte, o rompimento do equilíbrio e da possibilidade de simbolização são suficientes para tal (Szpacenkopf, 2015).

A angústia está relacionada com a falta de um objeto definido; já na vivência do medo, o objeto pode ser encontrado e nomeado. A situação de desamparo relaciona-se com a desintegração da imagem do corpo. O acometimento a partir do adoecimento provoca ansiedade, fazendo com que o sujeito a compreenda como uma situação de perigo, se transformando num pedido de socorro. Para Kismanov (2002):

O corpo permanecerá para sempre como objeto de investimento do ego. O corpo é a sede privilegiada na qual se inscreve o

narcisismo no começo da vida, e continuará a merecer para sempre os investimentos pulsionais, como também a atenção da consciência. Assim, no psiquismo, a representação do corpo pode-se dizer se inscreve pelo menos a partir de dois aspectos particulares. O primeiro deles diz respeito ao conjunto de sistemas biológicos, e possui uma certa autonomia frente ao indivíduo, uma vez que se encontra submetido a leis fisiológicas. Mas ainda, num segundo aspecto, como objeto psicológico, representante do sujeito e de sua história, e sede e veículo de interações sociais (p. 68).

Desde 1909, Sigmund Freud apontava que experiências traumáticas são inevitáveis na vida de todos seres humanos. O processo de subjetivação dos indivíduos em si tem esse efeito. O adoecimento, em conjunto com a necessidade de múltiplas hospitalizações, se configura como um evento traumático. Qualquer situação que traga uma quantidade maciça de estímulos desconhecidos, que não fazem parte da organização histórica do indivíduo, provoca medo. Faz-se necessário ao sujeito recorrer a dispositivos internos para que a experiência seja assimilada e elaborada. O trauma se dá não exatamente com o fato em si, mas com a impossibilidade de dar sentido aos fatos. O adoecimento e a hospitalização trazem, muitas vezes, uma experiência inominável. Podem constituir, assim, uma vivência traumática (Pallottino, 2011).

Muitas vezes, um diagnóstico acontece num estágio avançado da doença, em que não há mais possibilidade de revertê-la, e o paciente é informado de que não há cura. Isto é, não raro, um momento traumático. Conforme Freud (1920), um evento traumático provocará uma grande perturbação na economia energética do organismo, tirando o princípio do prazer de ação. Diante da impossibilidade de impedir que grandes quantidades de estímulos inundem o aparelho psíquico, o organismo tenta capturar o excesso de estímulo, enlaçando-o psiquicamente para poder, então, processá-lo (Carbone, 2008).

Freud tinha o desamparo como principal fator de perigo reconhecido pelo ego. O excesso vindo de fora do psiquismo causa uma invasão do aparelho psíquico, gerando angústia não só como sinal de perigo, mas como indício de um excesso de excitação, que não se liga com o ego. Sujeitos portadores de doenças experimentam o desamparo a partir da fragilidade de seus corpos que necessitam de cuidados específicos. Eles são ameaçados, com frequência, por perigos

internos e externos, situação que pode vir a ser traumática (Pereira & Winograd, 2015).

Laplanche e Pontalis (2001) definem a neurose traumática como “o tipo de neurose em que o aparecimento dos sintomas é consecutivo a um choque emotivo, geralmente ligado a uma situação em que o sujeito sentiu sua vida ameaçada. [...] O traumatismo toma parte determinante no próprio conteúdo do sintoma (ruminação do acontecimento traumatizante, pesadelo repetitivo, perturbações de sono, etc), que aparece como uma tentativa repetida de ‘ligar’ e ab-reagir o trauma; tal ‘fixação no trauma’ é acompanhada de uma inibição mais ou menos generalizada da atividade do sujeito” (p. 315).

A noção de traumático pode eleger as disfunções das modalidades de gestão do psiquismo do sujeito perante um acontecimento de força desorganizadora. Nesses casos, receber um diagnóstico de uma doença grave, de prognóstico ruim, pode constituir um trauma (Bokanowski, 2005). Para Prata (2000), tendo em mente que a pulsão de morte não quer dizer a morte propriamente dita, é importante lembrar que se ela funcionar livremente, sem produzir ligações com as pulsões de vida, ela pode, de fato, levar o sujeito à morte térmica. A doença seria, então, o excesso que se torna insuportável ao sujeito, possibilitando um predomínio da pulsão de morte.

A vivência do adoecimento e do trauma ganham caráter de busca pela não vida, uma força regressiva, conservadora, inanimada e contrária à vida, visando o restabelecimento de um estado primordial (Netchaeva-mariz, 2015). Ocorre, dessa forma, uma desorganização interna que pode chegar ao que se chama em psicanálise de desfusão pulsional, isto é, uma separação entre pulsão de vida e pulsão de morte; faz-se, então, presente o predomínio da pulsão de morte, e, por consequência, a não adesão ao tratamento (Prata, 2000).

Com o agravamento crônico do estado de saúde, o aparelho psíquico não tem trégua, pois o tempo todo, dia após dia, tem que lidar com os excessos. Cabe ao aparelho psíquico a função prioritária de “enlaçar” o excesso de excitação, transformando esta excitação em carga de investimento em repouso. Os impulsos provenientes das pulsões operam com energia livre e móvel do ponto de vista econômico, que exerce pressão visando ser descarregada. Quando há fracasso em

enlaçar essas cargas por parte do aparelho psíquico, a descarga opera sob a forma de compulsão à repetição que, segundo Freud, está relacionado com o que há de mais pulsional (Carbone, 2008).

O ser humano é dotado de um corpo que precisa ser investido pelo outro, e, portanto, em seus primórdios, está aberto ao outro. Este corpo vai sendo integrado, erogeneizado e falado a partir dos cuidados e da palavra do outro (Netchaeva-mariz, 2015). No adoecimento, essa dinâmica se replica. A doença faz surgir a necessidade de ser cuidado novamente. Terá, então, o adoecer ou o não melhorar (via não seguir o tratamento de maneira adequada), uma motivação no ato de ser cuidado pelo outro?

O processo do adoecimento é povoado por sentimentos ambivalentes de vida e morte, podendo desencadear reações hostis, de raiva e ansiedade, que, não raro, acabam sendo projetadas na relação com os cuidadores, inclusive, com a equipe de saúde. Tais sentimentos podem afetar a condição emocional do paciente, influenciando seu estado de humor e manutenção da esperança no resultado positivo do tratamento, assim como no seu relacionamento com os profissionais. A equipe deve estar preparada, portanto, para esse previsível fenômeno, que representa uma tentativa de adaptação à nova realidade. Podendo compreender e acolher essas emoções para que possam se dissipar, essas reações gradualmente são elaboradas e superadas (Pallottino, 2011).

A não adesão ao tratamento é uma questão difícil de lidar em qualquer especialidade médica. Assistir à piora progressiva de um paciente não aderente ao tratamento é tarefa árdua para uma equipe que é treinada para salvar vidas. Esta situação gera, muitas vezes, revolta, raiva, tristeza, sensação de impotência que, para muitos médicos, beira o insuportável.

Do ponto de vista psicanalítico, a não adesão ao tratamento pode ser vista como um rompimento do sujeito com as pulsões de vida. Como resultado deste rompimento (ou desfusão), ocorre a retirada da libido investida nos objetos e o conseqüente retorno desta ao ego, comumente sentido pela equipe que, por sua vez, também se desinveste em relação ao paciente (Prata, 2000).

As implicações narcísicas do trauma e suas feridas aproximam-se vagamente da chamada perda de autoestima (Szpacenkopf, 2015). Há, portanto, uma identificação com a doença? Desesperança? Falta de informação? Negação? Ganhos secundários? Uma combinação de todos esses fatores? Cabe a nós, profissionais da saúde mental, lidarmos com esse fenômeno tanto para ajudar o paciente quanto à equipe médica a se manter investida emocionalmente no atendimento àquele paciente.

## 2

### Adesão

“O coração tem razões que a própria razão desconhece”.

Blaise Pascal

Durante o ano de 2012, 56 milhões de mortes ocorreram em todo o mundo. Destas, 38 milhões foram ocasionadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente, por doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias. Quase três quartos dessas mortes por DCNT (28 milhões) ocorreram em países de baixa e média renda. O número de mortes por DCNT tem aumentado em todas as regiões do mundo desde 2000, quando havia 31 milhões de mortes por DCNT. As doenças cardiovasculares foram as principais causas de mortes por DCNT em 2012, com 17,5 milhões de mortes, ou seja, 46,2% das mortes por DCNT (OMS, 2014).

Por doença crônica, entende-se uma enfermidade com curso prolongado, cujos sintomas evoluem gradualmente, sendo potencialmente incapacitante, vindo a atingir aspectos multidimensionais que afetam funções anatômicas, fisiológicas e psicológicas (OMS, 2014).

O avanço da medicina e da tecnologia, com medicações mais modernas e eficientes, causou importantes mudanças na forma como as doenças progridem. Muitas patologias, antes consideradas fulminantes, hoje, com o avanço dos tratamentos, tornaram-se doenças crônicas. Portanto, uma boa adesão ao tratamento faz toda a diferença no prognóstico do paciente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “a baixa adesão (ao tratamento de doenças crônicas) é um problema mundial de magnitude impressionante. A adesão ao tratamento de longo prazo em países desenvolvidos é em torno de 50%. Em países em desenvolvimento as taxas são ainda menores” (p. 21, 2003).

## 2.1

### Conceito de adesão

Adesão ao tratamento “é a medida com que o comportamento de uma pessoa (tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ou mudar seu estilo de vida) corresponde às recomendações de um profissional de saúde” (OMS, 2003, p. 17). A diretriz de 2003 de adesão ao tratamento proposta pela Organização Mundial de Saúde ainda é a referência no assunto, apesar de já terem se passado doze anos desde sua publicação. Isso demonstra o quanto, apesar da grande importância deste fator que tanto influencia a vida dos doentes e dos estudos realizados sobre o tema, o entendimento sobre as dificuldades em aderir ao tratamento não evoluiu de maneira significativa nos últimos anos.

Adesão ao tratamento é geralmente descrita como um conjunto de comportamentos em que o paciente age de acordo com as orientações médicas, tanto seguindo corretamente as prescrições medicamentosas, como as orientações em relação à alimentação, atividades físicas e mudanças em hábitos como tabagismo, etilismo, ingestão hídrica, etc.

De acordo com Gusmão e Mion (2006), a adesão ao tratamento envolve aspectos referentes ao sistema de saúde, a fatores socioeconômicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, ao paciente e à própria doença. Neste mesmo artigo, Gusmão e Mion fazem uma revisão bibliográfica de outros autores que definiram a adesão ao tratamento, e as definições são, em sua maioria, bem semelhantes.

A adesão é definida, nesse trabalho, de acordo com diferentes autores como:

- o grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde;
- um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença.
- uma abordagem mais específica relacionada à hipertensão arterial, define adesão ao tratamento como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas,



sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais.

Os autores ressaltam, também, que o conceito de adesão implica a importância dada às decisões do paciente, à sua vontade de participar da efetiva realização de seu tratamento.

Considera-se que o paciente tem adesão ao tratamento quando este cumpre, no mínimo, 80% daquilo que é orientado para o tratamento. E, como tratamento, entende-se tomada de medicações, dieta, atividade física, abstenção de álcool e tabaco, e qualquer outra medida específica ao tratamento da doença em questão (Vermeire *et al.*, 2001e Leite & Vasconcellos, 2003).

O corte de 80% de orientações cumpridas se dá, pois estudos mostram que, ingerindo 80% da medicação, já se encontra o resultado esperado (de controle de sintomas, por exemplo). Enquanto que uma ingestão de somente 50% da medicação prescrita, por exemplo, não traria resultados ao doente. Ou seja, um paciente hipertenso que venha a tomar somente metade da dose indicada, não terá os benefícios do tratamento. Contudo, se este indivíduo tomar 80% da dose prescrita, sua pressão arterial já começa a ser controlada pela medicação, mesmo que não seja no nível ideal (Vermeire *et al.*, 2001).

Adesão ao tratamento é, portanto, um processo multifatorial que se dá a partir da parceria entre cuidador e cuidado em busca da saúde.

## 2.2

### **Conceito de *compliance***

Existem diferenças entre o conceito de adesão e o de *compliance*, uma vez que há autores que, ao falarem em *compliance*, a entendem como obediência às “ordens” médicas. O termo *compliance* vem sendo estudado por muitos autores há muito tempo. Contudo, na década de 1950, o termo começou a ser estudado de maneira mais específica com pacientes tuberculosos. Na década de 1970, o termo ganhou mais atenção e passou a ser estudado com maior frequência pelos problemas causados ao não seguir o tratamento de longo prazo em pacientes

crônicos (Vermeire *et al.*, 2001). A definição de *compliance* sugere uma conotação negativa; sugere uma ideia de obediência e submissão ao médico e ao tratamento. Enquanto na adesão, o paciente é considerado mais ativo, fazendo a opção em seguir as orientações de seu médico por entender que são para a melhoria de sua saúde e/ou qualidade de vida.

Em 1987, Howard Leventhal e Linda Cameron, do Departamento de Psicologia da Universidade de Wisconsin, publicaram um artigo sobre *compliance* que é, até hoje, referência nos artigos de revisão e pesquisas sobre adesão. Para os autores, o entendimento acerca de *compliance* é guiado por cinco grandes orientações teóricas:

- **Modelo biomédico:** Consiste no modelo cultural ocidental de visão da doença, que enfatiza o dualismo mente e corpo. Este modelo entende o doente como um elemento passivo, que cumpre “ordens” médicas de acordo com a terapêutica que lhe foi prescrita. Dessa forma, não há participação ativa do doente em seu tratamento, ele simplesmente é um executor das prescrições. Nesse sentido, não seguir as orientações médicas seria, portanto, uma aberração da personalidade do paciente, sem preocupação com sua compreensão sobre o que lhe foi prescrito ou fatores externos. Contudo, muitos estudos foram realizados a partir desse modelo, que produziram importantes achados quanto a questões práticas que influenciam, tais como tempo de intervalo entre agendamento e consulta e rotatividade de médicos, dentre outros. Mas nunca se considerou as características do paciente e do médico nos estudos sobre *compliance*.
- **Comportamento operante e a teoria da aprendizagem social:** Modelo que foca em quais estímulos provocam ou reforçam um determinado comportamento. Verifica o padrão de formação e automatização de um comportamento. Enfatiza a importância do reforço positivo e negativo como mecanismo que influencia o comportamento do paciente. Esse modelo foi positivo para mudanças de comportamento como perda de peso ou tratamento para tabagismo. Entretanto, foi observada a dificuldade em sustentar os novos comportamentos a longo prazo nessa abordagem.
- **Abordagem comunicacional:** Apesar de considerar o paciente, como no modelo biomédico, como um agente passivo, um leigo buscando conselhos de um

especialista, incentiva profissionais a buscarem melhorar sua comunicação com seus pacientes. Este modelo busca incluir informações mais específicas com objetivos e formas de atingi-los, verificar o recebimento e a compreensão da mensagem pelo seu público-alvo, necessidade de crença na informação recebida e ação complacente (*compliant action*).

- Teoria da crença racional: Este modelo parte do princípio de que todo comportamento humano é resultado de um raciocínio lógico e uma análise objetiva. Acredita que, oferecendo as informações apropriadas sobre os riscos para a saúde e os benefícios da mudança para hábitos saudáveis, os indivíduos mudarão seu comportamento para preservarem sua saúde. Portanto, se o tratamento ajuda no controle da doença, o paciente não deveria ter outro funcionamento, senão seguir a prescrição médica.
- Teoria de sistemas: Modelo autorregulador que conceitua o indivíduo como um solucionador de problemas ativo, cujo comportamento reflete uma tentativa de diminuir a diferença percebida entre seu estado atual e um objetivo. Contudo, as representações de saúde e da doença para os diferentes indivíduos farão com que estes lidem de maneiras diversas com o processo do adoecimento e do tratamento.

Todavia, em 1994, António Damásio publicou ‘O erro de Descartes’, em que desconstrói a teoria da crença racional. Para o neurologista e neurocientista português, a razão pura não existe. Segundo ele, nós, humanos, pensamos com nossos corpos e nossas emoções. Demonstrou através de seus estudos com pacientes portadores de lesões cerebrais que “as emoções e os sentimentos são, se não a base, pelo menos parte constitutiva e fundamental para o funcionamento da razão e para a tomada de decisões” (Sollero-de-Campos & Winograd, 2010, p.150).

Para Damásio (1996), somos atravessados pela emoção e, sem ela, não seríamos capazes de tomar decisões. A emoção é, portanto, necessária ao funcionamento da racionalidade. Isso se dá através dos marcadores somáticos, que são as sensações viscerais e não viscerais que fazem com que a atenção seja direcionada ao resultado negativo decorrente de uma ação, fazendo com que se escolha outras alternativas. Para o autor, os marcadores somáticos são

possivelmente gerados no cérebro durante os processos de educação e socialização, por via da associação de categorias específicas de estímulos e categorias específicas de estados somáticos.

Portanto, a ideia de que um paciente cumprirá perfeitamente as prescrições médicas porque foi informado de que é o melhor para sua saúde, baseado simplesmente na teoria de que o homem, enquanto ser racional, dotado de um instinto de sobrevivência, tomará a decisão lógica de “obedecer” às ordens médicas, está bastante ultrapassada.

Não é incomum encontrar artigos que façam referência a adesão e *compliance* como sinônimos, apesar de representarem conceitos diferentes. Vermeire *et al* (2001), em seu artigo de revisão, por exemplo, utilizam o termo *compliance* como sinônimo de adesão, apesar de fazerem uma diferença entre os termos, pois a maioria dos artigos de sua revisão o utilizam para se referir a adesão. Ainda, observam a necessidade de utilizar o termo correto (adesão ao tratamento) para se referir a este importante fator no tratamento.

O termo é considerado errado pelos autores, pois o não cumprimento, *non-compliance*, denotaria, então, uma desobediência ao médico, ou seja o paciente seria submisso ao poder do saber médico. Este termo também deixa a desejar, pois aborda mais especificamente a tomada das medicações prescritas, e, uma vez que, o tratamento não é, na maioria das vezes, composto somente pela prescrição de medicamentos, abrangendo também uma mudança mais ampla nos hábitos de vida, em que o paciente passa a ter comportamentos mais saudáveis, com a prática de atividade física, uma dieta balanceada, e a suspensão do consumo de álcool e tabaco (Vermeire *et al.*, 2001).

Esta separação é importante, pois a postura do paciente em relação ao seu tratamento vai diferenciar o entendimento da dificuldade dos pacientes em aderir ao tratamento. Para Leite & Vasconcellos (2003),

[...] a forma como é visto o papel do paciente no seu tratamento é refletida também na forma como são discutidos os fatores relativos ao paciente na adesão, variando entre a tentativa de compreensão de seus valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento, até a identificação da não-adesão como comportamento desviante e irracional” (Leite e Vasconcellos, 2003, p.777).

A não adesão é, portanto, vista como ignorância do paciente principalmente na população com menor escolaridade e nível socioeconômico (Leite & Vasconcellos, 2003). Por sua vez, pacientes com transtornos mentais, com ausência de sintomas, com medo dos efeitos colaterais e a demora dos efeitos terapêuticos a partir do início do tratamento são fatores que geralmente contribuem para uma baixa ou não adesão (Vermeire *et al.*, 2003).

## 2.3

### **Conceito de *concordance***

O conceito de *concordance*, cuja tradução para a língua portuguesa é concordância, foi cunhado com o intuito de se pensar numa nova modalidade, para além do conceito de adesão, que propiciaria um mais alto grau de aderência ao tratamento pelos pacientes.

Segundo a convenção inglesa *Working Party* de 1997, realizada pela Sociedade Farmacêutica norte-americana, esse conceito baseia-se na noção de que o trabalho do médico e do paciente na consulta é uma negociação entre partes iguais e o objetivo é, portanto, uma aliança terapêutica entre eles. Sua força encontra-se em uma nova premissa de que o profissional respeitará os objetivos do paciente, ocorrendo, assim, uma abertura na relação para que tanto o médico quanto o paciente possam proceder juntos com base na realidade e não de mal-entendidos, desconfiança e omissões (Bissell, May & Noyce, 2004). A consulta médica abre, dessa forma, um espaço para o diálogo, diferenciando-se das práticas paternalistas dos conceitos de *compliance* e adesão, onde há uma noção não dita da passividade do papel do paciente (Bissell, May & Noyce, 2004).

## 2.4

### **Grau de adesão**

Há, também, diferentes níveis de adesão. Os aderentes estão no nível mais elevado, ou seja, indivíduos que seguem totalmente o tratamento; no extremo oposto, há aqueles que abandonam o tratamento, os desistentes. Existem, ainda, os

persistentes, que pertencem ao grupo dos não aderentes, compreendidos como aqueles indivíduos que comparecem às consultas, contudo, não seguem o tratamento (Gusmão e Mion, 2006).

Não existe um “padrão ouro” para medir o grau de adesão; há diversas estratégias reportadas na literatura. A falta de uma estratégia de mensuração mais eficiente e objetiva dificulta a tomada de medidas de melhoria da equipe de saúde. Não é incomum que o paciente relate um grau de adesão maior do que o que de fato acontece (OMS, 2003).

Diversas metodologias para medir a adesão foram experimentadas, como o cálculo do intervalo de tempo em que o paciente precisa de uma nova receita para adquirir medicação; contagem de comprimidos restantes; frequência de abertura de embalagem eletrônica que contém a medicação, artifício este de difícil implementação em países em desenvolvimento; alterações em resultados de exames clínicos, laboratoriais e de imagem, dentre outros. Não obstante, nenhum destes métodos pode garantir absoluta assertividade ao medir grau de adesão. Entrevistas, apesar de não serem exatas, demonstram identificar 80% dos casos de não adesão (VERMEIRE *et al.*, 2003).

Isso pode ser comprovado quando um paciente em período de descompensação da doença, ao ser internado e passar a receber os cuidados exatamente como haviam sido prescritos (dieta adequada, medicamentos nas doses e horários corretos, impossibilidade de ingerir bebidas alcólicas e fumar, restrição de ingestão hídrica), muitas vezes, apresenta uma rápida e significativa melhora de sintomas, sem a introdução de novas ou maiores medidas do que aquelas que deveriam estar sendo feitas pelo paciente em sua vida cotidiana.

A não adesão seria, portanto, o não cumprimento das orientações médicas de forma total ou parcial, incluindo erros na dosagem e/ou horários das medicações, intencionais ou acidentais, ou deixar de comparecer às consultas (SOUSA, 2009). Erros comuns na forma de tomar medicação podem ser acidentais ou intencionais. Em hospitais públicos, onde há um grande número de pacientes com baixa renda, é comum apresentarem uma dificuldade em comprar todos os medicamentos prescritos devido ao alto valor financeiro de todas as

medicações juntas. Portanto, não é raro que os pacientes não tomem a medicação todos os dias, ou tomem somente metade da dose indicada.

No tratamento da IC, a alta taxa de adesão é de grande importância para a prevenção de descompensações e internações. É importante frisar que uma boa adesão ao tratamento em Cardiologia não significa cura, e não há garantia de que um evento cardiológico não vá se repetir, até mesmo porque a questão genética é de grande importância dentro dos fatores de risco para cardiopatas. Mas sabe-se que, com boa adesão ao tratamento, o paciente pode reduzir significativamente as chances de reincidência das internações.

Segundo Castro *et al.* (2010), “a adesão ao tratamento com uso regular das medicações e as alterações no estilo de vida, são essenciais para evitar crises de descompensação”. Para os autores, a baixa adesão estaria ligada a fatores socioeconômicos, prejuízos cognitivos, distúrbios psicológicos juntamente à alta complexidade do tratamento, além do alto custo financeiro para adquirir os medicamentos e a qualidade da relação do paciente com a equipe que o atende.

Para Barbosa *et al.* (2014), “a IC é uma síndrome crônica, complexa, debilitante e que raramente ocorre de forma isolada. Portanto, para maximizar seu tratamento, é necessária uma visão holística, individualizada, envolvendo aspectos médicos, psicossociais, comportamentais e financeiros, com uma abordagem multidisciplinar”.

## 2.5

### Fatores que influenciam a adesão

Como já foi dito, a adesão é um processo multifatorial, influenciado por diversos elementos. Segundo a OMS (2003), há alguns fatores que influenciam na adesão. Dentre eles estão:

- Fatores socioeconômicos: Características como idade, gênero, etnia, estado civil, escolaridade. O baixo nível de escolaridade ou analfabetismo, pobreza, custos altos com transporte, custos altos com medicação geralmente atrapalham a adesão ao tratamento. Apesar de idade não ser um fator que influencia diretamente no grau de adesão, o aumento da população idosa, e, por

consequente, pacientes com demência ou qualquer déficit de memória, as chances de aumento da não adesão se fazem mais presentes. Questões como gênero e etnia não demonstram dados consistentes sobre grau de adesão maior ou menor.

- Fatores relacionados ao paciente: As crenças do paciente em relação a sua saúde e em relação a sua doença, hábitos de vida culturais ou particulares, expectativas quanto à eficácia e à duração do tratamento, recursos emocionais para lidar com as dificuldades, falta de motivação, não percepção da necessidade de tratamento, ausência de consciência da doença são importantes fatores na adesão.
- Fatores relacionados à doença: A severidade dos sintomas, a cronicidade, o prognóstico, a capacidade física de ir às consultas (por vezes, dificultada por residir muito longe do local de tratamento, ou por difícil acesso por ladeiras e escadas).
- Fatores relacionados ao tratamento: Além do custo dos medicamentos, um esquema terapêutico complexo, com muitos medicamentos diferentes a serem tomados em doses diferentes e em horários variados também dificultam a adesão.
- Fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde: Poucas pesquisas são realizadas em relação à influência da equipe de saúde na adesão, pois, como já foi mencionado, é comum que a dificuldade na adesão seja atribuída totalmente ao paciente, pela dificuldade da própria equipe em identificar seus pontos problemáticos. Além disso, políticas de saúde e burocráticas que dificultam falhas na distribuição de medicamentos para aqueles que não conseguem comprar, dificuldade em agendar consultas para dar continuidade ao tratamento, tempo de espera longo e um tempo de consulta curto e a relação com os profissionais da equipe de referência.

Apesar dos diferentes aspectos que influenciam, os profissionais de saúde ainda se focam nos fatores relacionados ao paciente, deixando de considerar os outros fatores que podem ser influenciados pela equipe, pelo sistema de saúde ou pela própria terapêutica proposta (OMS, 2003).



Um bom grau de adesão traz diversos benefícios à vida do paciente:

- Controle dos sintomas desconfortáveis (como edemas, falta de ar, cansaço)
- Menos internações (o que contribui para uma melhor autoestima e maior convivência com a família)
- Maior sobrevida
- Melhoria na qualidade de vida
- Redução dos gastos para o sistema de saúde

A adesão medicamentosa é a de mais fácil conquista, pois é claramente mais simples tomar um comprimido do que realizar mudanças nos hábitos de saúde, como parar de fumar ou beber, iniciar atividade física ou fazer uma dieta com restrição de sal e gorduras.

A não adesão seria, também, um grande impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos, podendo constituir, assim, uma grande fonte de frustração para os profissionais de saúde. Este aspecto também é de extrema importância, uma vez que um profissional de saúde frustrado com um paciente não aderido terá maiores dificuldades em realizar a boa manutenção da relação médico-paciente, o que, por sua vez, também contribui para uma boa adesão. Contudo, o foco deste estudo é a perspectiva do paciente e sua capacidade de resiliência influenciando na adesão.

A adesão é, portanto, um processo complexo atravessado pelos comportamentos, que sofre fortes influências do ambiente, dos profissionais de saúde e dos cuidados de assistência médica. Não aderir ao tratamento gera grandes malefícios ao paciente. Portanto, o estudo desse tema se faz relevante, uma vez que a adesão ou a não adesão a um tratamento tem a capacidade de mudar seu percurso. Pensar na resiliência como fator positivo, que ajuda o paciente a se adaptar a uma nova realidade e aderir ao tratamento, faz com que este seja mais eficaz. E, ao melhorar a qualidade do tratamento, pode-se melhorar a forma de se pensar a saúde no coletivo, trazendo, assim, grandes melhorias ao sistema de saúde como um todo.

## 2.6

### **Adesão ao tratamento em pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca**

Para Castro *et al.* (2010), “a baixa adesão à medicação, dieta ou reconhecimento tardio dos sinais e sintomas de descompensação é comum e pode ser responsável por mais de um terço das reinternações hospitalares” (p. 230). Pacientes com múltiplas internações devido a IC descompensada tendem a aprender mais sobre sua patologia, porém isso não necessariamente significa um melhor grau de adesão. Estratégias de informação para o desenvolvimento de um melhor autocuidado realizadas durante o período de internação, juntamente a um planejamento eficaz antes da alta hospitalar, poderão ter significativo impacto no comportamento dos pacientes e, por conseguinte, na redução desses índices.

Segundo Riles, Jain & Fendrick (2014), “adesão à medicação tem sido identificada como uma das causas potencialmente modificáveis que contribuem para o aumento das taxas de re-hospitalização” (p. 458.1). Estes autores encontraram dados que demonstram que indivíduos com IC que apresentam uma taxa de aderência de pelo menos 88% têm sua taxa de sobrevivência significativamente melhorada. Além disso, perceberam melhores taxas de adesão em sujeitos com idade mais avançada. Por outro lado, o sofrimento emocional constitui-se como barreira significativa à adesão. Segundo esses autores, “10% dos pacientes do ambulatório e 50% dos pacientes hospitalizados mostram evidências de depressão” (p. 458.3). Observaram também que indivíduos que têm sinais de depressão têm quase três vezes mais chances em não aderir ao tratamento quando comparados a sujeitos que não apresentam sintomas depressivos. No estudo, relatam que regimes médicos complexos que requerem alteração no estilo de vida, o período de regimes de tratamento, a experiência com os regimes médicos anteriores, alterações frequentes em regimes e os prazos variáveis de tempo requerido antes de o paciente experimentar os efeitos positivos dos regimes médicos, também influenciam nos índices de adesão. Em entrevistas realizadas para identificar os fatores que influenciam a adesão à medicação em indivíduos com IC, constataram que um relacionamento positivo médico-paciente foi um fator favorável para melhorar as taxas de adesão à medicação.

## 2.7

### **A influência da relação médico-paciente na adesão**

Em tempos de grandes avanços tecnológicos, quando, cada vez mais, a ciência conta com máquinas para fazer leituras e diagnósticos, as relações humanas vão se tornando mais escassas. Os médicos passam menos tempo entrevistando seus pacientes, fazendo a anamnese, conhecendo suas particularidades e mais tempo indicando exames laboratoriais e de imagem para obter as respostas.

O estudante de medicina é apresentado, no seu primeiro ano, ao cadáver (“peças anatômicas”) que terá que dissecar. Para que esse jovem consiga fazê-lo, é necessário se despir das relações de identificação com a humanidade daquele corpo (ou partes deste) que ele deve cortar. O corpo vira um objeto a ser compartimentalizado e estudado.

O médico é aquele que tudo sabe e tem o poder de reduzir o sofrimento, mas nem sempre o resultado de um tratamento é positivo, fazendo com que o médico se torne o vilão, culpado pelo fracasso. Assim como é o que cuida, traz conforto, como a mãe boa, também prescreve procedimentos dolorosos, como a mãe má. Esta situação possibilita ao paciente a presença de emoções contraditórias voltadas ao mesmo sujeito. Essa noção nos remete aos sentimentos opostos do bebê em relação à mãe que cuida, mas também falta e o frustra (Rocco, 1992).

A célebre frase em que Balint (1957/1988) diz que o médico é o remédio mais utilizado na medicina, e que, como qualquer outro medicamento, deve ser observado em sua posologia, reações adversas e toxicidade. Tal afirmação nos faz refletir sobre a importância da relação médico-paciente. A relação entre o médico e seu paciente se dá, em graus e níveis diferentes, pela transferência e contratransferência.

Uma boa relação médico-paciente se faz importante, pois, além de aumentar a sensação de segurança do sujeito que se encontra enfrentando uma doença, o bom relacionamento propicia que o doente confie em seu médico

(Almeida & Malagris, 2014). Um paciente mais confiante, possivelmente, terá melhor adesão ao tratamento proposto, além de ficar mais cooperativo e com menores chances de desencadear um processo depressivo durante o tratamento.

De acordo com Leão (2002), a questão da relação médico-paciente é um assunto tão antigo quanto a história da medicina, pois a religião e os conceitos morais da época, dificultavam e, até mesmo, proibiam estudos anatômicos e exames físicos em pacientes vivos. Além disso, os exames e métodos de investigação eram muito precários. Assim, a comunicação verbal era bastante explorada, para que fosse obtido o maior número possível de informações sobre o enfermo.

A relação médico-paciente surgiu concomitantemente à medicina hipocrática, que tinha como meta o benefício humano, tendo em vista não somente a doença, mas, principalmente, a pessoa. A empatia, símbolo das profissões que cuidam da saúde, é um processo psicológico que se dá pela via dos mecanismos afetivos, cognitivos e comportamentais, perante a observação da experiência do outro. Portanto, a empatia é o fator mais importante na relação médico-paciente, pois faz com que o doente se sinta mais seguro e disposto a informar com mais desenvoltura seus problemas, sintomas e dúvidas (Costa & Azevedo, 2010).

Como já vimos, no modelo biomédico, o paciente é tratado como elemento passivo, em que deve cumprir “ordens” médicas. Uma abordagem comunicacional permite que o médico (assim como todo profissional de saúde) melhore sua forma de se relacionar com seu paciente, fazendo, assim, com que seja uma relação de igualdade, onde ambos decidem juntos como abordar a doença e seu tratamento, deixando de ser uma relação assimétrica em que o médico prescreve e o paciente deve simplesmente obedecer sem questionar (Almeida & Malagris, 2014).

Para Rocco (1992), a partir de uma boa relação com seu paciente, o médico tem potencialidade de exercer uma ação psicoterapêutica. Além disso, utilizando a intuição e empatia, o médico pode exercer uma função continente, na qual pode conter, “nos mesmos moldes como uma mãe tranquila faz com seu filho pequeno, as angústias, as fantasias e necessidades de seu paciente aflito,

especialmente aquelas que acompanham as vivências de morte e as agudizações das crises existenciais” (p. 68).

Devido à atual dificuldade dos médicos em reconhecer ou definir uma boa relação, um guia de relação médico-paciente foi distribuído aos médicos do Estado de São Paulo. Segunde este guia, existem vários aspectos a serem considerados.

Uma boa relação médico-paciente deve englobar, por parte do médico:

- Prestar um atendimento humanizado, marcado pelo bom relacionamento pessoal e pela dedicação de tempo e atenção necessários.
- Saber ouvir o paciente, esclarecendo dúvidas e compreendendo suas expectativas, com registro adequado de todas as informações no prontuário.
- Explicar detalhadamente, de forma simples e objetiva, o diagnóstico e o tratamento para que o paciente entenda claramente a doença, os benefícios do tratamento e também as possíveis complicações e prognósticos.
- Após o devido esclarecimento, deixar que o paciente escolha o tratamento sempre que existir mais de uma alternativa. Ao prescrever medicamentos, dar a opção do genérico, sempre que possível.
- Atualizar-se constantemente por meio de participação em congressos, estudo de publicações especializadas, cursos, reuniões clínicas, fóruns de discussão na internet etc.
- Ter consciência dos limites da Medicina e falar a verdade para o paciente diante da inexistência ou pouca eficácia de um tratamento.
- Estar disponível nas situações de urgência, sabendo que essa disponibilidade requer administração flexível das atividades.
- Indicar o paciente a outro médico sempre que o tratamento exigir conhecimentos que não sejam de sua especialidade ou capacidade, ou quando ocorrer problemas que comprometam a relação médico-paciente.

- Reforçar a luta das entidades representativas da classe médica (Conselhos, Sindicatos e Associações), prestando informações sobre condições precárias de trabalho e de remuneração e participando dos movimentos e ações coletivas (CREMESP, 2001).

Saber ouvir e dar atenção, disponibilizar seu tempo e estar aberto a socorrer emergências, explicar de maneira que o paciente possa compreender aquilo que foge ao seu entendimento, mostrar opções e permitir que ele faça escolhas, admitir não ser perfeito e não ter a resposta a todas as questões, dentre outras características, fazem parte da definição que Donald Winnicott dá de uma “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1983). E não são difíceis de serem seguidas por sujeitos empáticos ao sofrimento de um outro. O pré-requisito principal para uma boa relação médico-paciente seria, então, o acolhimento que uma parte faz pela outra, mais vulnerável.

O ser humano, durante toda sua vida, necessita de relações de ligação que lhe trazem conforto, principalmente numa situação onde se vê fragilizado. A noção winnicottiana da função de holding (sustentação) nos garante continuidade. Só vivemos bem com um “outro” englobante capaz de exercer função de ambiente com capacidade de acolher, hospedar, agasalhar e alimentar no limite da vida (Figueiredo, 2009).

O primeiro sentido de tempo, no mundo subjetivo do bebê é a experiência da repetida presença, permanência e a continuidade dos cuidados da mãe. Com o tempo, o bebê passa a ter um “conhecimento” – de si mesmo, de seu ambiente e do que irá suceder – que não é mental, mas, sim, baseado numa crescente familiaridade com as sensações corpóreas que são elaboradas imaginativamente e com o estado de coisas que o rodeia (Dias, 2003).

Da mesma forma, Caprara e Franco (1999) levantam a importância da continuidade do vínculo estabelecido, uma vez que o médico que acompanha os mesmos pacientes por bastante tempo conhecerá melhor a comunidade e as famílias, algo que vem sendo bem difícil de manter, principalmente na saúde pública brasileira. Além disso, é importante que o médico utilize uma linguagem que seu paciente possa compreender, para se sentir mais próximo a ele.

O cuidado recebido é decisivo na emergência do sujeito. Conforme discorre Plastino (2009) sobre a perspectiva winnicottiana, a constituição de cada indivíduo único é resultante de um processo histórico, no qual a qualidade do cuidado por ele recebido tem um papel crucial em sua inserção na natureza. Dessa forma, um sujeito que recebeu boa qualidade de cuidado de seu médico, pode levar esse novo conhecimento consigo. Segundo Figueiredo (2009), o enfermo não se tornará um médico, mas é esperado que se conheça algo de sua doença e de “sua” medicina para não adoecer de novo ou poder tratar-se melhor. Nesta medida, é desejável que as funções cuidadoras sejam por ele introjetadas. Assim como a mãe fica introjetada no seu filho, a figura do médico (com sua função cuidadora e educadora em termos de saúde) também deve ser introjetada pelo seu paciente.

Para Leão (2002), cabe à cada médico aprimorar a sua prática para que, juntamente com seus recursos modernos, a Medicina não se perca como arte. Pode, assim, resgatar o seu significado latino: ‘a arte de curar’. Cabe, portanto, a busca de uma relação mais próxima e cuidadosa entre o doente e seu médico.

Para Plastino (2009) “o cuidar tende a apresentar-se como uma técnica na qual sobressai seu valor comercial. Isto se exprime no campo da medicina pela crescente desumanização das relações médico-paciente” (p. 54). Não é de se espantar, portanto, que algumas sociedades médicas tenham formulado um guia para relação médico-paciente em que ensinam o profissional a tratar o paciente de forma humanizada, respondendo a suas perguntas de maneira empática.

Uma boa relação médico-paciente se assemelharia, então, à relação de uma “mãe suficientemente boa” com seu bebê, podendo haver erros e acertos, mas a presença, a atenção, o carinho e o cuidado prevalecem proporcionando ao paciente uma confiança e tranquilidade em relação ao seu tratamento, possibilitando, assim, a sua melhora. A partir de um bom relacionamento, o paciente não espera que seu médico tenha todas as respostas ou que ele seja perfeito, mas, sim, que ele fará tudo que estiver ao seu alcance pelo bem-estar de seu paciente, trazendo uma sensação de proteção e segurança ao enfermo.

## 2.8 Aliança de trabalho

Aliança de trabalho (*working alliance*) foi definida por Bordin em 1979 como um acordo entre paciente e cuidador quanto aos objetivos explícitos do tratamento, a colaboração entre ambos em relação a tarefas necessárias para se atingir esses objetivos, e o alcance do laço emocional, caracterizado por confiança e afeto, entre paciente e seu cuidador. Estudos demonstram que a aliança de trabalho é considerada o preditor mais confiável e consistente em relação aos resultados de um tratamento psicológico, e, até mesmo, como pré-requisito para um tratamento eficiente (Fuertes *et al.*, 2007).

Um doente crônico necessita de conexão humana e confiança num momento de angústia. O médico tem o potencial de ocupar o papel de um agente terapêutico. Quando médico e paciente são aliados num tratamento centrado no paciente, a confiança aumenta, e o paciente pode se sentir mais capacitado a iniciar um processo de mudança de comportamentos e adesão ao tratamento. Os fatores psicológicos e comportamentais do tratamento podem fazer a diferença entre a vida e a morte, além de aumentar a qualidade de vida e diminuir o sofrimento humano (Fuertes *et al.*, 2007).

Estudos apontam que a satisfação do paciente com seu médico está ligada a não só uma boa adesão ao tratamento e um bom resultado, como também a insatisfação faz com que o paciente troque de médicos constantemente. Pacientes que compreendem seus tratamentos e concordam com estes, assim como pacientes que gostam e confiam em seus médicos, estão mais inclinados a seguir as orientações médicas. Além disso, pesquisas demonstram que um paciente que é mais preparado para seu tratamento, que se sente capacitado a realizar as tarefas orientadas por seu médico, tende a apresentar melhores graus de adesão ao tratamento (Fuertes *et al.*, 2007).

De acordo com a Declaração do Consenso de Toronto, a comunicação eficaz entre médico e paciente é uma função essencial ao tratamento que não pode ser delegada. As habilidades interpessoais do médico têm grande influência da satisfação do paciente em relação ao tratamento, sua adesão a este e seus resultados. Habilidades como a escuta ativa às dúvidas e preocupações do doente estão entre as qualidades mais desejadas pelos pacientes. A maioria das



reclamações dos pacientes não estão relacionadas à competência técnica dos médicos, mas, sim, às falhas na comunicação (Simpson *et al.*, 1991).

A adesão, portanto, tem papel de grande importância no tratamento de qualquer patologia, principalmente nas doenças crônicas. Numa doença grave, que traz riscos ao paciente, a adesão pode fazer a diferença entre a vida e a morte. Apesar da pequena evolução no entendimento do funcionamento da adesão ao tratamento nos pacientes, muitos estudos continuam sendo realizados. Talvez a expectativa por uma adesão plena seja uma utopia. Contudo, parece impossível pensar em abandonar a ideia de continuar as tentativas de uma melhor compreensão dos fatores que influenciam esse aspecto tão importante do tratamento.

### 3 Resiliência

“Uma ostra que não foi ferida, não produz pérolas”.  
Rubem Alves

#### 3.1

##### O conceito de resiliência

A resiliência é um termo da física, cunhado pelo cientista inglês Thomas Young, em 1807, e se refere à propriedade de alguns materiais de acumular energia quando submetidos a uma ruptura, retornando ao seu estado anterior após ter sofrido a tensão.

A Psicologia tomou o termo emprestado e este tem sido estudado e definido por diversos autores. Dentre um dos mais importantes, está Boris Cyrulnik, psiquiatra francês que se dedicou ao estudo do termo e se tornou referência no tema. Este autor foi escolhido como principal fonte neste capítulo, pois contextualiza e explica as origens da capacidade de resiliência de maneira detalhada, usando conceitos oriundos da psicologia, das pesquisas com bebês e da observação direta de pessoas que viveram situações-limite. Cyrulnik (2004) discorre sobre as adversidades da vida comparando-as a torrentes nas quais se navega. A resiliência é um processo, são eventos harmonizados que se seguem em que o sujeito se envolve num contexto afetivo, social e cultural. “A resiliência é a arte de navegar nas torrentes” (p. 207).

Para Flach (1991), a resiliência funcionaria como um conjunto de forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar, com sucesso, as mudanças num processo contínuo de aprendizado/desaprendizado. Para tanto, faz-se necessário que os processos fisiológicos, ativados pelo estresse, funcionem de tal forma que o indivíduo se torne resiliente por meio da habilidade de reconhecer a dor, de perceber seu sentido e de tolerá-la até resolver os conflitos de forma construtiva. De acordo com o autor, é extremamente difícil administrar a dor emocional. Para

tanto, forças como fé, esperança e vontade de viver são exigidas para nossa sobrevivência.

Segundo Walsh (2005), resiliência é:

“a capacidade de se renascer da adversidade fortalecido e com mais recursos. É um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise e ao desafio. [...] Ela engloba mais do que sobreviver, atravessar ou fugir de uma prova angustiante. [...] As qualidades da resiliência permitem às pessoas se curarem de feridas dolorosas, assumirem suas vidas e irem em frente para viver e amar plenamente” (p. 4).

A autora se faz clara ao dizer que ser resiliente não significa ser invulnerável nem tampouco autossuficiente. A ideia de resiliência não compreende um sujeito impenetrável, que não é atingido pelas fatalidades da vida, mas, sim, uma pessoa aberta a experiências e à interdependência com outras pessoas. A resiliência envolve uma “boa luta”, isto é, experimentar sofrimento e coragem ao mesmo tempo, enfrentando as dificuldades de maneira eficiente, tanto interna quanto externamente (Walsh, 2005).

Indivíduos resilientes são pessoas comuns que retomam sua vida após alguma adversidade, seja ela a morte de um filho, a perda de uma parte de seu corpo, a perda do emprego, doenças graves, físicas ou psíquicas, em si mesmo ou em alguém da família, razões suficientes para levar um indivíduo ao caos. São sujeitos capazes de continuar uma vida com qualidade, sem autopunições, sem resignação destruidora, que renascem dos destroços.

A resiliência não é, portanto, um escudo protetor que alguns indivíduos têm, mas uma flexibilidade interna que lhes torna possível interagir com êxito, modificando-se de uma forma adaptativa em face aos confrontos adversos com o meio externo. A resiliência não é uma forma de defesa, mas uma forma de manejo das circunstâncias adversas, internas e externas, presentes ao longo de todo o ciclo de desenvolvimento humano (Grillo, 2008).

Em 1974, E. J. Anthony propôs o termo "invulnerabilidade" na literatura da psiquiatria infantil, para descrever a característica de crianças que, apesar da exposição ao estresse psicológico e longos períodos de adversidades, demonstravam competência e saúde emocional. Entretanto, este conceito, por ser

estático e absoluto, vem sendo fortemente criticado. A resiliência passou a ser vista, então, como a característica em que, mesmo em situações de adversidades, sejam elas psicológicas, econômicas ou sociais, certos indivíduos conseguem não somente sobreviver, como também alcançar o bem-estar em suas vidas.

A resiliência seria, dessa forma, mais do que restaurar um estado anterior após o estresse/trauma; implicaria a "superação" das dificuldades com a ressignificação e a construção de novos caminhos diante da adversidade. Logo, seria uma capacidade a ser construída ao longo da vida do sujeito. A resiliência é, portanto, a reafirmação da capacidade humana de superar adversidades e situações potencialmente traumáticas (Bezerra, 2011).

Em seu artigo sobre resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar, Rudnicki (2007) relata que pessoas resilientes não experimentam sintomas disfuncionais quando enfrentam um evento traumático; são mais resistentes; as características de sua personalidade estão mais associadas a afetos positivos e menos a afetos negativos; mostram maior tolerância à frustração; são capazes de identificar eventos estressantes e incorporá-los dentro de um plano de metas, transformando-os em algo não perturbador; e numa situação adversa, não só saem ilesos desta, como aproveitam-na para melhorar.

Yunes e Szymanski (2001), entretanto, corroboram que a resiliência não pode ser considerada como invulnerabilidade, mas, sim, um fenômeno que tenta explicar o processo de superação de adversidades, pois não se trata de resistência absoluta às adversidades. Também não é uma característica que pode ou não ser inata ao sujeito. É resultado de uma série de influências do meio sobre o indivíduo.

O sujeito resiliente planeja o que vai fazer assim que a crise passar e se rege sempre pelo tempo presente. A meta é começar a mudar, agora, a situação indesejada: trabalhando, estudando, libertando-se, valorizando as vitórias, mesmo as que pareçam pequenas.

Para Cyrulnik (2004), o simples fato de o sujeito resiliente constatar que é possível encontrar uma saída, já demonstra sua forma diferenciada de abordar um problema. Quando recebe um golpe da vida, o indivíduo pode avaliar as

consequências físicas, sociais e emocionais e buscar uma estratégia para sair da situação negativa.

O indivíduo ou grupo capaz de encontrar qualidade de vida em meio ao que é considerado socialmente ruim ou prejudicial é aquele capaz de atribuição de significado, valoração, criar soluções onde, aparentemente, não existem. O fenômeno da resiliência apoia-se numa experiência subjetiva que envolve valorização e sensibilidade. Novamente, resiliência não é invulnerabilidade, pois, ao se confrontar com a diversidade, o indivíduo é afetado pelo estresse, ficando sujeito às forças desintegradoras que ameaçam sua sobrevivência física ou psíquica. Ainda assim, é capaz de sair fortalecido. A diferença fundamental entre os conceitos seria, então, que a resiliência pode, portanto, ser promovida enquanto a invulnerabilidade é entendida como uma característica inerente ao indivíduo (Barlach, 2005).

A resiliência permite ao sujeito possuir uma estrutura de personalidade diferenciada, aberta a novas experiências, novos valores, e, apesar de ser uma estrutura bem estabelecida, ser também flexível a mudanças. Segundo Flach (1991), a criatividade é um fator essencial na resiliência, mas não o único. A criatividade se apresenta, então, como uma maneira de encontrar soluções variadas, únicas e adaptativas para cada situação distinta. É, certamente, bastante útil na resolução de pontos de bifurcação, uma vez que pode possibilitar ao sujeito agir de uma forma inusitada numa situação inesperada. Outra característica importante da personalidade resiliente é o humor, visto que também traz novos padrões de pensamento. Uma visão bem-humorada de uma situação provoca uma nova percepção da mesma, ainda que só momentaneamente.

### 3.2

#### **Características da resiliência**

A resiliência depende, acima de tudo, da flexibilidade, da capacidade de utilizar forças particulares necessárias aos desafios: ser lógico e organizado quando necessário, e ser capaz de funcionar de forma ilógica e até de abandonar os projetos em andamento, descobrindo outras possibilidades. A resiliência não é sempre a mesma, imutável. Sendo assim, o nível de resiliência varia ao longo do

tempo. Contudo, a resiliência funciona como uma tendência que certas pessoas têm na maneira de lidar com situações estressantes (Flach, 1991).

Conforme escreve Flach (1991):

“essas novas percepções nos alertam sobre a presença de um novo conjunto de circunstâncias, às quais devemos responder de maneira adequada através da mudança. Assim a tentação de negar a realidade da mudança pode ser amenizada, porque provavelmente vamos nos sentir menos ameaçados pela seriedade potencial dessa mudança bem como de sua provável natureza duradoura” (p. 203).

Cyrulnik (2002) descreve a resiliência não como invulnerabilidade, não é uma armadura. Seria, então, a manutenção de um processo normal do desenvolvimento apesar das condições difíceis. É algo dinâmico, e não uma simples resistência ao trauma. Para o autor, há uma grande importância de que a criança tenha, ao menos, uma boa relação com um dos pais para que haja uma base firme para evitar um sentimento de insegurança, pois, assim, a resiliência será mais fácil. Na idade adulta, onde o suporte ambiental é a base segura, podemos notar esta capacidade quando um indivíduo mantém suas relações sociais, principalmente as informais de forma prazerosa. A educação também possui um papel crucial na proteção dos traumas, pois possibilita a capacidade de desprendimento, colocação de perspectiva, e auxílio mútuo entre as crianças. Uma pessoa resiliente traz consigo a autonomia, vontade e capacidade de planificar, eficácia e senso de humor (Cyurulnik, 2002).

Segundo Cyurulnik (2004), além da função biológica de gerar uma criança, é necessário ao adulto “pô-la no mundo”, o que implica dispor em torno dela os circuitos sensoriais e “sensados” (providos de significado) que serão tutores de desenvolvimento, tecendo, assim, a sua resiliência. Pais com estilos diferentes de apego impregnarão na criança estilos relacionais mais ou menos resilientes. Para o autor, os primeiros anos de vida constituem um período bastante sensível na construção de recursos internos de resiliência. Antes mesmo de desenvolver a fala, as crianças tecem a resiliência numa fusão entre sua biologia e a relação com os adultos. Para a resiliência existir, é necessário que o trauma ocorra e que existam tutores de resiliência. E, para que a elaboração do processo de resiliência se dê, é necessário um acolhimento em primeiro lugar. Depois, é importante que

se produza uma representação do evento e, por último, a possibilidade de socializar (Cyrulnik, 2004).

A resiliência, assim como outras características do temperamento do sujeito, não é simplesmente determinada geneticamente, não é hereditária, mas uma combinação da pré-disposição genética com a criação/educação fornecida pelos pais. Os determinantes genéticos certamente existem, uma vez que, atualmente, se descrevem milhares de doenças genéticas. Porém, eles só “atuam” quando os erros hereditários impedem o prosseguimento dos desenvolvimentos harmoniosos. Os determinantes genéticos existem, mas isso não significa que o Homem seja geneticamente determinado (Cyrulnik, 2002).

Um trauma direciona a vida a uma tragédia. Mas, quando se dá uma representação àquele evento, é possível alterar a direção, e transformá-lo em algo diferente. Para que o trabalho de resiliência se inicie é necessário haver uma nova narrativa do evento, dando a ele coerência e um novo significado. Portanto, o que causa um traumatismo não seria o golpe em si, mas a ausência de suporte afetivo e social que impede encontrar tutores de resiliência (Cyrulnik, 2005). Para o autor, permitir a resiliência consiste em propor um tutor de desenvolvimento a alguém que foi ferido, isto é, “a organização da ajuda depois de um trauma pode impulsionar o processo de resiliência ou bloqueá-lo” (Cyrulnik, 2009, p.30).

Diante uma perda, há diferentes estratégias possíveis. Pode-se ficar entregue ao sofrimento, buscar ser diferente e, até mesmo, fazer papel de vítima. Contudo, essas são soluções antirresilientes que impedirão qualquer desenvolvimento. Em contrapartida, fazer uso do sofrimento para transcendê-lo é um trampolim de resiliência (Cyrulnik, 2009). Quando o trauma força a transformação por causa do colapso psíquico provocado, a resiliência leva à metamorfose que transforma um dilaceramento em força, uma vergonha em orgulho (Cyrulnik, 2006).

Toda narrativa de si proporciona uma identidade a esta narrativa, o que pode tornar-se um fator de resiliência, contanto que o ambiente familiar e cultural forneça ao sujeito uma rede de encontros em que possa obter uma expressão compartilhável. As crianças que se tornaram adultos resilientes, são as que foram ajudadas por um adulto (mais velho, mais forte, mais sábio) a atribuir sentido às

suas feridas. Para que a resiliência se instale, é preciso haver um registro de amor e cuidado anterior ao golpe (Cyrulnik, 2005).

Do mesmo modo, Flach (1991) propõe que existem ambientes facilitadores de resiliência, os quais apresentam características como: estruturas coerentes e flexíveis; respeito; reconhecimento; garantia de privacidade; tolerância às mudanças; limites de comportamento definidos e realistas; comunicação aberta; tolerância aos conflitos; busca de reconciliação; sentido de comunidade; empatia.

A forma como o sujeito lida com as adversidades que lhe ocorrem ao longo da vida são aprendidas nos relacionamentos, sendo assim, a resiliência também pode ser aprendida. A dor, por si só, não tem sentido. É simplesmente um sinal biológico que passará ou será bloqueado. Mas o significado atribuído a esse sinal depende tanto do contexto cultural quanto da história da criança. Atribuindo um sentido ao episódio doloroso, ele modifica o que é experimentado. O sentido é constituído de significação e orientação (Cyrulnik, 2004).

A resiliência está intimamente ligada ao afeto, e quanto mais segura for esta relação de afeto, maiores serão as chances de se estabelecer uma boa relação com os outros. Quando o temperamento é bem formado pelo apego seguro de um lar parental tranquilo, a criança, caso venha a perder os pais, por exemplo, mesmo em sofrimento, se torna capaz de sair em busca de um substituto eficaz (Cyrulnik, 2004).

### 3.3

#### **O desenvolvimento da capacidade de resiliência**

Para se pensar em como a resiliência é desenvolvida, podemos ir aos primórdios do desenvolvimento infantil. A resiliência tem relação com a independência, a autonomia e a segurança do sujeito, dentre outros aspectos. Para se pensar num sujeito independente e seguro, podemos nos remeter à Teoria do Apego, desenvolvida pelo psicanalista inglês John Bowlby na década de 1960.

A teoria propõe que apego é a propensão de seres humanos de construir ligações afetivas fortes a outros sujeitos específicos. O comportamento de apego seria, portanto, qualquer comportamento que resulte em alcançar e permanecer na proximidade a um outro diferenciado, sendo este outro, geralmente, mais forte ou



mais sábio, que proporciona sensação de segurança. Para que a criança possa se sentir segura para se desenvolver, é importante que o cuidador faça o papel de base segura, podendo, então, explorar o ambiente, mas também voltar quando se sentir com medo, por exemplo (Barstad, 2013).

Para Barstad (2013), “a ideia central da teoria do apego envolve a relação entre as experiências do indivíduo com seus pais e sua capacidade de, mais tarde, formar laços afetivos” (p. 20). Segundo Bowlby, o comportamento de apego se mantém desde o nascimento até a morte do sujeito; ele vai sendo alterado à medida que o sujeito ganha autonomia. Contudo, durante toda a vida, o ser humano apresenta comportamento de apego, necessitando de uma base segura sempre que se encontrar em uma situação de medo ou angústia.

Flach (1991) acredita que a resiliência não é uma qualidade exclusivamente interior; sua existência, crescimento e sobrevivência dependem muito do que e de quem ocupa o espaço ao redor do sujeito e da natureza do equilíbrio que existe entre nós e o mundo exterior. Para considerar se o ambiente ajuda a formar resiliência ou não, deve-se considerar o grau e estrutura externa, uma vez que uma estrutura consistente é necessária para um desenvolvimento saudável. De acordo com o autor, é possível que a maioria das pessoas se veja, nos primeiros anos da vida adulta, sem uma estrutura maior. A diferença entre a estrutura da família original e da nova família que foi constituída é que a antiga foi basicamente imposta a nós, enquanto a última representa a soma da estrutura que recebemos de nossa família de origem com as estruturas das pessoas que passam a nos cercar, e todas as novas configurações que surgem a partir desta s novas interações.

A resiliência das crianças às dificuldades é maior quando elas têm acesso a pelo menos um pai/mãe atencioso, um cuidador ou outro adulto que lhes dê apoio na sua família ampliada ou vida social, a emergência de traços individuais geneticamente influenciados, inclusive, ocorre no contexto relacional (Walsh, 2005). A autoestima e a eficiência são promovidas, acima de tudo, pelos relacionamentos de apoio.

“Pesquisadores que se concentraram no clima emocional da família notaram a importância da ternura, da afeição, do apoio emocional e de estrutura e limites razoáveis e claros. Eles enfatizam que se os pais

forem incapazes de proporcionar este clima, os relacionamentos com outros membros da família, como irmãos mais velhos, avós e família ampliada, podem servir a tal função. Além disso, a adaptação a eventos de crise é influenciada pelo significado da experiência, que é socialmente construída” (Walsh, 2005, p. 11).

A resiliência é, portanto, resultado de uma combinação de uma rede de relacionamentos e experiências no decorrer do ciclo de vida e entre gerações. Embora o funcionamento adaptativo da criança e do adolescente sirva como uma previsão da vida adulta, o papel das experiências precoces da vida na determinação da competência do adulto para superar as adversidades pode ser menos importante do que se supunha anteriormente.

A resiliência é estimulada nas interações familiares através de uma cadeia de influências indiretas, melhorando os efeitos diretos de um evento estressante (Walsh, 2005). Dessa forma, podem ser criadas tensões por esforços de enfrentamento ineficientes por parte da família, aumentando, assim, o risco de complicações adicionais. Porém, estratégias de enfrentamento positivas podem reduzir o estresse e restaurar o bem-estar.

A partir do trauma, o indivíduo deve usar suas competências para reaprender outra maneira de viver. O contexto afetivo e social vai, então, propor alguns tutores de resiliência ao lado de quem se pode desenvolver. De acordo com Cyrulnik, “os primeiros passos no longo caminho da resiliência são dados depois do baque, assim que a ínfima chama de vida põe um pouco de luz no mundo escurecido pelo golpe. Então, cessa a morte psíquica e começa o trabalho de reviver” (2006, p. 180).

A resiliência não seria, portanto, uma receita de felicidade, mas uma estratégia de luta contra a infelicidade que permite conquistar o prazer de viver. Resiliência seria, assim, a capacidade daqueles que receberam amor e cuidado em algum momento da vida, de se reerguer após um golpe e encontrar um significado, um sentido para o trauma, ficando, assim, mais fortalecido por este.

Suporte social é um importante fator na promoção de resiliência que envolve relações estabelecidas em sociedade, como, por exemplo, laços de amizade, escola, trabalho, instituições religiosas e unidades de saúde que proporcionam fatores de proteção aos sujeitos. O apoio social contribui para o

bem-estar aliviando o efeito do estresse; gera benefícios físicos e psicológicos, mais rápida recuperação de doenças, menor risco de mortalidade e melhor qualidade de vida. Sendo assim, dentre os fatores que contribuem para a promoção de resiliência, podemos destacar os vínculos afetivos, principalmente com a família, rede de apoio social, além de uma boa relação com profissional de saúde.

O profissional de saúde pode contribuir para a promoção de resiliência reconhecendo a família como importante recurso e os instrumentalizando. A resiliência não é um fator de proteção absoluta. Ela é uma possibilidade de enfrentamento, superação e adaptação. Essa capacidade está ligada a características pessoais, ambientais, sociais e circunstâncias vividas. Para Santos, "a resiliência é, antes de mais nada, um fenômeno resultante de qualidades que a maioria das pessoas possui, mas que precisam estar corretamente articuladas e suficientemente desenvolvidas (2011).

### 3.4

#### **Fatores de risco, fatores de proteção e estratégias de *coping***

Não se pode falar em resiliência, se não houver risco, adversidade ou situação estressora. Segundo Pesce *et al.* (2004), Santos (2011), Rutter (2012) e tantos outros:

- Fatores de risco são características ou eventos que podem vir a agravar a situação adversa. Implicam resultados negativos e indesejáveis. Situações de risco, violência, pobreza extrema, e abuso são exemplos de fatores de risco.
- Fatores de proteção são influências que ajudam, melhoram ou contribuem positivamente em situações adversas. Uma situação de boa estrutura familiar, apoio social, comunidade religiosa presente, são exemplos de fatores de proteção para o sujeito. Os fatores de proteção reduzem o impacto e as reações negativas mantendo a autoestima, a autoeficácia e criando oportunidades para reversão dos efeitos do estresse.
- Estratégias de *coping* são posicionamentos e ações individuais frente a situações negativas. Tratam-se de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com situações estressoras. Podem estar ligadas ao esforço de regular o estado emocional para agir na origem do estresse, tentando modificá-la.

A exposição a repetidas adversidades pode – ou não – ser um fator de risco. Um pessoa que passou por um luto, por exemplo, pode ter seu próximo luto piorado pela situação anterior. Mas também é possível que a vivência da experiência anterior a tenha fortalecido, e o luto anterior seja um fator de proteção ao novo evento, dependendo de como a pessoa viveu a perda e como esta foi significada. Não há consenso em relação ao número de eventos negativos de vida necessários para afetar a capacidade de resiliência do indivíduo (Pesce *et al.*, 2004).

Risco e proteção, assim como a resiliência, não são processos estáticos, são mutáveis e elásticos por natureza. Independente do contexto (família, instituição, doença), situações causadoras de estresse podem funcionar como fator de risco ou de proteção. Isso dependerá da qualidade das relações e conexões, assim como o significado atribuído ao evento (Poletto & Koller, 2008). Assim como uma situação de pobreza pode ser considerada um fator de risco, anos depois, se o indivíduo perde seu emprego, por exemplo, já tendo passado por situação de pobreza e tendo aprendido a lidar com essa dificuldade, pode estar mais protegido do que alguém que nunca tenha passado por essa adversidade e pode se desorganizar psicologicamente com a situação estressora. Não se pode presumir que a adversidade vá atingir a todos da mesma forma. A exposição ao estresse pode ter um efeito fortalecedor (“*Steeling*” or *Strengthening Effect*) e resultar em um aumento da resistência à adversidade, ao invés de uma vulnerabilidade aumentada (Rutter, 2012).

### 3.5

#### **A resiliência contribuindo para a adesão**

O processo de adesão é auxiliado pelo apoio social que pode vir de familiares, amigos, companheiros, assim como serviços de assistência à saúde, possibilitando uma rede facilitadora dos processos de enfrentamento da doença. Processos de resiliência são um aspecto positivo que permeiam a adesão ao tratamento. O apoio social, definido como a disponibilidade de pessoas com as quais se pode contar e demonstram preocupação, valorização e amor, portanto, influencia na adesão a partir de estados psicológicos positivos (Bezerra, 2011).

Apoio social está na dimensão pessoal, sendo formada de membros de uma rede importante para o indivíduo. Rede social é uma teia de relações que conecta sujeitos que possuem vínculos sociais, como a vizinhança, a escola, o sistema de saúde, a instituição religiosa. A capacidade dos profissionais da equipe de saúde em compreender o momento delicado da vida dos pacientes propicia a criação de um vínculo afetivo capaz de motivar o sujeito a buscar e se manter no tratamento.

Um fator importante e preditor de adesão ao tratamento que está fortemente ligado à resiliência é a autoeficácia. O conceito de autoeficácia, definido por Albert Bandura, em 1982, consiste em um senso de autoestima ou valor próprio. Trata-se de um sentimento de adequação, eficácia e competência para enfrentar problemas. As pesquisas do psicólogo canadense demonstram que pessoas com a crença de altos níveis de autoeficácia apresentam resultados positivos em diversos aspectos da vida. Indivíduos que se consideram desta forma possuem bons resultados no estudo, no trabalho, têm boa saúde, se recuperam mais rapidamente de doenças e cirurgias, têm maior produtividade e melhor desempenho (Schultz & Schultz, 2012).

A autoeficácia dos pacientes influencia a percepção de sua capacidade de seguir o tratamento e produzir um determinado resultado desejado. A resiliência, por sua vez, influencia diretamente a sensação de auto eficácia. Dessa forma, a pessoa é capaz de responder de maneiras diferentes diante de um fracasso (Bezerra, 2011).

Estudos apontam que fatores identificados pelos pacientes como "motivação" ou "força interna" os levam a seguir o tratamento. Pode-se, dessa forma, inferir que esta "força interna" seria a resiliência em ação. Vem sendo constatado que o aspecto positivo da adesão pode estar permeado por processos de resiliência do sujeito. A não adesão ao tratamento pode estar relacionada a má comunicação, diferenças culturais, falta de experiência e falta de empatia pelos profissionais de saúde, dificuldades e má organização do sistema de saúde e dificuldades psicossociais enfrentadas pelos pacientes.

A resiliência, que funciona como fator protetor contra psicopatologias como a depressão, inclui o senso de autoeficácia, senso de humor, capacidade de responsabilizar-se por outros, além de posse de capacidades intelectuais como o

*insight*. De acordo com Angst (2009), “não existe uma pessoa que é resiliente, mas sim a que está resiliente” (p. 255). Não é uma característica estática, mas, sim, um processo dinâmico que varia de acordo com circunstâncias do ambiente. Não há uma quantidade fixa de resiliência durante todo o tempo, por isso questiona-se se esta pode mesmo ser mensurada (Bezerra, 2011; Angst, 2009).

O grau de resiliência varia com a situação. Ou seja, em um determinado momento o indivíduo pode ser resiliente, enquanto em outro, ele pode não conseguir responder à adversidade de maneira tão saudável. O conceito de resiliência se refere, portanto, a um processo complexo que envolve diferentes elementos, não se referindo exclusivamente a uma adaptação ou superação dos efeitos de um acontecimento estressor.

O conceito de resiliência está atrelado à compreensão de fatores de proteção, internos e externos ao indivíduo, que levam a uma resposta saudável perante o sofrimento causado por uma adversidade. Fatores de proteção são processos sociais e intrapsíquicos que interagem de forma dinâmica, diminuindo a probabilidade de um resultado negativo na presença de um fator de risco, reduzindo incidência e gravidade do mesmo. Os fatores de proteção são constituídos por características individuais, coesão familiar, apoio afetivo e apoio social externo, tendo como função auxiliar o indivíduo a interagir com os eventos da vida e conseguindo bons resultados.

### 3.6

#### **Tipos de resiliência**

Santos propõe uma subdivisão didática breve (Santos, 2011), visando separar os diferentes tipos de resiliência e situações nas quais são acionadas.

- Resiliência emocional: capacidade de encontrar soluções para problemas, se adaptar a novas realidades difíceis que resultam em sentimentos de autonomia, auto estima e auto eficácia.
- Resiliência acadêmica: geralmente utilizada quando se trata de estudos, consiste na habilidade para resolver problemas, aprender novas estratégias.

- Resiliência social: participação em grupos, vínculos positivos estabelecidos, relacionamentos íntimos, estrutura familiar, modelo e sociais que proporcionam aprendizagem construtiva.

### 3.7

#### **Mensuração da resiliência**

Existem algumas escalas que são utilizadas para medir o grau de resiliência já validadas para o Brasil. A escala selecionada de acordo com o objetivo desse estudo foi a *14-Item Resilience Scale (RS-14)*. Tal escolha se deve ao fato de, além de ser uma escala já validada no Brasil, a RS-14 é uma versão mais compacta, o que favoreceu o processo das entrevistas, visto que elas aconteciam enquanto o paciente aguardava por uma consulta médica e havia um grande número de escalas a serem preenchidas.

## 4

### Métodos

“Soltai as palavras tristes, as penas que não  
falam sufocam o coração extenuando e fazem-  
no aquebrantar”.  
William Shakespeare

#### 4.1 Hipótese

Pessoas resilientes têm melhor adesão ao tratamento.

#### 4.2 Objetivo Geral

Verificar a relação entre resiliência e adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca

#### 4.3 Objetivos específicos

Estudar a relação da resiliência do paciente com insuficiência cardíaca (IC) e a adesão ao tratamento;

Mensurar a relação entre os dois fenômenos: resiliência e adesão;

Identificar os fatores que explicam os fenômenos e as estratégias que os pacientes utilizam para lidar com a doença.

#### 4.4 Justificativa

As doenças cardiovasculares são hoje a maior causa de mortes no Brasil (BRASIL, 2014). A insuficiência cardíaca é o final comum de todas as doenças cardiovasculares. Para um tratamento eficiente é necessário um alto grau de adesão, uma vez que inclui uma polifarmácia com múltiplos efeitos adversos.

Adesão ao tratamento é uma questão que vem sendo muito debatida pela equipe de saúde. A dificuldade de adesão leva, muitas vezes, a um aumento no



número de internações, além de um pior prognóstico para o doente (Barbosa *et al.*, 2014).

Pacientes aderentes reduzem, em grande número, a frequência de internações hospitalares, a quantidade e/ou intensidade de sintomas e melhoram o prognóstico em muitos casos. Paralelamente, o paciente pode se perceber como mais ativo e participante em seu tratamento, reduzindo, assim, a sensação de impotência ao se deparar com uma doença crônica (Barbosa *et al.*, 2014).

Para Botega (2006), o adoecimento traz consigo uma sensação de impotência, fragilidade e ameaça à vida. Por isso, a grande importância em se estudar como os sujeitos lidam com o adoecer, para que os profissionais sejam capacitados a ajudá-los nessas situações.

Fatores psicossociais como grau de instrução, ansiedade, depressão e resiliência podem influenciar no grau de adesão ao tratamento de IC. A identificação desses fatores pode auxiliar a equipe a lidar melhor com os mesmos, conseguindo, assim, pacientes mais aderentes e tratamentos mais bem-sucedidos.

O estudo se destinou à investigação do fenômeno da influência dos fatores psicossociais (gênero, estado civil, escolaridade), assim como a atuação de graus de resiliência e autocuidado em pacientes na adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca.

O universo da pesquisa consistiu em sujeitos inscritos no programa da Clínica de Insuficiência Cardíaca de um Hospital Universitário Público, situado na cidade do Rio de Janeiro, de grande porte, com 560 leitos de internação. Tem como compromisso o ensino, a pesquisa e a extensão, num processo Ético de assistência e ao paciente. Como campo de ensino tem sido cenário para a formação de profissionais de nível médio, superior, pós-graduação *Strictu e Latu Senso*, com destaque para a modalidade de residência. Como Hospital geral, presta atendimento em nível terciário, considerando a complexidade e diversidade de especialidades, bem como os serviços na área biomédica e os procedimentos diagnósticos de alta complexidade.

A amostra foi constituída por cinquenta (50) sujeitos.

Os critérios de inclusão consistiram em: indivíduos maiores de 18 anos com diagnóstico de insuficiência cardíaca, apresentando fração de ejeção menor ou igual a 40% no momento da coleta; que estejam lúcidos e orientados e que tenham possibilidade de compreenderem e assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE); os pacientes foram escolhidos aleatoriamente.

Já os critérios de exclusão foram: indivíduos menores de 18 anos; os que apresentam demência ou transtornos psiquiátricos graves (por levantamento de prontuário e diagnóstico médico); ou portadores de doenças neurológicas limitantes; pacientes que não se dispuseram a participar do estudo e os com menos de três consultas na Clínica de IC, já que não estão devidamente inseridos no programa.

Os instrumentos selecionados já validados no Brasil, abordam de forma concisa as temáticas a serem estudadas. A coleta de dados utilizou:

- Questionário Sociodemográfico
- Escala de Resiliência (RS-14)
- Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidados–Revisada (ASAS-R)
- Inventário Beck de ansiedade
- Inventário Beck de depressão
- Escala de qualidade de vida (SF-36)
- Entrevista semiestruturada com perguntas centradas nos temas do adoecimento e de como lidam com as prescrições do tratamento, assim como a vivência das limitações impostas pela IC.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade, onde a mesma foi realizada. Seguiram-se os protocolos de pesquisa da Plataforma Brasil, de acordo com a Resolução 466/2012. As informações prestadas foram tratadas de forma anônima e confidencial, os nomes dos sujeitos foram mantidos em sigilo e as informações prestadas foram utilizadas apenas nessa pesquisa, a divulgação dos resultados ocorrerá em eventos ou publicações científicas.

Após a coleta de dados, foi feita a análise dos mesmos. Foram confeccionados tabelas, quadros e gráficos, para facilitar a análise e as discussões, conforme descrito abaixo:

- Análise univariada e multivariada a partir de banco de dados criado com o sistema *Statistical Package for the Social* (SPSS). Os dados foram comparados com os resultados estatísticos.
- Comparação dos dados de pacientes com níveis mais altos de resiliência àqueles com bons índices de adesão ao tratamento;
- Análise dos diferentes tipos de adesão (medicamentosa, nutricional e atividade física);
- Comparação entre os níveis de escolaridade em relação aos índices de adesão ao tratamento;
- As dificuldades em relação ao tratamento identificadas na entrevista foram comparadas ao nível de resiliência, de autocuidado, sintomas depressivos e ansiosos, à escolaridade e aos índices de adesão;
- As falas dos pacientes na entrevista foram utilizadas para a confecção de categorias para análise dos dados no sistema SPSS. Além disso, algumas das falas dos pacientes foram mencionadas na discussão dos resultados para ilustrar o que a análise estatística demonstra.

#### **4.5 Metodologia *qualiquanti***

As abordagens quantitativas incluem a operacionalização e a mensuração acurada de um construto específico, a capacidade de realizar comparações entre grupos, examinar a associação entre variáveis de interesse e a modelagem na realização de pesquisas. Entretanto, uma das maiores limitações das abordagens quantitativas é que, em geral, a mensuração desloca a informação de seu contexto original (Castro *et al.*, 2010, p. 343).

Por outro lado, a abordagem qualitativa examina o ser humano como um todo, de forma contextualizada. As abordagens qualitativas visam gerar

informações mais detalhadas das experiências humanas, incluindo suas crenças, emoções e comportamentos, na medida em que as narrativas obtidas são examinadas dentro do contexto original em que ocorrem. Além disso, realizam análises profundas das experiências humanas no campo pessoal, familiar e cultural, de uma forma que não pode ser obtida com escalas de medida e modelos multivariados. Suas limitações incluem as dificuldades de realizar uma integração que seja confiável das informações obtidas em observações diferentes, em casos diferentes, assim como as relações entre estas informações.

As pesquisas qualitativas estão tradicionalmente associadas a concepções de pesquisa consideradas subjetivistas. Por sua vez, as pesquisas quantitativas, em geral, são identificadas com as exigências da concepção positivista que, como sabemos, visa estabelecer leis causais.

Porém, nem sempre as pesquisas quantitativas podem nos fornecer a definição de relações causais. Assim, a escolha de metodologias mistas pode ser vista como a busca de relações ou mecanismos causais, juntamente com a busca de leis gerais, características das metodologias quantitativas (Manicas, 2006, citado em Kirschbaum, 2013). O pesquisador procura, assim, definir como tornar minimamente generalizável o entendimento que possa ter dos processos estudados.

Kirschbaum propõe a necessidade do uso de métodos qualitativos nas pesquisas que buscam identificar relações causais, naquelas áreas de pesquisa onde as pesquisas quantitativas produzem resultados “de difícil interpretação” (2013, p. 180).

Mahoney e Goertz (2006) assinalam que os pesquisadores qualitativos buscam “causas para efeitos observados”, enquanto os pesquisadores de linha quantitativa visam mensurar os efeitos para causas preestabelecidas. Esse contraste, “dos efeitos para as causas”, ou “das causas aos efeitos”, gera diferenças marcantes tanto na linguagem utilizada quanto no método.

A associação das metodologias qualitativa e quantitativa tem a vantagem de combinar aspectos que geram maior possibilidade de interpretar os fenômenos, e de generalização dos resultados da pesquisa, o que pode aumentar sua

abrangência. As explicações e descrições de casos nas abordagens qualitativas enriquecem, portanto, os dados obtidos através da abordagem quantitativa.

Em suma, a utilização da metodologia qualiquanti, se não é isenta de reparos, tem oferecido vantagens importantes no estudo de situações complexas. No presente trabalho, a pesquisa qualitativa facilitou a interpretação das relações entre variáveis (BRYMAN, 1988), e foi fundamental na elaboração de categorias de análise feita pelo SPSS. Também, a combinação das abordagens qualitativa e quantitativa auxiliou na construção de uma imagem mais ampla e abrangente do tema.

## 5

### Discussão dos Resultados

“Contando as suas paixões, se aliviam os corações”.  
(Provérbio popular)

#### 5.1. Análises descritivas

##### 5.1.1 - Características sociodemográficas da amostra

A amostra foi composta por 50 pacientes do Ambulatório de Insuficiência Cardíaca de um Hospital Universitário público no Rio de Janeiro. Conforme apresentado na Tabela 1, a amostra foi equilibrada com relação ao sexo e a idade dos participantes, que variou entre 18 e 80 anos (M= 56,5; DP=13,89). A cor dos participantes foi autodeclarada e 38% dos entrevistados se declararam brancos, seguidos por 30% de pardos e 28% de negros.

<b>Variáveis (%)</b>	
<b>Sexo (%)</b>	
Masculino	42
Feminino	58
<b>Idade (média ±DP)</b>	56,5 (13,89)
<b>Faixas de renda (%)</b>	
Sem renda	14
Até R\$500	8
R\$500-R\$1000	40
R\$1000-R\$2000	16
R\$2000-R\$3000	16
R\$3000-R\$4000	6

<b>Estado civil (%)</b>	
Solteiro (nunca foi casado)	10
Casado	60
Separado	20
Viúvo	10
<b>Grau de instrução (%)</b>	
Analfabeto	12
Ensino elementar incompleto	20
Ensino elementar completo e fundamental incompleto	24
Ensino fundamental completo e médio incompleto	20
Ensino médio completo e superior incompleto	22
Superior completo ou mais	2
<b>Cor (%)</b>	
Branca	38
Preta	28
Amarela	2
Parda	30
Indígena	2

---

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra

Com relação às características de renda e trabalho, 40% dos participantes declaram ter renda mensal entre R\$500 e R\$1000. A maioria dos entrevistados (64%) já trabalhou, porém não trabalha mais e, dentre esses, 32% foi afastado por motivos de doença.

### 5.1.2

#### Caracterização das sub amostras por tipos de adesão ao tratamento

A caracterização da adesão se dá em domínios: o domínio da adesão medicamentosa, o domínio da adesão nutricional e o domínio da adesão às atividades físicas. Considerando a amostra como um todo, a adesão medicamentosa foi significativamente mais alta que a adesão nutricional ( $t_{49}=4,30$ ;  $p<0,05$ ) e a adesão a atividades físicas ( $t_{27}=4,35$ ;  $p<0,05$ ). No entanto, não foi encontrada diferença significativa entre os níveis de adesão nutricional e as atividades físicas ( $t_{27}=1,88$ ;  $p>0,05$ ).

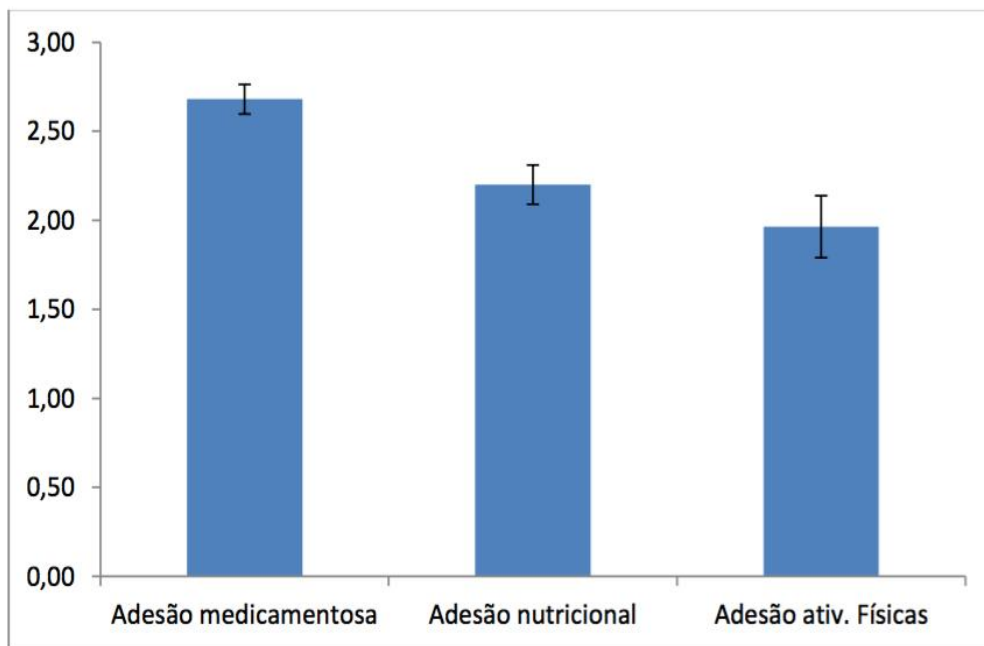


Gráfico 1 – Adesão ao tratamento com dados em forma discreta – 1 (baixa), 2 (média) e 3 (alta)



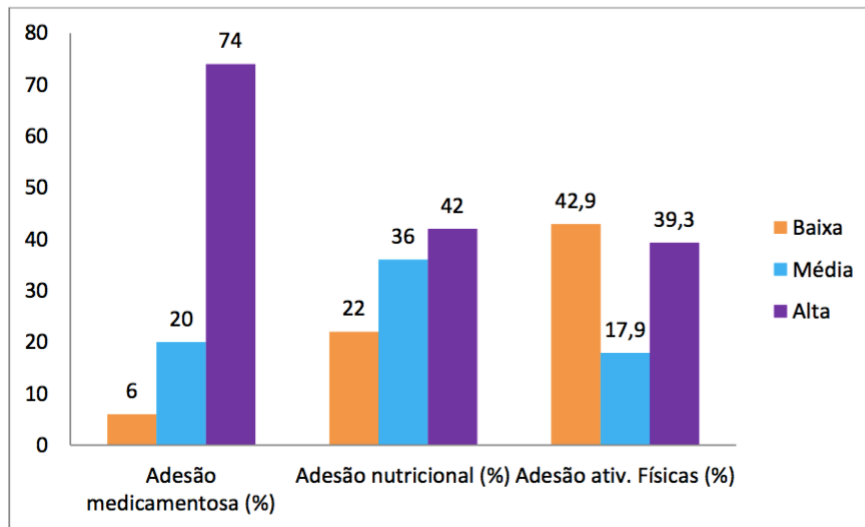


Gráfico 2 – Adesão ao tratamento em forma categórica

A diferença no grau de adesão medicamentosa, nutricional e de atividades físicas pode ser explicada pelo forte vínculo dos pacientes com a equipe médica. Em contrapartida, não há um profissional que acompanhe a atividade física, e, apesar de haver uma profissional de nutrição, esta função é ocupada por uma residente, ou seja, todo ano uma nova profissional exerce a função, além de ser algo relativamente novo no serviço, enquanto a equipe médica está presente, de forma fixa, há muito tempo.

Se um paciente não se adapta bem a um medicamento, ele pode falar com seu médico, e a medicação será reajustada em sua dosagem ou mesmo substituída por outra. Para situações emergenciais, o paciente pode telefonar e ter acesso a seu médico ou, até mesmo, comparecer ao ambulatório, mesmo sem consulta agendada, e será recebido pelo médico, podendo ser internado em caso de necessidade maior.

Esse acompanhamento próximo possibilita que o médico conheça ainda mais seu paciente, percebendo qual medicação ou dose não lhe faz bem, ou, até mesmo, se a crise foi desencadeada pela falta de algum medicamento prescrito. Visto que, por vezes, o paciente deixa de tomar medicamento por não conseguir comprar, a equipe pode tentar lhe fornecer amostras grátis ou esclarecer dúvidas

quando ao acesso a medicamentos na Clínica da Família ou Posto de Saúde da região onde reside.

Já durante a prática da atividade física, caso o paciente se sinta mal, não é incomum que ele tenha medo de voltar a apresentar o sintoma, fazendo com que a prática de atividades físicas seja interrompida e não a retome, por não estar sendo acompanhado por nenhum profissional especializado que lhe possibilite se sentir mais seguro.

As Tabelas<sup>1</sup> 2.1 a 2.4 apresentam a caracterização da amostra conforme os níveis de adesão ao tratamento.

	Adesão medicamentosa			Adesão nutricional			Atividades físicas		
	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta
<b>Sexo (%)</b>									
Feminino	6,9	24,1	69	27,6	31	41,4	58,3	25	16,7
Masculino	4,8	14,3	81	14,3	42,9	42,9	31,3	12,5	56,3

Tabela 2.1 - Relação entre gênero e os diferentes tipos de adesão

	Adesão medicamentosa			Adesão nutricional			Atividades físicas		
	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta
<b>Idade (média ± DP)</b>	42(31)	53(14)	58(11)	58(19)	54(12)	58(12)	56(19)	62(14)	58(9)
<b>Faixas de rendas (%)</b>									
Sem renda	14,3	28,6	57,1	42,9	14,3	42,9	50	-	50
Até R\$500	0	25	75	25	75	-	100	-	-
R\$500-R\$1000	10	20	70	30	30	40	58,3	16,7	25
R\$1000-R\$2000	-	-	100	12,5	37,5	50	33,3	-	66,7
R\$2000-R\$3000	-	25	75	-	37,5	62,5	-	60	40
R\$3000-R\$4000	-	33,3	66,7	-	66,7	33,3	-	-	100

Tabela 2.2 - Relação entre idade, renda e os diferentes tipos de adesão

<sup>1</sup> 22 participantes (44%) foram excluídos das análises relativas a adesão a atividades físicas devido a restrições físicas que os impedem de realizar quaisquer atividades.

	Adesão medicamentosa			Adesão nutricional			Atividades físicas		
	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta
<b>Grau de instrução</b>									
Analfabeto	-	16,7	83,3	16,7	33,3	50	50	25	25
Ensino elementar incompleto	10	20	70	30	30	40	50	25	25
Ensino elementar completo e fundamental incompleto	-	25	75	41,7	16,7	41,7	57,1	14,3	28,6
Ensino fundamental completo e médio incompleto	-	20	80	-	50	50	28,6	28,6	42,9
Ensino médio completo e superior incompleto	18,2	18,2	63,6	18,2	45,5	36,4	40	-	60
Superior completo ou mais	-	-	100	-	100	-	-	-	100

Tabela 2.3 - Relação entre grau de instrução e os diferentes tipos de adesão

	Adesão medicamentosa			Adesão nutricional			Atividades físicas		
	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta
<b>Raça (%)</b>									
Branca	10,5	15,8	73,7	21,1	26,3	52,6	45,5	18,2	36,4
Preta	7,1	21,4	71,4	28,6	42,9	28,6	42,9	14,3	42,9
Amarela	-	100	-	-	-	100	-	-	-
Parda	-	20	80	13,3	40	46,7	33,3	22,2	44,4
Indígena	-	-	100	100	-	-	-	-	100

Tabela 2.4 - Relação entre raça e os diferentes tipos de adesão

### 5.1.3

#### Caracterização dos níveis de resiliência

Seguindo a classificação proposta por Damásio, Borsa e Silva (2011), os escores de resiliência foram calculados em quintis e classificados em seis níveis de intensidade: muito baixa (14 a 56), baixa (57 a 64), moderada baixa (65 a 73), moderada alta (74 a 81), alta (82 a 90) e muito alta (91 a 98). Testando a distribuição dos níveis de resiliência da amostra, não foi encontrado um padrão homogêneo ( $\chi^2=31,36$ ;  $p<0,05$ ). Uma maioria significativa da amostra concentra-se no nível moderado baixo de resiliência, conforme demonstrado no Gráfico 3.

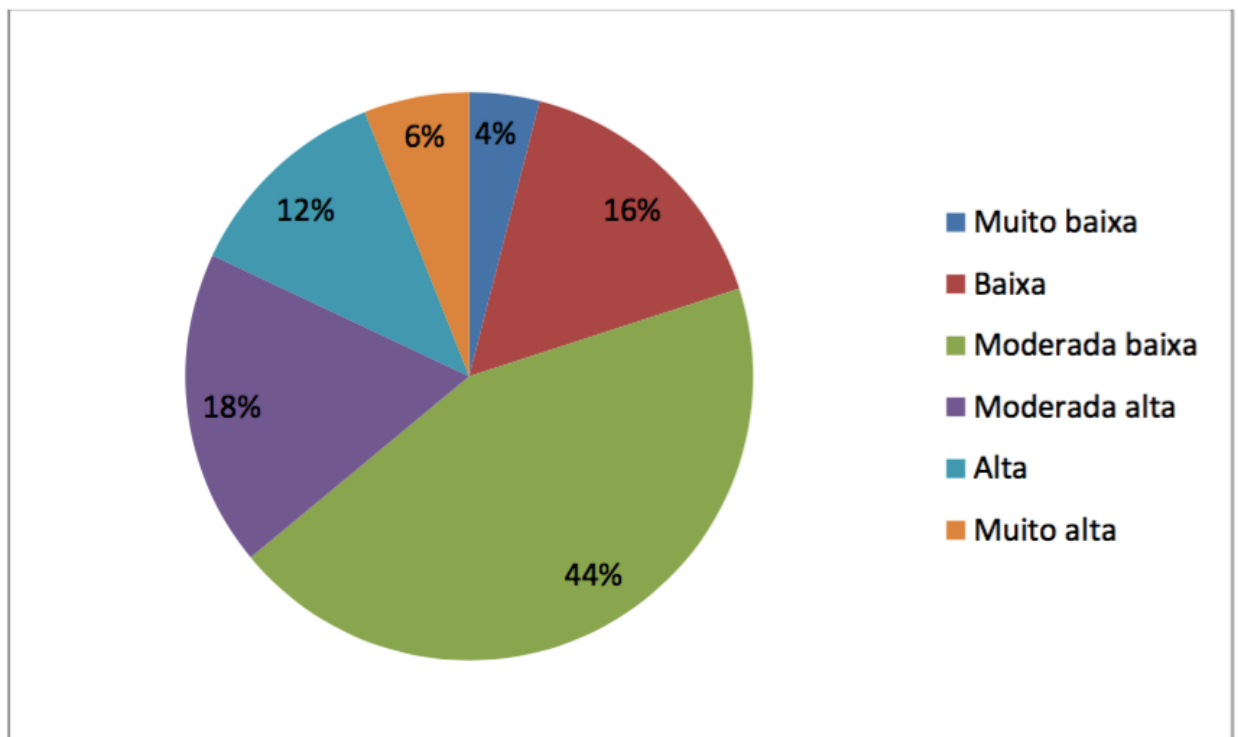


Gráfico 3: Níveis de resiliência da amostra

## 5.2

### Análises bivariadas

#### 5.2.1

#### Associações bivariadas com os tipos de adesão ao tratamento

A fim de analisar as possíveis associações do grau de adesão medicamentosa, nutricional e a atividades físicas com as variáveis de interesse do presente estudo, foram consideradas duas possibilidades de tratamento estatístico para a variável “grau de adesão”: a classificação em categorias (baixa, média e alta) originada da análise de conteúdo das entrevistas e uma interpretação do tipo escala de intensidade, na qual os participantes com baixo nível de adesão receberam o escore 1, os participantes com nível médio receberam escore 2 e aos participantes com alta adesão foi atribuído o escore 3. Essas formas de tratamento foram alternadas na escolha dos testes utilizados, sempre visando atingir uma boa adequação aos objetivos e hipóteses do estudo.

##### *- Associação da resiliência com a adesão ao tratamento*

Considerando o tamanho amostral reduzido, a tentativa de um teste *qui* quadrado de associação das variáveis em forma de categorias (níveis de resiliência *versus* graus de adesão) não foi bem-sucedida. A tabela 6x3 com apenas 50 participantes gerou muitas células com valor observado inferior a cinco, o que impossibilita a realização do teste.

Uma análise alternativa foi aplicada, utilizando-se o escore bruto de resiliência e a adesão na forma de escala de intensidade para uma correlação não paramétrica (correlação de Spearman), apropriada para variáveis ordinais e/ou com *n* reduzido. O teste indicou uma associação significativa e positiva entre a resiliência e adesão nutricional ( $\rho=0,39$ ;  $p<0,05$ ). Na amostra estudada, uma maior adesão nutricional está associada a escores mais elevados de resiliência.

Não foram encontradas associações significativas entre a adesão medicamentosa ( $\rho=0,17$ ;  $p>0,05$ ) ou adesão à atividade física ( $\rho=0,30$ ;  $p>0,05$ ) com a resiliência.

Pode se considerar que os resultados de uma mudança de hábitos na alimentação e com a prática de atividades físicas são percebidos somente a longo prazo, enquanto que o uso de medicação apresenta uma resposta mais imediata. Portanto, um grau mais elevado de resiliência se faz necessário para se manter a adesão nutricional e às atividades físicas.

Quando um paciente está com edemas nos membros inferiores por excesso de líquidos, por exemplo, ao ser encaminhado ao ambulatório, será atendido e receberá uma dose de medicamento diurético, tendo seu sintoma amenizado de forma muito rápida. Os resultados a partir das mudanças de hábitos de vida não podem ser percebidos a tão curto prazo. Logo, apesar do alto custo financeiro de se adquirir os medicamentos prescritos, este investimento é mais facilmente realizado pelo paciente devido a uma rápida percepção dos resultados.

*- Associação do autocuidado com a adesão ao tratamento*

O escore dos participantes na escala de agenciamento de autocuidados (ASAS-R) foi calculado, e os entrevistados foram classificados em níveis conforme os tercís. No entanto, a tabela 3x3 (tercís de autocuidado *versus* graus de adesão) também gerou mais de 50% de células com valor inferior a cinco, impossibilitando o teste *qui* quadrado. Optou-se novamente pela correlação não paramétrica de Spearman.

O resultado do teste indicou uma associação significativa e positiva dos escores de autocuidado com a adesão nutricional ( $\rho=0,29$ ;  $p<0,05$ ). Pacientes com elevada adesão nutricional, no presente estudo, também apresentavam uma tendência a maiores escores em autocuidado.

Não foram encontradas associações significativas do autocuidado com a adesão medicamentosa ( $\rho=0,10$ ;  $p>0,05$ ) ou a atividades físicas ( $\rho=0,26$ ;  $p<0,05$ ).

Outro fator que dificulta a adesão nutricional é o financeiro. Alimentos saudáveis são, muitas vezes, mais caros que alimentos contraindicados para pacientes cardiopatas. Desde o pão integral a uma variedade de frutas, legumes, verduras, e carnes menos gordurosas, uma dieta balanceada requer um significativo investimento financeiro. Considerando que a população da amostra é, em sua maioria, uma população de baixa renda, numa cidade onde o custo de vida é muito alto, conseguir arcar com os custos de uma alimentação adequada ao tratamento é um grande desafio. Portanto, seria ideal uma dieta pensada para a população de baixa renda, de forma que leve os pacientes a conseguirem cumprir as orientações nutricionais.

Dessa forma, pode-se pensar que um paciente com maiores escores de autocuidado tenha mais tendência a investir em uma alimentação mais balanceada e indicada para o tratamento da Insuficiência Cardíaca.

*- Associação entre nível de escolaridade e o grau de adesão*

A tabela 6x3 (níveis de escolaridade *versus* graus de adesão) gerou mais de 80% de células zeradas. Optando-se, novamente, pela correlação de Spearman (com a variável anos de estudo ao invés dos níveis de escolaridade), não foi encontrada associação significativa com o grau de adesão medicamentosa ( $\rho = -0,11$ ;  $p > 0,05$ ), nutricional ( $\rho = -0,02$ ;  $p > 0,05$ ) ou a atividades físicas ( $\rho = 0,27$ ;  $p > 0,05$ ). Na amostra estudada, a adesão ao tratamento independe da escolaridade do paciente.

A equipe compartilha a impressão de que pacientes com mais altos níveis de escolaridade têm melhor adesão ao tratamento, pois pressupõe uma melhor compreensão sobre a doença. Entretanto, talvez por ser pequena, a amostra não confirma tal hipótese.

*- Associação entre o escore de depressão e o grau de adesão*

Os escores de depressão aferidos através do Inventário Beck foram correlacionados com a forma ordinal dos graus de adesão, e os resultados

indicaram associação significativa e negativa com a adesão nutricional ( $\rho = -0,33$ ;  $p < 0,05$ ) e com a adesão a atividades físicas ( $\rho = -0,48$ ;  $p < 0,05$ ). Entre os pacientes deprimidos, há uma tendência significativa a menor adesão.

Não foi encontrada associação significativa entre o escore de depressão e a adesão medicamentosa ( $\rho = -0,16$ ;  $p > 0,05$ ).

Pacientes com depressão apresentam maior dificuldade em aderir à dieta e às atividades físicas. Pode-se compreender que pacientes com algum grau de depressão terão mais dificuldades com diversas formas de autocuidado, e estes aspectos do tratamento estão incluídos nos cuidados que ficam negligenciados devido à depressão. Relatos, como “É muito difícil não poder mais fazer as coisas, ter que pedir ajuda para tudo”, foram comuns em pacientes que apresentam sintomas depressivos.

Da mesma forma, pacientes com sintomas depressivos apresentam maior dificuldade em receber “bronca” do médico. Essa cobrança é recebida de uma forma mais negativa, e pode ser encarada de uma forma diferente do que a maioria dos sujeitos da amostra que compreendiam que, ao lhes “chamar atenção”, o médico estava cuidando deles.

#### *- Associação entre o escore de ansiedade e o grau de adesão*

Os escores de ansiedade aferidos através do Inventário Beck foram correlacionados com a forma ordinal dos graus de adesão e os resultados indicaram associação significativa e negativa com a adesão a atividades físicas ( $\rho = -0,45$ ;  $p < 0,05$ ). Pacientes mais ansiosos têm menor adesão a atividades físicas. Não foi encontrada associação significativa com a adesão medicamentosa ( $\rho = -0,25$ ;  $p > 0,05$ ) e nutricional ( $\rho = -0,24$ ;  $p < 0,05$ ).

Novamente pode-se pensar nos benefícios da atividade física como algo que é mais percebido a longo prazo, enquanto o uso de medicamentos tem uma resposta mais imediata, comparativamente. A ansiedade pode causar uma dificuldade em investir em um aspecto do tratamento no qual não se percebe os resultados tão aparentes e imediatos.



- Associação da resiliência com o número de fatores relatados como dificuldade para o tratamento

A correlação de Spearman do escore bruto de resiliência com o total de fatores relatados pelo paciente foi negativa e estatisticamente significativa ( $\rho = -0,27$ ;  $p < 0,05$ ). Quanto maior a resiliência, menor o relato de fatores que dificultam o tratamento; em termos estatísticos, essa associação foi capaz de explicar cerca de 27% da variância total dos dados. Relatos, como “Eu não consigo mais fazer tudo, mas o que eu consigo, eu não deixo de fazer”, foram frequentes nesses pacientes.

Mulheres com filhos pequenos relataram estes como motivação para seguir o tratamento, fator mais comum nesses casos do que em homens ou mulheres com filhos adultos. Relatos, como "Preciso criar meus filhos, ainda tenho que viver muito", foram frequentes em mulheres com filhos de baixa idade.

- Associação entre os diferentes domínios de qualidade de vida e os graus de adesão

Os escores nos oito domínios do instrumento SF-36 foram correlacionados com os graus de adesão medicamentosa, nutricional e em atividades físicas. Os resultados estão apresentados abaixo.

	Domínios de qualidade de vida (SF-36)							
	Dor	Capacidade funcional	Saúde Mental	Limitação física	Limitação emocional	Vitalidade e	Aspectos sociais	Estado geral de saúde
Adesão medicamentosa	<b>-0,44*</b>	0,19	<b>0,34*</b>	0,19	0,24	0,23	<b>0,28*</b>	0,27
Adesão nutricional	0,11	<b>0,32*</b>	<b>0,44*</b>	0,08	0,12	0,19	0,25	<b>0,37*</b>
Adesão a atividades físicas	0,35	<b>0,55*</b>	<b>0,52*</b>	0,28	0,19	<b>0,44*</b>	<b>0,48*</b>	<b>0,42*</b>

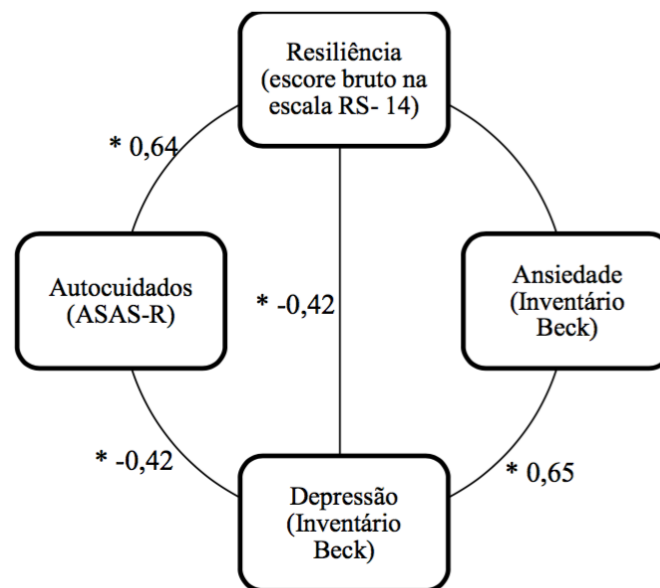
Tabela 3: Relação entre a adesão e domínios de qualidade de vida

\* associações significativas a  $p < 0,05$

### 5.2.2

#### Associação entre Resiliência, Autocuidado, Ansiedade e Depressão

O principal objetivo das análises anteriores concentrou-se nos graus de adesão como variável dependente, no entanto, para explorar possíveis inter-relações entre as variáveis independentes analisadas, foi realizado um teste estatístico. Os resultados estão demonstrados abaixo em forma gráfica (Gráfico 4). Gráfico 4 - Associação entre os escores de resiliência (escore bruto na escala RS- 14), ansiedade, autocuidado e de pressão.



Em síntese, a resiliência está associada positivamente com o autocuidado ( $\rho=0,64$ ;  $p<0,05$ ) e negativamente com a depressão ( $\rho= -0,42$ ;  $p<0,05$ ). Os autocuidados, por sua vez, também estão negativamente associados com a depressão ( $\rho= -0,42$ ;  $p<0,05$ ). E, corroborando a literatura, depressão e ansiedade estão positivamente correlacionados entre os pacientes da amostra ( $\rho=0,65$ ;  $p<0,05$ ).

Como esperado, pacientes com maior grau de resiliência apresentam melhor índice de autocuidado e menor incidência de sintomas depressivos. Enquanto que pacientes com sintomas depressivos apresentam uma pior qualidade do autocuidado.

### 5.3

#### Modelos multivariados

##### *- Modelo multivariado para a adesão medicamentosa*

Para avaliar o efeito da resiliência sobre a adesão medicamentosa, ajustado pela presença das outras variáveis do modelo, foi realizado um GLM multivariado. As variáveis de ajuste foram as seguintes: idade do paciente (em anos), sexo do paciente, escolaridade (em quatro níveis), escore de Depressão no Inventário Beck, escore de Ansiedade no Inventário Beck, os escores dos oito diferentes domínios da Escala de Qualidade de Vida (SF-36), escore na escala de agenciamento de autocuidados (ASAS-R) e o total de reclamações relatado na entrevista. O modelo completo (com todas as variáveis), falhou em demonstrar significância estatística.

Devido ao grande número de variáveis e o pequeno tamanho amostral, optamos por ajustar um modelo reduzido, apenas com as variáveis diretamente associadas ao modelo teórico defendido na dissertação. Este segundo modelo foi estatisticamente significativo e contemplou as variáveis Resiliência, Depressão, Domínios de qualidade de vida, Total de reclamações e Idade do paciente. Foi capaz de explicar cerca de 29% ( $R^2=.288$ ;  $p<0,05$ ) da variância total na adesão medicamentosa dos pacientes da amostra. Dentre todas as variáveis presentes no modelo, a Idade do paciente ( $\beta=2,37$ ) e o escore no domínio “Dor” no instrumento de qualidade de vida ( $\beta=2,38$ ) apresentaram significância estatística. Pacientes mais velhos, assim como os que sentem mais dor, tem melhor adesão medicamentosa.

##### *- Modelo multivariado para a adesão nutricional*

O modelo testado contemplou a Resiliência, Depressão, Domínios de qualidade de vida, Total de reclamações e Idade do paciente. Foi capaz de explicar cerca de 34% da variância total da adesão nutricional dos pacientes ( $R^2=.335$ ;  $p<0,05$ ). Dentre as variáveis analisadas, o escore no domínio “Dor” no instrumento de qualidade de vida ( $\beta=-1,99$ ) e o total de dificuldades relatadas na entrevista ( $\beta=-2,52$ ) apresentaram significância estatística. Pacientes que sentem mais dor, assim como os que relatam mais problemas, tem pior adesão nutricional.

Essa relação pode ser compreendida pelo fato de doentes crônicos que apresentam grande sofrimento estão menos inclinados a se privar de coisas que consideram prazerosas. Não é incomum ouvir de um paciente: "Comer é um dos poucos prazeres que me restam, não vou deixar de comer meu churrasco" (o mesmo serve para "tomar minha cerveja, fumar meu cigarro").

*- Modelo multivariado para a adesão a atividades físicas*

O modelo testado contemplou a Resiliência, Depressão, Domínios de qualidade de vida, Autocuidado, Total de reclamações e Idade do paciente. Foi capaz de explicar cerca de 38% ( $R^2=.376$ ;  $p<0,05$ ). As variáveis capacidade funcional ( $\beta=2,02$ ), escore em agenciamento e autocuidados ( $\beta=3,26$ ), e tempo de ambulatório ( $\beta=2,36$ ) tem efeito positivo sobre a adesão a atividades físicas. Já a limitação física ( $\beta=-5,15$ ), a dor ( $\beta=-2,37$ ) e o escore no inventário de depressão ( $\beta=-2,69$ ) tem efeito negativo.

Como esperado, pacientes com dor e sintomas depressivos apresentam maiores dificuldades para aderir à prática de atividades físicas. Muitos destes pacientes apresentavam relatos como: "Eu começo a caminhar, mas logo sinto falta de ar/dor nas pernas e paro". Enquanto que pacientes que apresentam um melhor autocuidado e vêm sendo acompanhados há mais tempo no ambulatório, apresentam uma melhor adesão.

A metodologia qualitativa é importante porque permite propor relações causais entre as variáveis, o que não necessariamente ocorre quando se usa a metodologia quantitativa. As respostas das entrevistas semiestruturadas foram utilizadas para criar categorias que foram analisadas pelo programa SPSS e como registro do discurso do paciente em relação aos vários temas ligados à adesão ao tratamento e sua vivência em relação ao diagnóstico de IC.

A função das entrevistas foi dar espaço ao paciente para falar sobre questões que as escalas não abordam. Ao final de cada entrevista, era perguntado ao paciente se havia mais alguma coisa que ele(a) considerasse importante/relevante e que a entrevistadora não havia lhe perguntado, além disso, abria a possibilidade para falas espontâneas que as escalas não permitem.

A relação causal entre adesão medicamentosa e as características e qualidades da relação médico-paciente ficou muito evidente nas entrevistas. O que não se verificou na adesão nutricional nem na atividade física.

Como não há uma relação tão direta e individualizada entre o paciente e a nutrição, por ser uma especialidade nova no ambulatório, com uma residente que muda anualmente e que, ainda, tem uma carga horária reduzida no ambulatório, a relação ainda não é tão próxima. Além disso, a ausência de profissionais que façam um acompanhamento da atividade física, a adesão em relação a esses aspectos do tratamento, faz com que essa adesão fique ainda mais difícil. O paciente se sente próximo ao médico que o acompanha, é comum ouvir a frase “Meu médico é o Dr. ...” quando um paciente telefona para agendar consulta ou quando está conversando sobre seu tratamento. Entretanto, não há essa relação com as outras especialidades.

Talvez, se existissem grupos mensais com a nutrição e um profissional de educação física ou fisioterapia em que se estabelecesse uma relação mais pessoal com o paciente, em que acompanhassem a evolução de forma mais próxima, em que conhecessem as dificuldades dos pacientes, soubessem seu nome, fosse possível que a adesão melhorasse nesses aspectos do tratamento.

A entrevista proporciona, então, o espaço para falar de questões que as escalas não abordam, além da abertura para estabelecer relações causais entre as variáveis e o surgimento de falas espontâneas dos pacientes.

#### **5.4.**

##### **Limitações do estudo**

A primeira dificuldade encontrada foi a escassez de literatura que relacionasse resiliência com adesão ao tratamento. Ambos assuntos são encontrados facilmente na literatura, porém de forma separada e/ou relacionados a outros temas.

A amostra é considerada pequena para a coleta de dados estatísticos. Contudo, foi o número possível dentro do curto período de tempo para a realização da pesquisa. Além disso, o ambulatório onde o estudo foi realizado

possui somente quatro consultórios, e estes, muitas vezes, estavam ocupados simultaneamente com consultas médicas, de enfermagem ou de nutrição. Isso acarretava na ausência de espaço para realizar a entrevista. Por vezes, um consultório no ambulatório ao lado era utilizado, o que preocupava os pacientes, pois a entrevista era realizada enquanto aguardavam a consulta médica, e temiam serem chamados e não ouvirem, o que fez com que alguns sujeitos rejeitassem participar do estudo.

Antes do início das entrevistas, foram garantidos confidencialidade e anonimato aos pacientes em relação às suas respostas, inclusive e principalmente, que seu médico não teria acesso ao material, uma vez que lhes era perguntado sobre a qualidade do atendimento. Foi solicitado que fossem, de fato, sinceros em relação às dificuldades em seguir o tratamento, pois este era um dos fatores que se buscava melhorar com este estudo. Foi reforçado que não seriam repreendidos ao admitirem que não seguiam algumas orientações médicas. Muitos pacientes enumeraram importantes dificuldades em seguir as recomendações do tratamento. Contudo, é possível que, mesmo com estas garantias, os pacientes tenham se sentido constrangidos em revelar alguns aspectos de não adesão.

Os médicos não foram entrevistados formalmente. Porém, antes do início do estudo, foi perguntado a cada um deles individualmente qual fator acreditavam contribuir mais para a adesão ao tratamento. A resposta foi unânime, todos acreditavam que um maior entendimento da doença, na maioria das vezes, resultante de mais alto grau de escolaridade, era o fator mais importante para uma boa adesão.

Existem outros instrumentos que poderiam ter auxiliado na mensuração da adesão ao tratamento, como a aliança terapêutica, dentre outros. Contudo, muitos destes instrumentos ainda não foram validados para o Brasil, fazendo com que esta medida não fosse confiável, o que impediu seu uso nesse estudo.

## 5.5

### **Estudos futuros**

Seria interessante replicar o estudo em outro ambulatório, uma vez que este possui características muito particulares, já descritas anteriormente. Em um outro ambiente, o resultado poderia ser bem diferente.

Um estudo semelhante com uma amostra maior também se faz necessário, pela dificuldade estatística encontrada devido à pequena amostra.

Incluir entrevistas com os médicos e a visão destes a respeito da relação médico-paciente também poderia ser de grande interesse para melhor compreender a relação e formas de aprimorar o acolhimento, assim como a adesão ao tratamento.

## Considerações Finais

Apesar da noção atual da importância das equipes multidisciplinares, em que todos cuidam igualmente do paciente, o médico ainda assume a responsabilidade pela vida do paciente, sendo, portanto, o principal profissional atuante no tratamento. O poder do médico é proveniente de seu “domínio” sobre o processo de morrer, pois ele tem acesso a medicamentos e procedimentos que podem resultar em vida ou morte, o que está necessariamente vinculado ao seu saber técnico.

A formação médica ainda ensina a tratar o paciente a partir da dicotomia mente-corpo. Esta é direcionada ao órgão doente, não à pessoa, com toda sua história, crenças, valores e particularidades que carrega este órgão doente. O primeiro paciente de todo médico, nos primeiros anos de formação, é o cadáver. Um cadáver não sente, não pensa, não chora, não tem crenças ou valores, não sente dor nem medo (KOVÁCS, 2011).

A formação do médico é totalmente voltada para a cura, para salvar o paciente, retardar e até impedir a morte. O modelo biomédico (tecnicista e mecanicista) promove, portanto, a negação da morte por parte desses profissionais. E, cada vez mais, com tantos avanços dos recursos tecnológicos, a morte tem se tornado uma inimiga, algo a ser combatido, evitado (ZAIHAFI, 1990). O médico, profissional que foi treinado para curar, tem dificuldades em lidar com o paciente que “flerta” com a morte, com comportamentos e hábitos de vida não saudáveis, incluindo aquele que está recebendo um tratamento, mas “recusa-se” a segui-lo adequadamente.

Profissionais de saúde, principalmente o médico, são confrontados pela morte o tempo todo. A morte traz consigo a sensação de fracasso e impotência para o profissional. Um paciente que recusa (parcial ou totalmente) o tratamento ou o abandona, causa na equipe uma “insuportável” frustração (KOVÁCS, 2011). A manutenção de uma boa relação médico-paciente facilita o processo de adesão ao tratamento.



Não há consenso absoluto na definição de adesão. Todavia, estudiosos concordam que a adesão não é universal e que algum tipo de não adesão é sempre esperado, mesmo no caso de doenças graves. Os pacientes não seguem exatamente aquilo que lhes foi prescrito e recomendado pelo médico. A adesão consiste em quanto o comportamento do paciente coincide com a orientação dada por seu médico, incluindo uso de medicamentos e mudanças de hábitos de saúde (CARDOSO & GARCIA, 2012).

Gusmão e Mion (2006) elencam vários fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento. Estes fatores podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças em relação à saúde, aos hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento); e ao próprio relacionamento com a equipe de saúde.

As crenças do paciente em relação ao que é saúde e o que é doença vão influenciar na decisão. Se o paciente melhora um pouco e abandona o tratamento por se sentir bem, seu entendimento do processo de doença precisa ser clarificado. Para um paciente que tem uma vivência da doença como ameaça à própria identidade, ou seja, que precisa se ver como uma pessoa sadia, terá dificuldades em admitir a necessidade de medicamentos e tratamentos, principalmente nas doenças crônicas. Pacientes com baixa escolaridade comumente têm mais dificuldade na adesão, assim como aqueles com alguma comorbidade (CARDOSO & GARCIA, 2012).

Na tentativa de se proteger da tensão, da raiva, dos conflitos que são evocados pelo paciente que não adere, a equipe cria defesas para evitar esses sentimentos negativos. Defesas estas que são frequentemente vistas pelo paciente e seus familiares como frieza, afastamento ou indiferença. Devido a essa característica sensível deste tipo de relação, conselhos, associações e sociedades de medicina, nacionais e internacionais, têm criado diretrizes e *guidelines* para

orientar os profissionais sobre como interagir e se comunicar com pacientes e familiares.

Segundo Campos (2011), o trabalho do profissional de saúde é dificultado pelo fato de acompanhar o pior momento do outro. O momento de doença, fragilidade, estresse, angústias, conflitos, vulnerabilidade; momento em que precisa de apoio, segurança e proteção de maneira eficaz e sem falhas. As demandas são enormes e a disponibilidade precisa ser compatível. Muitas vezes, faltam ao paciente apoio familiar, recursos financeiros, disposição interna e reconhecimento de que precisa de ajuda. Todo este contexto faz com que o campo de trabalho do profissional de saúde seja, por definição, muito desafiador. Suportar que o outro expresse seu sofrimento e responder de maneira acolhedora, disponível, aberta, fornecendo a sensação de segurança necessária, não é uma tarefa fácil.

Se o profissional também está passando por dificuldades no momento, tudo fica ainda mais difícil. Assim como qualquer outro ser humano, o profissional de saúde é afetado por suas questões sociais, familiares, financeiras, emocionais, culturais, educacionais e espirituais. Dele é esperado um desejo de ajudar o outro. É subentendido que o profissional de saúde fez essa escolha por disposição para ajudar os outros, empatia, solidariedade e vontade de ajudar o próximo (CAMPOS, 2011).

Além disso, o paciente que não tem muitas fontes de cuidado, através da doença, consegue ser visto. É difícil de se esperar que um paciente nessas condições queira, de fato, melhorar rápida e totalmente, fazendo com que ele perca a via pela qual ele consegue ser cuidado. Para o médico, ou qualquer outro profissional que luta contra as dificuldades do sistema de saúde, contra suas questões pessoais e o cansaço, pode ser muito difícil compreender o que leva um paciente a não se tratar de maneira adequada e não melhorar como deveria. Estar doente pode significar uma oportunidade de ser olhado, tocado, escutado. E, talvez, isto seja algo que ele não consiga receber, caso não esteja doente.

Aos olhos do profissional de saúde, um paciente que não "quer" melhorar, é um paciente ruim, exagerado, que dá "chilique". Existem pacientes que não acreditam na possibilidade de encontrar o cuidado adequado devido a registros

passados. Talvez, por não ter recebido um cuidado satisfatório na infância, não acredite na disponibilidade de alguém desejoso de ajudá-lo.

O Ambulatório de Insuficiência Cardíaca, onde este estudo foi realizado, possui características muito particulares, que são sempre celebradas pelos pacientes. Ali, a relação médico-paciente se dá de uma forma muito eficaz. Segundo o relato dos pacientes e presenciado ao se assistir às consultas, pôde-se perceber um padrão de cuidado afetuoso, mas não condescendente. Esta característica remete ao estilo parental autoritativo, descrito por Baumrind, em 1967.

Estilo parental é o conjunto de práticas educativas utilizadas pelos cuidadores no intuito de educar, socializar e dar limite ao comportamento das crianças. Dentre os estilos parentais (autoritativo, autoritário, indulgente e negligente) propostos pelo autor, o estilo autoritativo é considerado o mais eficaz. Este estilo incentiva o diálogo, mas exerce controle nos pontos de divergência, cria ambiente afetuoso, é orientado para competências e dá limites firmes aos comportamentos inadequados (PEREIRA, 2013).

Conforme o relato dos pacientes, o atendimento dos médicos da equipe é sempre muito atencioso. Entretanto, quando o paciente não segue as orientações corretamente ou quando faz uso exagerado de alimentos que sabe serem nocivos (quando o paciente relata ter comido uma feijoada ou ingerido muita bebida alcoólica em uma festa, por exemplo), os médicos fazem intervenções mais firmes, as quais os pacientes nomeiam como “puxão de orelha” ou “bronca” (sic). Contudo, reconhecem nessas intervenções um cuidado necessário, e reconhecem terem “merecido a bronca” (sic).

Pode-se perceber, portanto, uma certa identificação das posições de cuidador e cuidado com as funções de mãe e filho. Dessa forma, o *holding* (sustentação) dado pela equipe aos pacientes se dá através do estilo parental autoritativo. Fica nítido como o estilo afetuoso e firme da equipe influencia de forma positiva a relação médico-paciente, fazendo com que a adesão medicamentosa seja tão positiva.

Como pode ser percebido na pesquisa, o tempo de tratamento no ambulatório também contribui para uma forte e próxima relação entre a equipe de saúde e os pacientes. Encontrar pacientes do SUS que são atendidos pelo mesmo médico (que conhece sua história, e, muitas vezes, sua família também) por tantos anos não é algo tão comum. Dessa forma, fica claro como o tempo de tratamento no ambulatório contribui para uma boa qualidade na adesão medicamentosa.

Todo encontro entre médico e paciente é significativo. Se este é desarmonioso, então pode não só não trazer benefícios, como também trazer malefícios. A relação médico-paciente tem efeitos terapêuticos de extrema importância (PERESTRELLO, 1982). Talvez, ajudar o paciente a alcançar um melhor grau de adesão ao tratamento seja um de seus melhores efeitos.

Contudo, o cuidado não pode ser igual para todos, o que funciona bem para um não necessariamente funcionará bem para outro. Mesmo um profissional que tenha muita habilidade e consiga manejar bem a relação com o paciente, é importante lembrar que uma forma de lidar que funciona bem para alguns, pode não ser tão eficaz com outros. O cuidado pode ser perigoso se for complacente, quando se acredita saber como cuidar. Modos pré-fabricados de cuidados podem ser danosos ao outro. O cuidado não é uma panaceia, e também não pode ser paternalista (KENNEY, 2012). Da mesma forma, o cuidado deve ser instável, ou seja, nunca deve ser uma prescrição, mas, sim, uma questão, uma pergunta, uma interrogação. Pois é parte do aprendizado manter-se aberto às complexidades do mundo encontradas no trabalho que envolve o cuidar (BELLACASA, 2012).

O profissional precisa estar atento a seu paciente para perceber se sua forma de cuidar está sendo positiva para aquele indivíduo. O profissional deve, portanto, usar sua sensibilidade para identificar quando um paciente não está se beneficiando daquela forma de cuidado e buscar adaptar as estratégias para melhor atendê-lo. Sem dúvida alguma, isso aumenta o trabalho e a carga do profissional, que além do cuidado específico à sua especialidade, deve estar atento à resposta do paciente. Mas é imperativo não separar as formas de cuidado, isto é, todas as formas de cuidar, sejam técnicas ou relacionais, são parte do grande Cuidado. É importante que o profissional possa admitir quando sua forma de cuidar não está funcionando para um paciente específico e poder mudá-la. O

profissional cuidador, é o mais sábio, mais experiente (de acordo com Bowlby), e ele precisa estar atento às necessidades do paciente a ser cuidado, e não o contrário (o indivíduo a ser cuidado que deve buscar se adaptar ao seu cuidador).

Em 1997, Emerson Mehry, médico brasileiro e professor de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado com a Saúde, descreveu as diferentes tecnologias no âmbito da saúde em três categorias: leve, leve-dura e dura. Ele define como tecnologia leve a tecnologia das relações, acolhimento, vínculo, e gestão da forma de governar os processos de trabalho. A tecnologia leve-dura é classificada como saberes bem-estruturados que operam processos de trabalho em saúde. E define como tecnologia dura os equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais utilizados na saúde (COIMBRA, 2003).

A relação médico-paciente se trata, portanto, de uma tecnologia leve, que deve ser tão cuidadosamente considerada, pensada e atualizada quanto às modernizações rápidas de maquinários propriamente ditos. A tendência da medicina, cada vez mais tecnológica, cada vez mais cerceada por protocolos e diretrizes, retira a espontaneidade do cuidar. A relação se dá por um encontro único, formado por dois indivíduos únicos, assim, cada encontro de cada médico com cada um de seus pacientes é singular. Dessa forma, é difícil pensar em uma diretriz universal que funcione bem para todos.

A resiliência foi identificada como fator facilitador da adesão ao tratamento principalmente na adesão nutricional, cujo acompanhamento por profissional especializado não é tão próximo. Cabe observar, no entanto, que não se comprovou uma relação estatisticamente significativa entre resiliência e adesão às atividades físicas, pois 44% dos pacientes não têm indicação de realização dessas atividades devido ao comprometimento físico decorrente da evolução da doença. Seria importante avaliar uma nova amostra com pacientes na mesma classe funcional de Insuficiência Cardíaca.

Entende-se que a resiliência se mostrou importante quando o sujeito se encontra mais sozinho em uma dificuldade. Dessa forma, pode-se pensar na importância de se promover a resiliência nos indivíduos para que estes consigam enfrentar quaisquer adversidades que venham encontrar durante a vida, inclusive o adoecimento.

Um paciente com boa adesão inclui a doença e o tratamento em sua rotina, fazendo com que esta seja parte de seu dia a dia. Um paciente com dificuldades para aderir, luta contra isso, não inclui a doença e o tratamento na sua vida, ficando em constante conflito. O que causa múltiplas crises, recaídas, internações ou piora. É importante compreender que a relação médico-paciente nutre e é nutrida pela adesão do paciente. Mas esse ciclo precisa ser iniciado pelo médico, cuja posição nessa relação é do mais sábio, enquanto o paciente está na posição mais vulnerável.

## 7

### Referências bibliográficas

ALMEIDA, R.A. ; MALAGRIS, L.E.N. **Adesão terapêutica às orientações médicas.** Acesso em: 17/04/2015. Disponível em <http://socerj.org.br/adesao-terapeuticas-orientacoes-medicadas/>

ANGST, R. (2009). Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura. *In: Psicol. Argum.*; Curitiba; jul./set., v. 27, n. 58, p. 253-260.

ASSIS, M. L., LUMARE, I. **Insuficiência cardíaca e a simbologia do coração.** Acesso em: 04/08/2014. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-deic/profissional/area-multidisciplinar/psicologia-insuficiencia-05-11-12.asp>

Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** 2012; v. 98, n. 1, Suplemento 1, 2012.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença.** 2ª Ed, Rio de Janeiro e São Paulo; Atheneu, 1988.

BARBOSA, R.R.; FRANKLIN, R.V.; STEFENONI, A.V.; MORAES, V.D.; JACQUES, T.M.; SERPA, R.G.; CALIL, O.A.; BARBOSA, L.F.M. Análise da qualidade de vida em homens e mulheres portadores de insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Cardiologia.** v.27, n.2, p.593-99, 2014.

BARLACH, L. **O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito.** 2005. 108p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

BARSTAD, M.G. **Do berço ao túmulo: a teoria do apego de John Bowlby e os estudos de apego em adultos.** 2013.110p. Dissertação (mestrado) não publicada – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

BELLACASA, M.P. “Nothing comes without its world”: thinking with care. **The sociological Review,** n.60,p. 2, 2012.

BEZERRA, A.C.M. **Apoio social e resiliência no processo de adesão ao tratamento antirretroviral de moradores de rua que vivem com o**

**HIV/AIDS**. 2011. 119p. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

BISSELL, P.; MAY, C.R. & NOYCE, P.R. From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. **Social Science & Medicine**, v. 58, p. 851–862, 2004.

BOKANOWSKI, T. Variações do conceito de traumatismo: traumatismo, traumático, trauma. In: **Revista Brasileira de Psicanálise** v.39, n.1, 2005.

BOTEGA, N.J. Reação à doença e à hospitalização. In: BOTEGA, N.J. (org) **Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2ª ed, Porto Alegre; Artmed, 2006.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 3ª ed. São Paulo; Martins Fontes, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>, Acessado em [03 de Mar de 2013].

BRYMAN, A. The debate about quantitative and qualitative research: a question of method or epistemology? **The British Journal of Sociology**, v. 35, n. 1. p. 75 – 92, 1988.

CAMPOS, E.P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para profissionais de saúde**; Petrópolis; ed. Vozes, 2011.

CAPRARA, A. & FRANCO, A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3,p. 647-654, 1999.

CARBONE, L.M.J. **Hemodiálise, vida e morte**: uma breve reflexão.

2008. Acesso em: 14/06/14. Disponível em

[http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/iii\\_congresso/mesas\\_redondas/hemodialise\\_vida\\_e\\_morte.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/iii_congresso/mesas_redondas/hemodialise_vida_e_morte.pdf).

CARDOSO, G.; GARCIA, R. Adesão ao tratamento no contexto das doenças crônicas. In: BRASIL, M.A.A.; CAMPOS, E.P.; AMARAL, G.F.; MEDEIROS, J.G.M. **Psicologia Médica: a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro; ed. Guanabara Koogan, 2012.

CASTRO, R.A.; ALITI, G.B.; LINHARES, J.C.; RABELO, E.R. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital



universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) jun, v.31, n. 2, p. 225-31, 2010.

CASTRO, F. G. et al. A Methodology for conducting integrative mixed methods research and data analyses. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 4, n. 4, p. 342–360, 2010.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. bras. reumatol**; v.39, n.3, p.143-50, maio-jun, 1999.

COIMBRA, V.C.C. **O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial**. 2003. 171p. Dissertação de mestrado (não publicada) pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

COSTA, F.D. e AZEVEDO, R.C.S. **Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo**. Revista Brasileira de Educação Médica. v.34, n.2, p. 261-269, 2010.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Guia da relação médico-paciente**.2011. Acesso em: 22/11/2014. Disponível em [http://www.cremesp.com/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=10](http://www.cremesp.com/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=10).

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**, Casa do Psicólogo, Psychological Corporation. 2001.

CYRULNIK, B. **Les enfants qui tiennent le coup**; 2e ed – Hommes et Perspectives, 2002.

\_\_\_\_\_. **Os patinhos feios**; trad. Mônica Stahel – 1ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2004.

\_\_\_\_\_. **O murmúrio dos fantasmas**; trad. Sonia Sampaio - 1a ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Falar de amor à beira do abismo**; trad. Claudia Berliner - 1a ed.- São Paulo; Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. **Autobiografia de um espantalho: histórias de resiliência: o retorno à vida**; trad. Claudia Berliner - 1a ed.- São Paulo; Martins Fontes, 2009.

DAMÁSIO, A.R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo; Companhia das Letras, 1996.

DAMÁSIO, B.F., BORSA, J.C., & DA SILVA, J.P. Item Resilience Scale (RS-14): Psychometric properties of the Brazilian version. **Journal of Nursing Measurement**, v.19, n.3, p. 131-145, 2011. doi: 10.1891/1061-3749.19.3.131

DAMÁSIO, B.F., & KOLLER, S.H. The Appraisal of Self-Care Agency Scale – Revised (ASAS-R): Adaptation and construct validity in the Brazilian context. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.10, p. 2071-2082. doi: 10.1590/0102-311X00165312.

DIAS, E.O. **A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott**. Rio de Janeiro; Imago, 2003.

FIGUEIREDO, L.C. A metapsicologia do cuidado. *In*: MAIA, M.S. (org) **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro; Garamond, 2009.

FLACH, F. **Resiliência: a arte de ser flexível**; trad. Wladir Dupont – 1ª ed. – São Paulo: Saraiva, 1991.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização** – trad. José Octavio de Aguiar Abreu (1997) – Rio de Janeiro – Ed. Imago, 1920.

FUERTES, J.N.; MISLOWACK, A.; BENNETT, J.; PAUL, L.; GILBERT, T.C.; FONTAN, G. & BOYLAN, L.S. The physician–patient working alliance. **Patient Educ Counsel**; v.66, p. 29–36. 2007.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev Psiq Clin.**; v.25, p. 245-250, 1998.

GREGÓRIO, S. B. **Dicionário de Símbolos**. Acesso em: 04/08/2014. Disponível em <https://sites.google.com/site/dicionariodesimbolos/coracao>.

GRILLO, R.O. **O que não mata, fortalece**: um estudo sobre a resiliência familiar. 2008. (Monografia não publicada), Programa de Pós-Graduação em Terapia Familiar, Instituto de Psiquiatria-IPUB/UFRJ.

GUSMÃO, J.L.; MION, Jr., D. **Adesão ao tratamento** – conceitos *In*: Revista Brasileira de Hipertensão, vol.13, n.1, p. 23-25, 2006.

KENNEY, M. **Politics of care in technoscience**. Blog: Situating Science. 2012. Acesso em: 02/01/2016. Disponível em: <http://www.situsci.ca/politics-care-technoscience>.

KIRSCHBAUM, C. Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 82, p. 179-193, 2013.

KISLANOV, S.A. **Em busca de um rosto**: uma clínica psicanalítica com pacientes submetidos a cirurgias reconstrutoras da face. 2002. 113p. Tese de doutorado (não publicada) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

KOVÁCS, M.J. Instituições de saúde e a morte: Do interdito à comunicação. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 31, n. 3, p.482-503, 2011. Acesso em: 04/11/2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300005&lng=pt&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário de Psicanálise/Laplanche e Pontalis**: trad. Pedro Tamen – 4ª Ed. – São Paulo, Martins Fontes, 2001.

LEÃO, N. **O paciente terminal e a equipe interdisciplinar**. In: ROMANO, B.W. (org) A prática da psicologia nos hospitais, São Paulo; Ed. Pioneira Thomson Learning, 2002.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. In: **Ciência & saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775-782. 2003. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25/10/2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>.

MAHONEY, J. & GOERTZ, G. “A tale of two cultures: contrasting quantitative and qualitative research”. **Political Analysis**, v.14, p. 227-249, 2006.

MANICAS, P. T. **A realist philosophy of social science**: explanation and understanding. Cambridge, UK, Cambridge University Press.2006.

NETCHAEVA-MARIZ, N. **O potencial narrativo do sintoma piscossomático**. 2015. 151p. Tese de doutorado em Psicologia Clínica: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

PALLOTTINO, E.R.C.N. **Discursos do silêncio**: crianças doentes falam sobre a dor, a morte e a vida. 2011. 135p. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

PEREIRA, C.F.G.B. **Influência entre estilos parentais e o desenvolvimento do controle inibitório da criança**. 2013. 76p. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PEREIRA, L.F.; WINOGRAD, M. Cicatrizes invisíveis: trauma e leucemia infantil. *In: Cadernos de Psicanálise / Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro - v. 1, n. 1, 1982. – Rio de Janeiro: A Sociedade, 1982 – v.31; n.34, p.223-242, 2015.*

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. 3a ed; São Paulo; Atheneu, 1982.

PESCE, R.P.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N. & OLIVEIRA, R.V.C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *In: Psicologia: teoria e pesquisa*. vol.20, n.2, pp.135-143, 2004.

PLASTINO, C.A. A dimensão constitutiva do cuidar. *In: MAIA, M.S. (org) Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro; Garamond, 2009.

POLETTI, M. & KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *In: Estudos de Psicologia*; Campinas; v.25,n.3, p.405-416, 2008.

PRATA, M.R. Pulsão de morte: Mortificação ou Combate? *In: Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 3,n. 2, 115-135, 2000. Acesso em: 14/06/2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982000000200007&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982000000200007&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1516-14982000000200007.

RILES, E.M.; JAIN, A.V.; FENDRICK, A.M. Medication adherence and heart failure. *Journal of Current Cardiology Reports*, v.16, p.458, 2014.

ROCCO, R.P. Relação estudante de medicina-paciente. *In*: MELLO FILHO, J. (org) **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre; Artmed, 1992.

ROMANO, B.W. **Psicologia e Cardiologia**: encontros possíveis - 1a ed. - São Paulo; Casa do Psicólogo, 2001.

RUDNICKI, T. Resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar: considerações iniciais. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, 2007. Acesso em: 04/11/2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582007000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200010&lng=pt&nrm=iso)>.

RUTTER, M. Resilience as a dynamic concept. **Development and Psychopathology**. v.24, p. 335–344, 2012. Cambridge University Press 2012 doi:10.1017/S0954579412000028. Acesso em: 15/11/2015. Disponível em: <https://www2.viu.ca/resilience/documents/Resilienceasadynamicconcept.pdf>.

SANTOS, A.F. **A resiliência e sua forma de promoção em famílias que convivem com a doença crônica**. 2011. 39p. Trabalho de conclusão de curso na Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família na Universidade Federal de Minas Gerais.

SCHULTZ, D. & SCHULTZ, S. **História da Psicologia Moderna**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SILVA, A.L.M., MANGINI, S. Falta de ar e insuficiência cardíaca. *In*: KNOBEL, E., SILVA, A.L.M., ANDREOLI, P.B.A. **Coração é emoção**: a influência das emoções sobre o coração. São Paulo; Ed. Atheneu, 2010.

SIMPSON, M.; BUCKMAN, R.; STEWART, M.; MAGUIRE, P.; LIPKIN, M.; NOVACK, D. & TILL, J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. **BMJ**. v. 303, n. 6814, p. 1385-7, 1991. PubMed PMID: 1760608; PubMed Central PMCID.

SOLLERO-DE-CAMPOS, F. & WINOGRAD, M. Eu sou meu corpo: o conceito de eu em Freud e de *self* em Damásio. *In*: **Natureza Humana** v. 12, n.1, p. 133-162, 2010.

SOUSA, J. A. C. **Aliança terapêutica em contextos de saúde**: sua relação com a adesão terapêutica e com as crenças dos utentes face aos

médicos e medicina. 2009. 159p Dissertação de mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

SZPACENKOPF, M.I.O. Trauma e suas vicissitudes: a reinvenção da sobrevivência. *In: Cadernos de Psicanálise / Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro* - v. 1, n. 1, 1982. – Rio de Janeiro: A Sociedade, 1982 – v.31; n.34; p. 141-162, 2015.

VERMEIRE, E.; HEARNshaw, H.; VAN ROYEN, P.; DENEKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *In: Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, v.26, p. 331–342, 2001. DOI: 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x

VIANNA, G.R.; FARIAS, F.R. (2015). A experiência traumática do desamparo e impotência. *In: Cadernos de Psicanálise / Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro* - v. 1, n. 1,1982. – Rio de Janeiro: A Sociedade, 1982 – v.31; n.34; 207-222, 2015.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**; trad. Madga França Lopes – 1ª ed. – São Paulo: Roca, 2005.

WINNICOTT, D.W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre; Artmed, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. 2003. Acesso em 01/09/2015. Disponível em [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases**. 2014. Acesso em 21/09/2015. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)

YUNES, M.A.M; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. *In: TAVARES, J. (Org.). Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**; Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1990.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**PESQUISA:** Influência dos fatores psicossociais na adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca

As informações contidas nesta folha têm por objetivo firmar acordo escrito com o(a) voluntário(a) para participação da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que ele(a) será submetido(a).

- 1) Natureza da pesquisa: Esta pesquisa tem como finalidade investigar quais as estratégias que os pacientes da Clínica de Insuficiência Cardíaca utilizam para aderir ao tratamento clínico.
- 2) Participantes da pesquisa: Serão avaliados 50 pacientes portadores de insuficiência cardíaca (IC). Serão excluídos pacientes portadores de transtornos mentais graves e demência.
- 3) Envolvimento na pesquisa: Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone dos pesquisadores responsáveis pelo projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (2868-8253).
- 4) Sobre as coletas ou entrevistas: Ao aceitar participar desta pesquisa, você deverá comparecer regularmente às consultas marcadas na clínica de insuficiência cardíaca no serviço de cardiologia no segundo andar do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) para a realização das entrevistas e aplicação das escalas com a pesquisadora.
- 5) Protocolo experimental: Após consentimento informado, serão incluídos 50 pacientes (conforme cálculo amostral) com idade superior a 18 anos com diagnóstico de IC. Nenhuma intervenção farmacológica, procedimento intervencionista ou exame físico serão realizados. Serão aplicadas escala de resiliência e inventários de ansiedade e depressão validados no Brasil, além de entrevista semiestruturada.
- 6) Riscos e desconforto: Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF.
- 7) Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados do(a) voluntário(a) serão identificados com um código, e não com o nome. Apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados, assegurando, assim, sua privacidade.



8) Benefícios: Esperamos que este estudo contribua com informações importantes que devem acrescentar elementos importantes à literatura, no qual o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

9) Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela participação.

10) Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem penalidades.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG \_\_\_\_\_ após a leitura e compreensão destas informações, entendo que é voluntária, e que ele(a) pode sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Voluntário:

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Voluntário:

\_\_\_\_\_

Nome da Pesquisadora: RAFAELA OLIVEIRA GRILLO

Assinatura \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Pesquisadora:

\_\_\_\_\_

Contatos da pesquisadora: 99298-7471 / 2868-8673/ rafaegrillo@yahoo.com.br

**APÊNDICE B****Entrevista semiestruturada**

Data:

---

---

Nome:

---

---

Idade:

---

---

Prontuário:

---

---

Tempo de diagnóstico:

---

---

Sexo: M F

- 1- Na sua opinião, que fatores auxiliam o seu tratamento?
- 2- Na sua opinião, que fatores atrapalham o seu tratamento?
- 3- Quando é mais difícil seguir as orientações do seu médico?
- 4- Quando é mais fácil seguir as orientações do seu médico?
- 5- Você se sente bem atendido pelo seu médico? Explique.
- 6- Você se sente à vontade para perguntar coisas ou tirar dúvidas durante as consultas?
- 7- Você se sente bem acolhido na clínica de IC?
- 8- Você sente que pode vir à clínica de IC, mesmo que não seja dia de sua consulta, se você estiver se sentindo mal ou tiver algum problema em relação a seu tratamento?
- 9- Você sente falta de alguma coisa durante suas consultas?

# ANEXOS

**ANEXO A****Características Sociodemográficas e Apoio Social**

Horário de Início \_\_ \_\_:\_\_ \_\_

Neste módulo, vamos lhe perguntar sobre as suas características pessoais, como sexo e idade, características socioeconômicas, como grau de escolaridade e situação de trabalho, e relações com família e amigos.

**A1 Sexo**

1. Feminino
2. Masculino

**A2** Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

**A3** Qual o seu estado conjugal?

1. Nunca foi casado(a)
2. Casado(a) ou vive com companheiro(a)
3. Separado(a) ou divorciado(a)
4. Viúvo(a)

**A4** Quantos anos completos de estudo (com aprovação) o(a) sr(a) tem? \_\_\_\_\_ anos

**A5** Qual o seu grau de instrução?

1. Analfabeto/Menos de um ano de instrução
2. Elementar Incompleto
3. Elementar Completo e Fundamental Incompleto
4. Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto
5. Ensino Médio Completo e Superior Incompleto
6. Superior Completo ou mais

**A6** Qual é a sua cor (raça)?

1. Branca
2. Preta
3. Amarela
4. Parda
5. Indígena

**A7** O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava?

1. Trabalha e em atividade atualmente (nesse caso, Ir para **A10**)
2. Trabalha, mas não em atividade atualmente
3. Já trabalhou, mas não trabalha mais
4. Nunca trabalhou (nesse caso, ir para A17)

**A8** Qual a principal razão de você não estar em atividade atualmente?

1. Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos
2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho
3. Estudos / treinamento
4. Aposentado por tempo de trabalho/idade
5. Aposentado por doença/invalidez
6. Afastado por doença
7. Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença etc.)
8. Outra (especifique):

---

**A9** Há quanto tempo o(a) sr(a) não está trabalhando ou não está em atividade? \_\_\_\_ dias  
\_\_\_\_ meses \_\_\_\_ anos.

**A10** Com que idade o(a) sr(a) começou a trabalhar? \_\_\_\_ anos

Entrevistador: As perguntas de A11 a A17 são dirigidas às pessoas que trabalham atualmente e para as que já trabalharam e não trabalham mais. Neste caso, faça as perguntas no passado e refira-se à última ocupação. No caso de mais de um emprego, escolha a principal ocupação.

**A11** Qual é ou era a sua situação de trabalho?

1. Servidor público
2. Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada
3. Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada
4. Empregado familiar não remunerado
5. Conta própria ou autônomo com estabelecimento
6. Conta própria ou autônomo sem estabelecimento
7. Empregador com até 5 funcionários fixos
8. Empregador com 5 ou mais funcionários fixos

**A12** Qual é ou era sua principal ocupação no trabalho?

---

(Anotar a ocupação)

[Entrevistador: Com a ajuda do entrevistado, classifique a ocupação no grupo ocupacional mais adequado marcando a opção escolhida com “X”]

1. Altos funcionários do governo, dirigentes, gerentes ou altos funcionários de empresa
2. Profissionais do nível superior
3. Profissionais das artes
4. Profissionais ou técnicos de nível médio
5. Trabalhadores de serviços administrativos
6. Trabalhadores da prestação de serviços e comerciários
7. Trabalhadores de serviços domésticos
8. Trabalhadores agropecuários, florestais de caça e pesca
9. Trabalhadores manuais (produção de bens e serviços industriais)
10. Trabalhadores manuais da construção civil
11. Trabalhadores manuais de reparação e manutenção
12. Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares
13. Ocupações mal especificadas do trabalho informal (ambulante, manobrista, guardador de carro, etc)

**A13** Em geral, quantas horas no total o(a) sr(a) trabalha ou trabalhava por semana? (Inclua horas-extras e qualquer atividade remunerada em emprego ou por conta própria):  
\_\_\_\_\_ horas por semana.

**A14** Em geral, quanto tempo o(a) sr(a) gasta ou gastava no deslocamento para o trabalho?

Ida: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Volta: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

**A15** O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava em algum plantão noturno ou de 24 horas?

1. Sim
2. Não (nesse caso, ir para **A17**)

**A16** Com que frequência o(a) sr(a) trabalha ou trabalhava em algum plantão noturno ou de 24 horas?

1. Menos que 1 vez por mês
2. 1 a 3 vezes por mês
3. 1 vez por semana
4. 2 a 3 vezes por semana
5. 4 ou mais vezes por semana

**A17** O(a) sr(a) pode me dizer seu rendimento mensal por fonte de rendimento?

[Para cada fonte de rendimento, preencha com o valor em reais (R\$) do rendimento mensal informado]

1. Não tem rendimento
2. Trabalho R\$ \_\_\_\_\_
3. Seguro desemprego R\$ \_\_\_\_\_
4. Aposentadoria R\$ \_\_\_\_\_
5. Pensão R\$ \_\_\_\_\_
6. Renda Mensal Vitalícia R\$ \_\_\_\_\_
7. Venda de produtos R\$ \_\_\_\_\_
8. Aluguel R\$ \_\_\_\_\_
9. Doação de não-morador do domicílio R\$ \_\_\_\_\_
10. Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas R\$ \_\_\_\_\_
11. Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança R\$ \_\_\_\_\_
12. Bolsa Família R\$ \_\_\_\_\_
13. Benefício de Prestação Continuada (BPC) R\$ \_\_\_\_\_
14. Cartão alimentação R\$ \_\_\_\_\_
15. Outra fonte (especifique) R\$ \_\_\_\_\_
16. Recusou

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.

**A18** Com quantos familiares ou parentes o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? \_\_\_\_\_ parentes

0. Nenhum

**A19** Com quantos amigos o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (sem considerar os familiares ou parentes)

\_\_\_\_\_ amigos

0. Nenhum

**A20** Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

1. Mais de uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. De 2 a 3 vezes por mês
4. Algumas vezes no ano

5. Uma vez no ano
6. Nenhuma vez

**A21** Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares?

1. Mais de uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. De 2 a 3 vezes por mês
4. Algumas vezes no ano
5. Uma vez no ano
6. Nenhuma vez

**A22** Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?

1. Mais de uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. De 2 a 3 vezes por mês
4. Algumas vezes no ano
5. Uma vez no ano
6. Nenhuma vez

**A23** Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião? (Sem contar com situações como casamento, batizado ou enterro)

1. Mais de uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. De 2 a 3 vezes por mês
4. Algumas vezes no ano
5. Uma vez no ano
6. Nenhuma vez

Horário de Término \_\_ \_\_: \_\_ \_\_



**ANEXO B****Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36**

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quão verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

**Escala de Avaliação de Agenciamento de Autocuidados – Revisada (ASAS-R)**

Por favor, responda as questões abaixo, indicando o quanto você concorda ou discorda com cada uma das afirmações. Tente ser o mais sincero(a) possível.

Itens	Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
01. Conforme as circunstâncias mudam, eu faço os ajustes necessários para me manter saudável	1	2	3	4	5
02. Se minha mobilidade física é reduzida, eu faço os ajustes necessários	1	2	3	4	5
03. Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades nas minhas atitudes para me manter saudável	1	2	3	4	5
04. Em geral, não tenho energia para me cuidar como deveria	1	2	3	4	5
05. Eu procuro melhores maneiras para cuidar de mim	1	2	3	4	5
06. Quando necessário, eu consigo tempo para cuidar de mim	1	2	3	4	5
07. Se eu tomo uma nova medicação, procuro informações sobre seus efeitos colaterais para me cuidar melhor	1	2	3	4	5
08. Mudei alguns de meus antigos hábitos para melhorar a minha saúde	1	2	3	4	5
09. Frequentemente tomo medidas para garantir minha segurança e de minha família	1	2	3	4	5
10. Eu avalio com frequência a eficácia das coisas que eu faço para me manter saudável	1	2	3	4	5
11. Nas minhas atividades diárias, raramente reservo um tempo para me cuidar	1	2	3	4	5
12. Eu sou capaz de obter as informações que preciso quando minha saúde está ameaçada	1	2	3	4	5
13. Eu procuro ajuda quando me sinto incapaz de cuidar de mim mesmo	1	2	3	4	5
14. Eu raramente tenho tempo para mim	1	2	3	4	5
15. Nem sempre sou capaz de cuidar de mim do modo que gostaria	1	2	3	4	5
16. Conforme as circunstâncias mudam, eu faço os ajustes necessários para me manter saudável	1	2	3	4	5

Para citação: Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2013). The Appraisal of Self-Care Agency Scale – Revised (ASAS-R): Adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2071-2082. doi:10.1590/0102-311X00165312.

## ANEXO D

**INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Escala de Resiliência  
(Damásio, Borsa, & da Silva, 2011)

Por favor, leia atentamente as seguintes questões. À direita de cada uma delas, você irá encontrar sete números, variando de 1 (Discordo Totalmente) a 7 (Concordo Totalmente). Circule o número que melhor indica seus pensamentos sobre cada uma das questões.

Itens	Discordo	Discordo	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo	Concordo Totalmente
	Totalmente	Um Pouco	Um Pouco		Um Pouco	Totalmente	
1. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu sou amigo de mim mesmo	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou disciplinado	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu mantenho interesse nas coisas	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu normalmente posso achar motivo para rir	1	2	3	4	5	6	7
11. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	1	2	3	4	5	6	7
12. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
13. Minha vida tem sentido	1	2	3	4	5	6	7
14. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7

Para citação:

Damásio, B. F., Borsa, J. C., & da Silva, J. P. (2011). 14-Item Resilience Scale (RS-14): Psychometric properties of the Brazilian version. *Journal of Nursing Measurement, 19*(3), 131-145. doi: 10.1891/1061-3749.19.3.131

## ANEXO F

## INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

<b>1</b>	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	<b>7</b>	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
<b>2</b>	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	<b>8</b>	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
<b>3</b>	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	<b>9</b>	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
<b>4</b>	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	<b>10</b>	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
<b>5</b>	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	<b>11</b>	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
<b>6</b>	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	<b>12</b>	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas



**INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI**

13	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	18	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
14	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	19	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
15	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	20	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
16	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	21	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		