

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Taís Maria Ferreira

**O PROCESSO DE RESILIÊNCIA DE MULHERES NO
ENFRENTAMENTO DA CARDIOPATIA: Estudo de caso**

Taubaté-SP

2020

Taís Maria Ferreira

**O PROCESSO DE RESILIÊNCIA DE MULHERES NO
ENFRENTAMENTO DA CARDIOPATIA: Estudo de caso**

Monografia apresentada para obtenção do Certificado de Psicóloga Título de Graduada pelo Curso de Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté.

Orientadora: Prof. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira

Taubaté-SP

2020

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

F383p Ferreira, Tais Maria

O processo de resiliência de mulheres no enfrentamento da cardiopatia: estudo de caso / Tais Maria Ferreira. -- 2020.
111 f.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté, Departamento de Psicologia, 2020.

Orientação: Profa. Dra. Adriana Léonidas de Oliveira,
Departamento de Psicologia.

1. Mulher. 2. Cardiopatia. 3. Resiliência. 4. Enfrentamento. I. Universidade de Taubaté. Departamento de Psicologia. Curso de Psicologia. II. Título.

CDD – 155.9

TAÍS MARIA FERREIRA

**O PROCESSO DE RESILIÊNCIA DE MULHERES NO ENFRENTAMENTO DA
CARDIOPATIA: Estudo de caso**

Monografia apresentada para obtenção do
Certificado de Psicóloga Título de Graduada pelo
Curso de Psicologia do Departamento de
Psicologia da Universidade de Taubaté.

Orientadora: Prof. Dra. Adriana Leônidas de
Oliveira

Data: 06\11\2020

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Adriana Leônidas de Oliveira

Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

Prof. Dr. Ana Cristina Araújo do Nascimento

Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

Dedico a minha família, a mim, a todas as mulheres que participaram desta pesquisa, a todas que possuem cardiopatia que não foram participantes e a psicologia, que tem tanto a contribuir para estudo da cardiologia.

ARADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer meus pais, sem eles nada disso seria possível, agradecer a paciência, por sempre estarem ao meu lado, por sempre acreditarem que eu era capaz e com isso me motivar a correr atrás dos meus objetivos e dos meus sonhos. Obrigada por estarem ao meu lado no momento mais importante da minha vida e por não sair, mesmo quando as coisas ficavam difíceis. Vocês são meu exemplo de força, de coragem de vida, com vocês eu aprendi que é importante se arriscar e viver a experiência por completa. Obrigada por me permitirem viver essa experiência e por todas as outras que me ajudaram a ser a mulher que sou hoje.

Também gostaria de agradecer ao meu irmão, por sempre ser carinhoso e por me dar apoio, mesmo sem saber, nos momentos mais difíceis. Sou grata a tantas pessoas que não caberia colocar nesta página. Sou grata a minha madrinha, que sempre foi minha segunda mãe e que sempre esteve disposta a fazer de tudo para me ajudar, ela não imagina o quanto seus bolos me ajudaram nesses quatro anos, o cheiro deles saindo do forno me lembrava de que tudo ia ficar bem, serei eternamente grata.

Sou grata a meus avós que sempre estiveram presentes na minha vida e que me ensinaram a valorizar cada minuto, por mais difícil que ele seja. Gratidão pela minha bisavó que mesmo não estando presente nesta vida, sempre esteve comigo, de alma, me fortalecendo e não me deixando desistir. Agradeço aos meus amigos, que me ajudaram com aprendizados e com minha evolução, agradeço faculdade por colocarem vocês em minha vida. Também agradeço aos meus amigos de infância, que mesmo de longe sempre estiveram comigo.

Agradeço a minha Orientadora, que me guiou de forma acolhedora com esta pesquisa, não me retirando de minha autonomia, mas sempre estando ali para me apresentar as melhores opções para escrever um trabalho que valorizasse a história de todas as mulheres envolvidas. Agradeço a professora que fez parte da banca examinadora e a todos aqueles que fizeram parte de minha formação. Por fim, agradeço a todas as participantes desta pesquisa, elas foram base para o conhecimento que adquiri, foram cruciais para compreender como a psicologia pode contribuir para com a cardiologia.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Informações sobre as participantes.....	52
Quadro 2: Informações sobre a cardiopatia das participantes.....	83
Quadro 3: Análise da categoria 1 da Entrevista Semi estruturada.....	84
Quadro 4: Análise da categoria 3 da Técnica Desenho-Estória com Tema.....	84
Quadro 5: Análise da categoria 2 da Entrevista Semi estruturada.....	88
Quadro 6: Análise da categoria 4 da Técnica Desenho-Estória com tema.....	88
Quadro 7: Análise da categoria 3 da Entrevista Semi estruturada.....	89
Quadro 8: Análise da categoria 5 da Entrevista Semi estruturada.....	91
Quadro 9: Análise da categoria 4 da Entrevista Semi estruturada.....	92
Quadro 10: Análise da categoria 6 da Técnica Desenho-Estória com Tema.....	92
Quadro 11: Análise da categoria 7 da Técnica Desenho-Estória com Tema.....	92
Quadro 12: Análise da categoria 8 da Técnica Desenho-Estória com Tema.....	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Análise da Escala de Resiliência Wagnild e Young.....	86
---	----

RESUMO

Este trabalho apresenta um estudo sobre a resiliência de mulheres cardiopatas no enfrentamento da doença. Apontada como a principal causa de mortes no mundo, a doença cardiovascular tem se tornado objeto de estudo e pesquisa no que se refere à saúde e à qualidade de vida de indivíduos no âmbito social. A presente monografia tem como objetivo compreender o processo de resiliência da mulher cardiopata no enfrentamento da enfermidade. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória e qualitativa. O delineamento utilizado foi o de estudo de caso com quatro participantes, sendo estas mulheres do Vale do Paraíba. Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados: entrevista semiestruturada, a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (Perim et al, 2015) e a Técnica projetiva do Desenho-Estória com tema. Foi realizada análise qualitativa dos dados coletados. Resultados revelaram que metade das participantes entrevistadas possuem alta capacidade de resiliência, enquanto a outra parte está dentro da média em relação a esta capacidade. Além disso, a família tende a representar a maior rede de apoio para a mulher. Ficou perceptível que para as mulheres que possuem conflitos na família, há uma tendência maior em estarem vulneráveis aos fatores de risco e menos propensas aos fatores de proteção, e conseqüentemente têm uma representação simbólica negativa da doença, afetando sua capacidade de resiliência. Conclui-se sobre a importância da resiliência no contexto da cardiopatia e espera-se que o conhecimento construído possa contribuir para subsidiar propostas de intervenções com os pacientes e seus familiares.

Palavras-chave: Mulher. Cardiopatia. Resiliência. Enfrentamento.

ABSTRACT

This work presents a study about cardiopath women's resilience while facing the disease. Pointed as the main death cause in the world, the cardiovascular disease has become a study and research object regarding health and life quality of individuals within the social scope. This monography's intention is to comprehend the resilience process of the cardiopath woman coping with the disease. The method applied was a case study with four women, all of them from the Paraiba Valley. Three approaches were used to collect data: half structured interviews, the Wagnild and Young resilience scale (Perim et al, 2015) and the Drawing-story projective technique with the theme. A qualitative analysis has been made with the collected data. Results indicate half the participants interviewed show high resilience capacity, whereas the other half is within the average regarding the same capacity. In addition, the family tends to represent the biggest support system to the woman. It became noticeable that the women experiencing Family conflicts have a bigger tendency being vulnerable to risk factors and less likely to protection factors, hence a negative symbolic perception of the disease, affecting their resilience capacity. It follows with the resilience importance in the cardiopathy's context and it is expected that the knowledge built may contribute to subsidize intervention proposals with patients and their relatives.

Key words: Woman. Cardiopathy. Resiliency. Coping.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMA.....	13
1.2 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.2 ObjetivoEspecífico	13
1.3 RELEVÂNCIA DE ESTUDO.....	14
1.4 ORGANIZAÇÃO DA MONOGRAFIA.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 MULHER NA CONTEMPORANEIDADE.....	16
2.1.1 Mulher e família	18
2.1.2 Mulher e Saúde	21
2.2 CARDIOPATIA.....	24
2.3 CARDIOPATIA E MULHER.....	27
2.4 RESILIÊNCIA.....	36
2.4.1 Fatores de risco	40
2.4.2 Fatores de proteção	42
2.4.3 Enfrentamento	43
3 MÉTODO	45
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	45
3.2 ÁREA DE REALIZAÇÃO.....	46
3.3 PARTICIPANTES.....	46
3.4 INSTRUMENTOS.....	46
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	48
3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	49
4 RESULTADOS	52
4.1 CASO DE A.....	52
4.2 CASO DE B.....	59
4.3 CASO DE C.....	68
4.4 CASO DE D.....	74
5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	101
ANEXO A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	104
ANEXO B- ESCALA DE RESILIÊNCIA.....	107
ANEXO C- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	109

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa apresenta-se como um estudo qualitativo, com o objetivo de compreender e analisar o processo de resiliência de mulheres cardiopatas no enfrentamento da doença. A pesquisa se interessa em investigar os principais riscos e desafios vivenciados pela mulher com cardiopatia, bem como os fatores de proteção e o papel da família do paciente no enfrentamento da doença.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a cardiopatia é a principal causa de morte em todo mundo (OMS, 2015 apud JUNQUEIRA; PINA, 2017). Com isso, denota-se a grande relevância do estudo, em especial, para o grupo de mulheres, pois estas são as que mais morrem por problemas cardíacos. Em 2000, 31,30% de óbitos femininos decorrerão de doenças cardíacas, afirma o Ministério da Saúde (2003). Partindo disso, percebe-se que, por mais que o número de homens com cardiopatia seja maior, são as mulheres as que mais morrem por origem dessa doença.

Segundo Perez et al. (2005 apud BONOMO; ARAÚJO, 2009), o alto índice de mortalidade feminina está associado à presença de fatores hormonais, transmissão genética e fatores psicossociais. Tais fatores podem se apresentar como fatores de riscos ou protetores, e o que determinará será a realidade de cada mulher em relação à sua singularidade biopsicossocial. Nesta perspectiva, entende-se que o estilo de vida e o comportamento do indivíduo tem influência significativa no desenvolvimento de doenças, e frente a essas situações é fundamental a criação de rede de interação da doença com o paciente, com a família e com o meio social no qual ele está inserido.

Segundo Vieira (2005), no contexto de pós modernidade, a mulher ainda carrega em si o peso da figura feminina, aquela sobrecarregada de papéis, vista pelo consumismo como um "espaço vazio". Com isso, percebe-se que em muitos momentos a sociedade torna-se um fator de risco para mulher, devido à pressão colocada sobre ela, deixando-a ainda mais em zona de risco para o desencadeamento de uma cardiopatia ou para a piora da mesma, caso ela já exista. Sendo assim, tornam-se necessárias redes de apoio para que a mulher consiga ser resiliente. Entram em cena então os fatores protetores, sendo que a própria mulher pode ter características pessoais protetivas, além de sua família, amigos e afins.

A resiliência é um processo de adaptação aos eventos que envolvem mudança, situações de crises e estressores. Em situações de doença em si, envolve a aceitação de limites e a aderência ao tratamento. É por meio da resiliência que tanto a mulher quanto a sua família poderá enfrentar da melhor forma a doença, quanto maior o nível de resiliência, mais saudável será a forma de enfrentamento e melhores serão os resultados do tratamento. (SANTOS,2011)

Em situações de doenças crônicas, como a cardiopatia, a atuação do psicólogo deve ser direcionada ao paciente e alcançar também seus familiares, pois a família representa uma poderosa rede de apoio e proteção frente ao enfrentamento da doença. Desta forma, entende-se que apesar de alguns distúrbios psíquicos favorecerem o mal cardíaco, nem todas as cardiopatias estão relacionadas ao estado psíquico emocional do indivíduo, entretanto podem causar desestabilização emocional que refletem no funcionamento social e familiar.

1.1 PROBLEMA

A questão que se buscou responder no decorrer do estudo foi: como o processo de resiliência da mulher favorece o enfrentamento da cardiopatia e qual o papel da família do paciente nesse processo de enfrentamento?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Compreender e analisar o processo de resiliência da mulher cardiopata no enfrentamento da enfermidade.

1.2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o nível de resiliência da paciente cardiopata;
- Analisar os principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata;
- Identificar os fatores de proteção;

- Compreender o papel da família da mulher no enfrentamento da cardiopatia;
- Analisar a representação simbólica do enfrentamento da cardiopatia.

1.3 RELEVÂNCIA DE ESTUDO

A relevância científica desta pesquisa se apoia na busca do aprofundamento do tema, levando em consideração o interesse pelo processo de resiliência e seus fatores de proteção, de risco e de suas dificuldades, bem como o enfrentamento da cardiopatia pela mulher.

Estudos publicados no final do ano de 2017 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) apontam que no Brasil cerca de 300 mil pessoas sofrem infarto todos os anos e segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estudos realizados no ano de 2016 indicam que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo. Além disso, a Organização Mundial da Saúde em 2003 já apontava que (OMS, 2003) no ano de 2020, as doenças crônicas, como a cardiopatia, seriam responsáveis por cerca de 80% de doenças em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Ademais, focando-se no grupo das mulheres, estas foram as que mais morreram de problemas cardíacos. No ano de 2000, 31,30% de óbitos femininos ocorreram devido as cardiopatias, afirma o Ministério da Saúde (2003). Com isso, compreende-se que por mais que existam mais casos de homem com cardiopatia, as mulheres são as que apresentam os piores quadros, podendo levá-las ao óbito. Nesse sentido, busca-se compreender e analisar o processo de resiliência de mulheres no enfrentamento da cardiopatia.

A relevância social do estudo se justifica no interesse em investigar, compreender e analisar o processo de resiliência e enfrentamento da mulher com cardiopatia, haja vista que o diagnóstico dela pode acarretar prejuízos psicológicos e sociais, com interferência na sua rotina cotidiana e na da família.

A sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP, 2018) afirma que, no que diz respeito à cardiopatia, a Psicologia e Cardiologia se aproximam pelos fatores de risco que favorecem a instalação da doença e evolução do mal cardíaco, muitas vezes relacionados à aderência ao tratamento, modificação de hábitos e qualidade de vida. Afirma também que alguns aspectos psicológicos são considerados fator de risco para o surgimento de arritmia, coronariopatia e hipertensão. Desta

forma, muito importante a ação ao paciente cardiopata a partir do diagnóstico, favorecendo a reabilitação biopsicossocial e as relações familiares do paciente.

1.4 ORGANIZAÇÃO DA MONOGRAFIA

A presente monografia está dividida em 5 principais seções. A primeira relaciona-se à introdução. A segunda traz a revisão de literatura e foi subdividida, para que fosse possível abordar conteúdos necessários para a construção da pesquisa. Ela aborda as seguintes subseções: Mulher na Contemporaneidade que aborda dois temas, o de mulher e família e o de mulher e saúde; cardiopatia; cardiopatia e mulher; e resiliência. Esta última subseção aborda outros temas, sendo eles: fatores de risco, fatores de proteção e enfrentamento. Em seguida, tem-se a seção de método, estando também dividida em outras subseções, como a de participantes, dos métodos, instrumentos e a de plano para análise de dados. A próxima seção é a de resultados da pesquisa, onde foi abordado caso a caso, sendo assim dividida em 4 subseções, sendo elas: a do caso A, a do caso B, a do caso C e a do caso D. A penúltima seção aborda a discussão dos resultados e por fim, a última seção, as considerações finais da pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para dar início a pesquisa, será apresentado sínteses sobre assuntos que estão relacionados ao foco desta pesquisa. Foram levantadas informações de artigos, capítulos e livros que fizessem relação a mulher, cardiopatia, psicologia, resiliência, enfrentamento, família e fatores de risco e ou de proteção. Esta seção foi subdividida para que assim fosse possível dar uma base sucinta para a pesquisa. Serão abordados os seguintes temas: Mulher na Contemporaneidade que aborda dois subtemas, o de mulher e família e o de mulher e saúde; problemas cardíacos; problemas cardíacos e mulher; e resiliência, este aborda outros subtemas, sendo eles: fatores de risco, fatores de proteção e enfrentamento.

2.1 MULHER NA CONTEMPORANEIDADE

Para falar sobre mulher na contemporaneidade é necessário entender a mulher na sociedade, atrelando a contextos históricos, de como a mulher era vista, de como ela é vista e as consequências dessa transição. Segundo Vieira (2005), ao falar sobre mulher é necessário também abordar a questão de diferenças e desigualdade de gênero, pois teoricamente, a distinção era para estar apenas na parte anatômica. Entretanto, ao trazer a questão do social, percebe-se que a diferença vai além do corpo, atingindo os papéis exercidos por cada um, pois diante da sociedade, a mulher possui um papel e homem possui outro, sendo estes papéis restritos e limitados.

Essa questão de divisão de papéis não é algo recente, sempre existiu, entretanto, percebe-se que a mulher é detentora de muitos papéis, em especial quando ela começa a desenvolver sua família. Ela se torna além de mulher, mãe, esposa, dona de casa, e entre outras características, o que será diferenciado de acordo com a realidade de cada uma. Com isso, denota-se que a identidade dela acaba se construindo sobre uma estrutura fragmentada de si mesma, Giddens (2002 apud VIEIRA, 2005) diz que essa fragmentação é uma consequência da pós-modernidade, fazendo com que a subjetividade fique cada vez mais voltada para instrumentalização. Portanto, ao ser dado a mulher muitos papéis, ela acaba se fragmentado em prol de dar conta a todos seus afazeres, ela se subdivide como uma forma de manter o equilíbrio e fazer ser possível todos seus papéis.

Segundo Woodward (1997 apud VIEIRA, 2005), essa desigualdade na distribuição de papéis influencia de forma direta na constituição da identidade, e neste caso, a mulher cria uma imagem de si distorcida do que ela realmente é.

Sobre identidade, "[...] é aberta, dominada pela incompletude, multiforme" (VIEIRA, 2005, p. 214). Ela é um processo, sempre está em (trans)formação é formada por meio da subjetividade e por meio das experiências que o sujeito vivencia. Com relação a mulher, fica perceptível o quanto a fragmentação da identidade não é benéfica, pois acaba gerando muitos conflitos sobre si mesma, ela acaba vivendo em prol dos papéis que são colocados sobre ela.

Como consequência, o que se percebe atualmente é o grande número de mulheres com problemas de saúde. Alguns sendo problemas somáticos, vindo dessa sobrecarga mental e física de papéis. Outros, sendo intensificados por essa sobrecarga. Como exemplo disso, tem-se a cardiopatia, uma doença crônica que afeta milhares de mulheres no mundo todo. E um dos principais fatores de risco para essa doença é o estresse mental, afirmam Junqueira e Pina (2017). Sendo assim, essa realidade do grupo feminino é preocupante, pois elas não podem ter sua identidade formada por meio do que elas fazem ou devem fazer, mas sim de pelo que elas são, em sua totalidade.

Atualmente, por meio do Movimento Feminista, muitas mulheres começaram a tomar consciência dessas sobrecargas de papéis e começaram a se manifestar contra. A partir disso começa o empoderamento feminino, as mulheres começam a lutar pela igualdade de gênero, uma luta que exige paciência e força, pois mesmo com a união de várias mulheres, a sociedade possui um caráter de repressão que tende a inferiorizá-la, o que pode desmotivá-la em muitos momentos. Porém, mesmo com o feminismo, têm-se a noção de que mulher contemporânea ainda é aquela com uma identidade fragmentada, mesmo com muitas evoluções, percebe-se o quanto a mulher ainda está sobrecarregada com seus papéis, o que explica elas fazerem parte do grupo de pessoas que mais morrem no Brasil, devido à cardiopatia. (BONOMO E ARAÚJO, 2009)

Partindo do que foi apresentado sobre as mulheres sob um ponto de vista social, agora será discutido a mulher dentro da família, incluindo uma análise sobre ela e sua família.

2.1.1 Mulher e Família

Segundo Cerveny (2000), a família é um Sistema no qual as pessoas vivem no mesmo espaço físico e mantém relações significativas. A autora afirma que família é aquela que mantém laços de afetividade. Segundo ela, existem vários tipos de famílias, e será abordado algumas delas para a presente pesquisa.

Cerveny (2000) afirma que tudo se inicia pela família de origem, aquela que se possui laços sanguíneos, portanto, os pais e os pais desses. Esta seria uma família de grande relevância para o indivíduo, pois foi dela que ele se deu origem e tem como base na construção de sua identidade, afirma a autora. Além disso, outra família relevante para este estudo é a família Nuclear, conforme a autora, esta é composta por pais e filhos. São dois tipos de famílias que possuem uma relação de interdependência, pois uma não existe sem a outra.

Cerveny (2000) aborda alguns termos que são importantes para a compreensão do funcionamento do Sistema Familiar. O primeiro seria a homeostase, um fator auto regulador que atua para manter um padrão de relacionamento, este, é visto como algo negativo, pois mantém a família em um certo comodismo. Outra definição importante colocada pela autora é o de morfogênese, este, relaciona-se com a capacidade do sistema de se auto transformar por meio da criatividade, de forma que o faça funcionar.

Outro conceito importante para compreender o Sistema Familiar é o de feedback. Este pode se apresentar como negativo ou positivo. O Positivo é quando o comportamento problemático é reforçado, tornando-se mais intenso. Já o negativo é aquele que não reforça o comportamento-problema, ou seja, aquele que possibilita a retirada do comportamento em questão da relação familiar. Por fim, outra definição importante para esta pesquisa é o de causalidade circular, a autora afirma que este está voltado para a busca de elasticidade e flexibilidade da família diante de problemas. (CERVENY, 2000)

Segundo Cerveny (2000), para que um sistema funcione é preciso de regras e para o Sistema familiar não é diferente. São as regras que possibilitam a família ser uma família, elas dão a base para que o sistema seja funcional, mas é importante que essas sejam flexíveis, indo de acordo com a realidade e a singularidade de cada família, afirma a autora.

Ao falar de regras é preciso especificar o tipo de relação da família. Segundo Minuchin (1982 *apud* CERVENY, 2000) baseando-se nas regras, existem três tipos de relações presentes nestes sistemas, tais como: família emaranhada, aquela que possui sentimento de pertencer, porém exigindo renúncias e afetando a liberdade do sujeito; família desligada, aquela que dá liberdade, porém não apoia; e a família saudável, está possui alta capacidade de se auto regular, por exemplo, utiliza as crises de forma criativa para promover o crescimento. Segundo Brotto e Guimarães (2017), a maioria das famílias brasileiras possuem características de família emaranhadas, dão apoio, mas criam uma relação de dependência entre os pertencentes da família, não promovendo a autonomia deles. Partindo desta afirmação, a presente pesquisa tem como foco a relação destas famílias comparando-as com as características de família saudável.

Partindo desta afirmação, pode-se afirmar que a família emaranhada sofre grande influência da cultura regional. O Brasil, é um país que possui seus relacionamentos enraizados em um modelo arcaico e seguindo o patriarcado, afirmam Borsa e Feil (2008). Isto explicaria o motivo de grande parte das famílias brasileiras possuírem características de famílias emaranhadas.

Borsa e Feil (2008) estudaram o papel das mulheres nestas famílias e concluíram que por mais que elas tenham conseguido evoluir conquistando mudanças em seus papéis na sociedade, ainda há influência do patriarcado em suas funções. Afirmam que com o Movimento Feminista, as mulheres que antes eram vistas apenas como donas de casa, mãe e esposa, passaram a ganhar reconhecimento no mercado de trabalho, ampliando seu papel no Sistema Familiar.

A atividade renumerada dá a mulher além desse novo papel, uma maior autonomia e poder de decisão dentro de seu lar. Entretanto, Borsa e Feil (2008) afirmam que mesmo trabalhando fora de casa, ela ainda tem como responsabilidade exercer o papel de mãe, esposa e dona de casa, com isso, há uma soma de responsabilidades sobre ela. Sendo assim, a mulher se vê diante de um papel sobrecarregado de funções e diante de conflitos e sentimento de culpa em casos em que ela não consiga atender a todas suas demandas, afirmam os autores.

A Cardiopatia é uma Doença Crônica e conforme Brotto e Guimarães (2017), quando o paciente é diagnosticado, ele não adocece sozinho, a família também adocece. A família e o indivíduo se influenciam, e no caso de uma doença, isso ocorre

de forma intensa. No caso de famílias brasileiras está influência é mais intensa devido as características de famílias emaranhadas, como afirmam os autores.

Segundo Kubler- Ross (2009 *apud* BROTTTO; GUIMARÃES, 2017), quando o paciente e a família recebem o diagnóstico da doença, eles passam pelo luto da saúde, este, ocorrendo em fases que podem ou não seguir uma ordem e podem fluir entre uma e outra. São as seguintes fases: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Cada família vai viver estas fases em sua singularidade, por isso, uma fase pode ser mais intensa do que outra. O mesmo autor afirma que na fase da barganha pode entrar fatores da religião, isso vai depender dos valores de cada família.

Após este Luto, a família buscará enfrentar a doença. Cada Sistema Familiar buscará fazer de acordo com suas características. Segundo Brotto e Guimarães (2017), as famílias podem agir das seguintes formas :algumas exigem auxílio constante de seus familiares; outras, devido ao quadro da doença e pouco motivados, se colocam em uma postura de rigidez e o seu relacionamento com o doente torna-se restrito, excluindo-o de planos de curto, médio e longo prazo da família; e famílias em que o núcleo familiar se isola da sociedade, o que gera para eles a sensação de estar controlando as variáveis subjacentes.

Frente a essas atitudes, Brotto e Guimarães (2017) afirmam que é necessário que família e paciente estejam cientes do que é a doença. É preciso incluir a família no tratamento do paciente, informar orientações de cuidado e incentivá-los a motivar o familiar adoecido a participar de atividades diárias possibilitadas ao paciente, de acordo com a equipe da saúde. Os autores afirmam que é necessário que uma equipe multiprofissional acompanhe a família e o doente desde o diagnóstico, percorrendo com eles o curso da doença, sendo uma rede de apoio.

Brotto e Guimarães (2017) pontuam uma questão relevante que auxilia a família e o paciente no enfrentamento da doença, a comunicação. Segundo Cerveny (2004), a comunicação é base da família, mas também é um dos principais causadores de conflito. E quando se trata de uma doença crônica, é preciso dar ênfase a ela, pois por ser uma doença sem cura, é preciso que a família e o paciente saibam lidar com ela de maneira não apenas funcional, mas também saudável.

Segundo Cerveny (2004), a comunicação ocorre em um contexto e existe o emissor e o receptor. O emissor é aquele que emite a mensagem, porém, para isso, existem os obstáculos do emissor, que seriam seus valores, julgamentos, crenças, experiências anteriores e estado emocional e outros fatores, portanto, a mensagem

pode estar carregada desses obstáculos. Com isso, a mensagem é enviada por um canal até o receptor, que receberá a mensagem, entretanto, também existe os obstáculos do receptor. Além desses fatores, existe o feedback, que pode ser positivo ou negativo, como explicado anteriormente. Mesmo que seja um Sistema Familiar, as pessoas que o compõe são diferentes, são formadas por obstáculos diferentes e se não souber emitir e receber a mensagem com a sua real intencionalidade, pode gerar ruídos, que podem ser ruins para o funcionamento do sistema.

Tratando-se do contexto de doença crônica, como a cardiopatia, a comunicação neste sistema fica mais vulnerável, pois a família está vulnerável, como afirma Cerveny (2004), um fato pode comunicar coisas diferentes para diferentes pessoas. Mas então como fazer este sistema ser funcional e saudável quando se trata de cardiopatia, uma doença crônica? E quando a paciente é a que mais possui maior carga de responsabilidades na família, a mulher? Segundo Brotto e Guimarães (2017), isso se torna possível quando há comunicação intrafamiliar e comunicação desta com a equipe multiprofissional de saúde, sendo uma das principais rede de apoio tanto para família quanto para a paciente.

Partindo dessa questão familiar e tendo como foco a mulher, é preciso compreendê-la em sua singularidade. A presente pesquisa aborda a mulher e a sua capacidade de resiliência diante a cardiopatia. Para esta análise, como a mulher se relaciona com a sua saúde? Esta pergunta será discutida no seguinte tópico.

2.1.2 Mulher e saúde

A Saúde da mulher começa a ser discutida por meio do Movimento Feminista, com ele, as mulheres passaram a ter mais conhecimento de seus direitos e assim, começaram a lutar por eles. Na década de 80 a saúde no Brasil estava precária. A classe não dominante era a mais vulnerável e para as mulheres que pertenciam a esta classe, era ainda mais difícil. Diante deste contexto, em 1984 é fundado o PAISM- Programa de Assistência à Saúde da Mulher, em prol de responder as demandas do movimento Feminista, que reivindicava a saúde das mulheres brasileiras. Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), em 1988, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) e das Normas Operacionais de Sistema de

Saúde (NOAS), regidos pela Constituição de 1988, é criado pelo Ministério da Saúde e por meio da demanda da população brasileira o Sistema Único de Saúde (SUS). Este, visa unificar o sistema de saúde, atendendo a população em geral. O SUS é a base para o PAISM, é por meio dele que novas Políticas em defesa das mulheres puderam ser reivindicadas.

Nos anos de 1998 a 2000 o foco na saúde das mulheres era na resolução de problemas em saúde reprodutiva, afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Este foco reduzia as necessidades das mulheres em questões de saúde e foi alvo de críticas, pois a intenção do Programa deveria ser pautada na saúde integrada da mulher. Faltava humanização, pois a diferença de gênero ainda era visível, possuíam uma visão pequena sobre as potencialidades das mulheres como ser humano.

Com isso, em 2004, o Ministério da Saúde atualizou o Programa, mudando o objetivo dele, com foco na humanização do atendimento às mulheres. Os princípios do Programa, partem de uma maior integralização a Saúde da mulher, promovendo uma vida mais saudável para ela, afirma Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Um dos principais princípios é o de:

definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada (BRASIL, 2004, p. 60).

Este é o segundo princípio e visa o atendimento à saúde da mulher de forma contínua. Com isso, a mulher possui uma rede de apoio capaz de ajudá-la em todos os âmbitos no que diz respeito à sua saúde. Outro princípio do PAISM que deve ser recebido uma atenção é o de " disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;" (BRASIL, 2004, p. 61) . Este é o oitavo princípio e têm como objetivo manter o público alvo informado sobre prevenção e formas de tratamento, promovendo a saúde e resiliência. Entra também como princípio, a avaliação contínua do trabalho da equipe em prol de aprimoramento da equipe de saúde da Mulher, afirma Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

São 14 as diretrizes do PAISM, todas visando a saúde integrada da mulher e o preparo da equipe de saúde, para isso ser possível. Uma das principais diretrizes seria

a primeira, esta, volta-se para o SUS, colocando sob ele a responsabilidade de fazer ser possível realizar a saúde integrada da mulher:

O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.(BRASIL, 2004, p. 63).

Outra diretriz que também merece uma atenção é a segunda, esta, aborda a questão de universalidade, ou seja, atender a todas as mulheres, independentemente de cor, idade, orientação sexual, situação socioeconômica, situação demográfica e afins:

A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, Cargo as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).(BRASIL, 2004, p. 63).

Os objetivos gerais da PAISM estão pautados em oferecer a mulher promoção, prevenção e tratamento, se for o caso. Contribuindo para redução da mortalidade, ampliando, qualificando e integrando sua saúde no Sistema Único de Saúde, afirma o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os objetivos específicos estão divididos em promoção de saúde: clínico-ginecológica; planejamento familiar para homens, mulheres, sendo estes adultos ou adolescentes; atenção obstétrica, neonatal e em abortos; mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; DST's; redução de câncer; saúde mental das mulheres sob enfoque de gênero; saúde da mulher no climatério; saúde da mulher na terceira idade; saúde da mulher negra; saúde das trabalhadoras do campo e da cidade; saúde da mulher indígena; saúde das mulheres em situação de prisão; fortalecimento de participação e controle social na definição e implementação de políticas de atenção integral à saúde das mulheres. Possui o objetivo de atender a todas as mulheres, mas não inclui em sua divisão o grupo de mulheres com doenças crônicas, como a cardiopatia, o que poderia ser revisto devido ao aumento de casos ocorridos no Brasil e no mundo, esta divisão acaba ficando implícita para o grupo de terceira idade.

Como o PAISM está relacionado com o SUS, é impossível falar de um sem falar do outro, pois é por meio do SUS que o PAISM é implementado. Segundo

Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), por meio da Portaria GM/MS Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 é pactuado uma atualização na Portaria Nacional de Atenção Básica (PNAB). É por meio da Atenção Básica (AB), que o PAISM pode ser colocado em prática, com isso, o Ministério da Saúde criou equipes que trabalham em prol do atendimento integrado aos brasileiros. Uma das principais equipes é a Equipe de Saúde da Família (ESF) que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ela é composta por um médico, preferencialmente especializado em Saúde da Família e comunidade, uma enfermeira, que também seja preferencialmente especializada em saúde da família e comunidade, auxiliar e ou técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS), se possível um Agente de Combate à Endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal.

Esta equipe é uma estratégia prioritária da AB, demarcando como porta de entrada para o SUS. Ela é formada de acordo com as demandas do município, e cada cidade tem a quantidade de ESF necessária para atender sua população.

É por meio do PAISM e da ESF que a mulher com cardiopatia e sua família podem encontrar uma rede de apoio para o seu tratamento e assim melhor enfrentar a doença, já que as ESF fazem parte de Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo a principal porta de entrada para o SUS, garantindo acesso Universal a serviços para com profissionais específicos, por meio do matriciamento com profissionais de diversas áreas da saúde e garantindo também comunicação com outros setores, por meio da intersetorialidade. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2004), no país, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares. Portanto é preciso dar um maior foco para esta doença, pois um dos principais objetivos do PAISM é diminuir o número de mortes entre as mulheres.

Com base no que foi discutido acima, será discutido em seguida a cardiopatia e fatores recorrentes a ela.

2.2 CARDIOPATIA

O Sistema cardiovascular possui três funções básicas, sendo elas: enviar oxigênio, nutrientes e vitaminas para as células do organismo; retirar produtos de excreção do metabolismo das células; e enviar hormônios de uma dada parte dos organismos para outra parte. O ciclo cardíaco se inicia com a contração

arterial e se encerra com a próxima contração. O ritmo cardíaco normal possui sua frequência variada entre 60 a 100 batidas por minuto, a este ritmo é denominado ritmo cardíaco sinusal. (HURST, 1981, apud, SÁNCHEZ, 2007)

Segundo Soares et al. (2016), as doenças cardiovasculares são resultado de alterações na função do Sistema Cardiovascular, gerando consequências negativas na distribuição de nutrientes, como o oxigênio, sendo estes, necessários para o funcionamento correto do corpo. Essas disfunções podem acarretar a vida do sujeito uma doença crônica, a qual ele terá que lidar diariamente com seus desafios e impossibilidades acometidos por ela. Estes autores também afirmam que essas disfunções podem estar relacionadas diretamente com a baixa qualidade e quantidade de sono, pois podem intensificar o estresse do sujeito e conseqüentemente gerar as disfunções no sistema cardiovascular. Seguindo esse raciocínio e levando em conta a realidade de muitas famílias brasileiras, é possível destacar que o nível socioeconômico está relacionado de forma direta com o risco de cardiopatia, quanto menor o nível socioeconômico, maior serão os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares, (SOARES et al, 2016).

Soares et al. (2016) destacam alguns comportamentos que são comuns em pessoas com cardiopatia. São comportamentos como: fumar, ingestão de alimentos gordurosos e hipercalóricos, baixa frequência de atividade física, abuso de drogas e baixa eficiência para lidar com os problemas. Ademais, afirmam que a ansiedade é um sintoma comum entre os pacientes com cardiopatia, e que além de fazer parte das comorbidades, pode ser um efeito estimulante do Sistema Nervoso Autônomo que auxilie na aderência ao tratamento.

Ao falar sobre problemas cardíacos, torna-se necessário entrar na questão de sintomas psicológicos, pois eles estão interrelacionados. Ambos, possuem uma relação bidirecional. O estresse e ou a ansiedade podem ter influência no desencadeamento da cardiopatia, mas também a cardiopatia pode gerar estes sintomas. Portanto, falar de problemas cardiológicos sem falar de sintomas psicológicos é tratar o quadro de forma superficial, pois os duas possuem relação direta e a influência entre elas é recíproca e relevante ao tratamento. (SANTOS, 2011)

Por mais que a doença cardíaca seja um quadro mais diagnosticado em homens, são as mulheres que apresentam os casos mais complexos e delicados, afirmam Bonomo e Araújo (2009). Além disso, esses autores afirmam que um dos

maiores problemas que afetam esse grupo é questão do prognóstico, pois muitas mulheres que precisam ser operadas enfrentam complicações no pós-operatório.

Uma das justificativas que coloca as mulheres como grupo de risco para essa doença está atrelado justamente as questões de sintomas psicológicos, pois segundo Bonomo e Araújo (2009), elas tendem a inibir as manifestações de algumas emoções, como a raiva e a ansiedade, conseqüentemente, isso gera para elas um esforço psicológico maior, com o tempo esse desgaste pode ocasionar um estresse acumulativo e com isso acaba afetando sua pressão arterial, gerando arritmias devido ao aumento da atividade simpática e então, a cardiopatia.

Com isso entra-se novamente na questão de que as emoções podem influenciar o surgimento de uma cardiopatia ou até mesmo ser uma consequência dela. Segundo Bonomo e Araújo (2009), no caso da arritmia, sua origem sob o contexto comportamental se ocasiona pela soma de três fatores, sendo eles: instabilidade elétrica do miocárdio, devido à doença coronariana prévia; um evento desencadeador agudo, normalmente relacionado a estresse mental; e um estado psicológico crônico intenso, como depressão. Ao falar de estresse agudo é necessário dar sua devida importância, pois segundo Junqueira (2015) ele ativa o ramo simpático do sistema nervoso, com isso o corpo reage e libera cortisol e adrenalina no organismo, acelerando os batimentos cardíacos, e se a fonte desencadeadora do estresse não for retirada, ele pode ser acumular no indivíduo e tornar estresse crônico. Por isso, ao se colocar diante de um caso é importante levar em consideração a singularidade do paciente, no caso da pesquisa, da mulher diante o seu contexto histórico e fatores biopsicossociais.

Para analisar melhor a cardiopatia sob uma ótica da psicologia, esta, criou uma área para melhor atuar com a cardiopatia que a cada ano vem aumentando seus números de casos. Esta nova área é a Psicologia cardíaca, que segundo os mesmos autores como principais objetivos o de analisar a capacidade de resiliência em pacientes no pré-operatório e o de promover a reabilitação em pacientes no pós-operatório. E para melhor compreensão de aspectos neurológicos, neuro fisiológicos e neuro anatômicos ligados a cardiopatia, têm-se a neuro cardiologia, esta área, estaria voltada para a medicina, atuando em prol de compreender a relação entre cérebro, coração e sistema nervoso. (JUNQUEIRA; PINA, 2017)

A psicocardiologia é uma área com ênfase interdisciplinar, busca identificar e intervir de modo a reduzir os fatores de risco psicossociais e com isso desenvolver e

fortalecer os fatores de proteção da cardiopatia. Os psicólogos que atuam nesta área agem quando a cardiopatia já está presente, atuando na prevenção secundária, buscando prevenir a morbidade e a mortalidade (SOARES, et al., 2016).

Cardoso (1999) aborda em seu trabalho a importância de pessoas com hipertensão e ou diabetes participarem de grupos de apoio não só informativos, mas também terapêuticos. Segundo a autora, essa prática tende a ser uma rede de apoio para o doente. Além disso, ela afirma que o homem é por natureza um ser relacionável, ou seja, ele se relaciona com o meio o tempo todo, isso faz parte de sua natureza. Com isso, ela denota a eficácia dos grupos de apoio, sendo estes uma ferramenta para uma escuta qualificada e trocas e experiências, possibilitando uma interação voltada para a evolução das singularidades pertencentes do grupo.

Seguindo um ponto de vista humanista, fenomenológico e existencial e partindo de uma Terapia em grupo gestáltica o foco da prática é o de potencializar a consciência do sujeito sobre si mesmo e isso ocorre através da relação com o meio. Levando em consideração o contexto grupal, este objetivo seria alcançado por meio de trocas entre os pertencentes do grupo e do manejo no terapeuta no decorrer dos encontros. Mesmo que esta abordagem dê mais abertura aos participantes do grupo, é necessário que o terapeuta oriente para que a subjetividade deste seja constituída e para que seu objetivo seja alcançado. (CARDOSO, 1999)

Para que esse processo grupal ocorra é importante que o psicólogo trabalhe em conjunto com a equipe de saúde. Entretanto, para esta atuação conjunta é necessário que o profissional em psicologia deixe seu papel claro, pois assim, se surgir resistências com relação ao seu trabalho, ele poderá atuar para com elas. É de suma importância que a atuação do psicólogo seja aceita e compreendida principalmente pelos médicos, pois eles representam a porta de entrada para os integrantes desse grupo, por ser a referência profissional aos doentes e por realizar encaminhamentos. (CARDOSO, 1999)

Levando em consideração o que foi discutido nesta subseção sobre problemas no coração, a seguir será discutido sobre cardiopatia e mulher.

2.3 CARDIOPATIA E MULHER

Segundo Ribeiro et al. (2004), as mulheres estão, de forma contínua, expostas ao estresse e isso as colocam em um risco maior frente as cardiopatias, como as coronariopatias, valvopatias e até mesmo a cardiopatia congênita. Devido suas tantas responsabilidades, as mulheres tendem a ficar mais cansadas e estressadas, o que afeta em sua qualidade de vida, trazendo consequências para o resto da sua vida, colocando-as perante a novos desafios quanto sua saúde.

Ao juntar mulher e coração, torna-se impossível não trazer a questão da simbolização. O coração, por si só, já é um órgão carregado de muitos significados e quando se trata do coração da mulher, isso se torna mais intenso, pois traz consigo o amor, a sensibilidade junto com a identidade da mulher (SHAROVSKY, 2004).

Sharovsky (2004) afirma que ser mulher nesta sociedade é carregar consigo responsabilidades diárias, onde se é pedido uma perfeição, que para a autora seria um fator de risco, já que é impossível conquistar essa perfeição. Essa "corrida" para o ser perfeita pode adoecer a mulher, pois já que ela não consegue conquistá-la, se sente fracassada, com sentimento de culpa e até mesmo vergonha. Quando se trata de mulher com cardiopatia, esses sentimentos tornam-se mais intensos, a mulher se sente culpada por não cuidar de sua própria saúde.

Segundo Sampaio e Grinberg (1996 apud ANDREIS, 2004), uma das doenças que mais acometem a mulher cardiopata é a valvopatia. Os mesmos autores afirmam que 58% dos pacientes que passaram por cirurgia valvar no período de 1991 a 1996, no Instituto do Coração em São Paulo, são do sexo feminino. Os sintomas desta cardiopatia, na mulher não são claros, mas normalmente são: palpitações, dor torácica, dispneia e ansiedade, afirmam os mesmos autores. Com isso, percebe-se a importância de se estudar não só a mulher e a cardiopatia, mas também a valvopatia.

Inicialmente, a mulher diagnosticada com Valvopatia tende a se sentir culpada, perante o fracasso em cuidar de sua saúde, pois considera-se que esta patologia pode ser evitada por meio de diagnóstico e tratamento precoce de processos infecciosos. Além disso, sua detecção é frequente em mulheres jovens, na adolescência até 40 anos. (ANDREIS, 2004).

O próximo passo pós-diagnóstico para com a mulher valvopata é o de aceitação de algumas de suas limitações, que serão consequências da doença e do tratamento. Nesse momento é necessário que ela reconheça e desenvolva suas potencialidades. Para isso, é preciso que a mulher possuía uma rede de apoio vinda tanto da família quanto de uma equipe interdisciplinar da Saúde. Além disso, em casos de intervenção

cirúrgica, quando é feito a troca valvar, é preciso que a mulher esteja ciente de sua escolha, neste momento é de extrema importância que se possível, a família da doente esteja presente. É colocado para paciente duas possibilidades de próteses valvares: a biopróteses, esta, apresenta um risco menor de trombolismo, mas com menor durabilidade e a prótese mecânica, para ela, é necessário o uso de anticoagulante oral, entretanto, pode gerar ruídos e incômodos (ANDREIS, 2004).

Por ser uma cardiopatia que acomete mulheres jovens, ela acaba interferindo no planejamento familiar. Segundo Andreis (2004), a gravidez a estas mulheres é um risco tanto para a vida do bebê quanto a da mulher. A mesma autora afirma que os métodos anticoncepcionais também devem ser mais adequados e adaptados a condição dela. Caso haja gravidez, é preciso realizar o monitoramento em meio ao período gravídico-puerperal, que seria o momento da gestação de risco. Segundo Maneghelo (1994 *apud* Andreis, 2004), em caso de substituição valvar, a orientação dada às mulheres é a de terem apenas 1 filho e que neste caso a própria escolha de prótese da válvula deve ser feita com base no planejamento familiar, caso a mulher deseje a gestação.

Ademais, outra cardiopatia necessária de ser estudada no contexto feminino é cardiopatia congênita. Ribeiro e Ribeiro (2004) afirmam que esta cardiopatia se refere a uma doença estrutural ou funcional do coração, presente desde o nascimento, mas que pode ser descoberta anos depois. Perante a infância, os mesmos autores dizem que muitos não recebem o tratamento e isso pode ocorrer tanto por uma ausência de diagnóstico, quanto pela recusa familiar do tratamento. Mesmo com essas possibilidades, estes autores afirmam que 90% dessas crianças chegam a experimentar a vida adulta.

Existem dois tipos de cardiopatias congênitas, a cianogênicas e as aciogênicas. As primeiras se dão perante as más-formações do coração, há uma mistura do sangue venoso com o arterial, em consequência, a pele recebe uma coloração mais azulada, o que os médicos chamam de cianose, isso pode ocorrer de forma geral ou em extremidades do corpo. São casos graves que podem impedir as crianças de chegarem na vida adulta. Já as segundas são as mais comuns, fazem parte dela: a comunicação interventricular (CIV), a comunicação intra-arterial (CIA) e a persistência do canal arterial (PCA). (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

Ribeiro e Ribeiro (2004) listam algumas doenças na gestação que podem desenvolver essa cardiopatia, as principais são: rubéola, infecção citomegalovírus e o

diabetes melito. Além disso, os autores colocam alguns hábitos maternos que também influenciam no diagnóstico, alguns são: consumo excessivo de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, uso de cocaína e até mesmo uso de alguns medicamentos.

As cardiopatias congênitas que mais são encontradas na vida adulta e mais comum nas mulheres é a comunicação interatrial (CIA). Nestes casos, normalmente indica-se correção anatomofuncional da CIA, isso gera uma melhor qualidade de vida, diminuindo a mortalidade precoce e a morbidade. (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

Grantt (1992 apud RIBEIRO; RIBEIRO, 2004), realizou algumas pesquisas, partindo do ponto de vista emocional e concluiu que em pacientes que foram orientadas de forma corretas, já na infância, obtiveram um desenvolvimento adequado.

No caso de mulheres que não trataram na infância a cardiopatia congênita, percebe-se a soma da doença com outros problemas, como dúvidas quanto sua sexualidade, uso de métodos anticoncepcionais e a gravidez, que na maioria dos casos não é compatível com a saúde da mulher. Além disso, a auto estima entra em conflito ao ter dúvidas quanto a sua capacidade de criar interesse às pessoas que se sentem atraídas. Vale ressaltar, que em casos de intervenções cirúrgicas, a marca no corpo do procedimento desencadeia na mulher maiores dificuldades de aceitação do próprio corpo, este assunto será discutido mais adiante. (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004).

Ribeiro e Ribeiro (2004) realizaram uma pesquisa entre 1993 e 2002 com 178 pacientes mulheres, que passaram pelo processo cirúrgico, na idade adulta. 105 delas possuíam CIA, 51 tinham CIV e 22 outras cardiopatias. Concluíram que em aquelas que foram diagnosticadas com CIA e CIV possuíam diferença relevantes com aquelas que receberam o diagnóstico há muito tempo e aquelas que tinham descoberto recentemente. Este último grupo apresentou maior resiliência e aderência ao tratamento, se recuperando com mais facilidade. Já aquelas do primeiro grupo, que viveram anos com a doença, apresentaram dificuldades na recuperação da cirurgia, apresentando sintomas de insegurança, baixa autoestima, maior dependência de outras pessoas, demonstrando necessidade de cuidados e até mesmo regressão.

Outra cardiopatia muito presente na vida das mulheres é a Doença Arterial Coronária (DAC). Segundo Perez (2004), esta patologia trata-se de uma obstrução das artérias coronárias, estas, possuem a função de irrigação do miocárdio. Seus principais sintomas são a angina e até mesmo o infarto do miocárdio. A prevenção dessa doença estaria relacionada diretamente com o controle dos fatores de riscos.

Esta autora afirma que os fatores de risco para DAC são: dislipidemia, diabetes, tabagismo, obesidade, hipertensão, sedentarismo e algum familiar com histórico de DAC. Além desses, a autora também inclui outros, como fatores hormonais, fatores socioeconômicos, fatores psicossociais e genéticos.

Segundo Balog et al. (2003 apud PEREZ, 2004), um fator que tende a estar presente na vida de mulheres com DAC é a depressão. O autor afirma que é até mais comum a depressão vir a surgir em mulheres com DAC do que naquelas saudáveis. As mulheres apresentam maiores riscos quanto a DAC, pois estão mais propensas aos diversos fatores de risco, por mais que eles sejam muitos, eles são tratáveis e possíveis de serem prevenidos. (PEREZ, 2004).

Perez (2004) aponta uma questão relevante que pode vir a ser tanto risco quanto uma proteção para a mulher, o equilíbrio mente e corpo. Segundo esta autora, o equilíbrio psicossomático garante uma maior capacidade do aparelho psíquico em assimilar os eventos desconfortáveis e com isso gerar uma qualidade de vida rica para o sujeito. Essa assimilação se dá por meio de uma simbolização, que estará relacionada a subjetividade do sujeito. Caso esse equilíbrio exista, a pessoa desenvolverá uma representação rica de sua vida e isso gera uma melhor associação de ideias, melhor nomeação de afetos e organização de suas defesas. Caso isso não ocorra, têm-se uma representação pobre de qualidade de vida, desencadeando distorções na elaboração psíquica de eventos traumáticos. Com esse desequilíbrio, o corpo entra em ação para tentar se retomar em meio ao evento e se mesmo assim, a pessoa não consiga lidar com isso, pode ocorrer as somatizações. A hipertensão é considerada uma somatização, pois já que a mente não consegue simbolizar a tensão, o corpo a vive. (PEREZ, 2004).

Perez (2004) faz uma crítica às tensões que abordam a vida da mulher. Tensões que as colocam ainda mais em zona de risco. Conforme a autora, uma destas principais tensões relaciona-se com o que ela nomeia de feminização da pobreza. Trata-se de mulheres de baixa renda que entram para o mercado de trabalho e que possuem um estresse familiar, como um marido que falha. Sendo assim, a mulher vai trabalhar por necessidade e não por realização profissional, o que gera uma tensão, devido às responsabilidades.

Partindo desta questão, Oliveira e Luz (2004) elaboram seu raciocínio sobre Mecanismos ligando o estresse emocional na mulher a DAC e suas consequências. As autoras afirmam que o estresse emocional gera alterações hormonais, aumento

nas atividades do sistema nervoso simpático e aumento dos distúrbios de coagulação. Estes desencadeiam uma disfunção endotelial, o que pode acarretar uma lesão aterosclerótica ou em DAC. E com isso possibilidades para as seguintes consequências: infarto do miocárdio, angina, angioplastia trans luminal coronária, cirurgia de revascularização do miocárdio e ou arritmia.

Com relação ao estresse emocional, pode-se incluir diversos fatores de riscos dos já citados anteriormente ao longo desta seção, como os múltiplos papéis em que a mulher vem atuando, a má alimentação, a falta de atividades físicas e outros, fatores estes que são responsáveis pelo grande número de mulheres com DAC. (OLIVEIRA; LUZ, 2004).

O diagnóstico de DAC inclui desafios e para mulher esses desafios são maiores, pois ela pode se ver impossibilitada de muitas atividades que antes fazia parte de sua rotina e isso pode gerar sentimentos de medo, ansiedade e depressão. A mulher diagnosticada precisa de uma rede de apoio sucinta que lhe dê as informações necessárias sobre a cardiopatia. Por se tratar de uma doença no órgão que simboliza as emoções mais fortes do ser humano, ele precisa ser cuidado com devida cautela. (OLIVEIRA; LUZ, 2004).

Outra cardiopatia que devido ao número crescente de diagnóstico é importante lembrar é a arritmia cardíaca, esta cardiopatia está atrelada a um estímulo de intensidade maior do que o considerado normal das contrações do musculo cardíaco, ocasionando em um ritmo fora do comum. A arritmia pode desencadear fibrilações, isso ocorre devido uma desordem simultânea entre relaxar e se contrair. É uma cardiopatia considerada de leve gravidade, entretanto, dependendo do contexto e se tratada isolada, pode não vir a ser eficaz, pois ela sofre interferências do externo, como os fatores sociais que alteram os psicológicos, que podem afetar de forma direta para com a arritmia. Além disso, esta cardiopatia pode agravar ou adiantar outros problemas de saúde, como o próprio coração, aumentando a insuficiência cardíaca, por isso, deve-se estar atento aos fatores externos. (SÁNCHEZ, 2007)

Para analisar a evolução desta cardiopatia, muitos médicos têm utilizado o exame de Holter, um eletrocardiograma ambulatorial. Este se baseia em um aparelho e no relatório diário que o paciente fica responsável de preencher, é um formulário, registrando todas as informações solicitadas em meio ao período de exame. Ele é construído com base em 4 colunas, as duas primeiras correspondem ao início e término de cada atividade, a terceira deve ser descrita a atividade em si e a última se

houve palpitações ou outros sintomas. O médico considera este exame base para levar em consideração o ritmo cardíaco de seus pacientes. Este exame contextualiza os sintomas dos pacientes, sendo possível indicar em que momentos eles tendem apresentar emoções que podem acelerar seus batimentos cardíacos e com isso sendo possível entrar em contato com os fatores externos que os afetam. (SÁNCHEZ, 2007)

Muitas mulheres diagnosticadas com cardiopatia passam por um processo cirúrgico. A cirurgia cardíaca gera repercussões para a mulher e seu corpo. Partindo de um ponto de vista psicanalítico, essas repercussões se desencadeiam por meio do narcisismo, e este conceito relaciona-se com o de identidade. O narcisismo está voltado para o amor e satisfação por si mesmo. A Identidade é uma prática, ela vai construindo e se desconstruindo, de acordo com as demandas do sujeito. O narcisismo é base para a fundamentação da identidade, sem ele o sujeito não consegue construir a noção de ego. (CARDOSO, 2004).

O narcisismo primário se fundamenta na primeira infância e com ele surge também o ego ideal do sujeito, Ana Freud explica esse processo da seguinte forma:

No começo da existência o fato de ser acariciado, abraçado e tranquilizado pelo contato cutâneo erotiza diversas partes do corpo e um eu corporal sadio aumenta os investimentos da libido narcísica e simultaneamente favorece o desenvolvimento do amor objetal, aumentando as ligações da criança com a mãe. (FREUD, 1973 apud CARDOSO, 2004)

Com isso, Ana Freud reconhece a importância do papel da mãe como a primeira relação objetal do indivíduo. O primeiro contato por meio da primeira mamada representa uma idealização do sujeito e ele introjeta a sua mãe como um ideal de ser, tornando-se o ego ideal. (CARDOSO, 2004).

Conforme Cardoso (2004), quando ocorre o processo de ego ideal é porque o narcisismo primário foi substituído. Sendo assim, o ego ideal substitui o narcisismo do bebê. Antes ele se via como auto suficiente, porém, com os desconfortos do mundo externo, no presente caso a fome, ele precisou estabelecer contato com o meio, sendo a mãe primordial para esta satisfação. A amamentação e o carinho satisfazem a pulsão do bebê, por isso ele a vê de forma idealizada e a introduz. Entretanto, é válido ressaltar que esse ego ideal age separadamente do ego.

Uma vez experimentado a satisfação, o sujeito não vai querer deixá-la. Porém mesmo com a presença do ego ideal ele continuará a busca da perfeição narcísica. A projeção que ele fez sob si mesmo de ego ideal é na verdade o narcisismo que ele

perdeu na infância, quando ele se via como ideal. Ao projetar um ego ideal em si, o sujeito acaba se afastando de seu ego. Esse afastamento ocorre por meio do próprio ego, de forma inconsciente ele lança resistências para atuarem e afastar a verdade de si mesmo (SEVERO, 2020).

Trazendo essa discussão para o presente contexto, pode-se concluir que o aparelho psíquico do ser humano controla a forma como ele se vê, é por meio do narcisismo que o sujeito constrói a concepção de si. Entretanto, devido as suas relações ele acaba se perdendo de si mesmo. E isso faz parte do ser humano. Acima foi demarcado a relação materna, mas em seguida vem diversas outras relações e com isso reformulações de ideal de ego. As relações influenciam na identidade do sujeito e no caso da mulher, a influência é ainda mais intensa, principalmente com a questão do seu corpo. Este é carregado de signos, que são fundamentados por meio do aparelho psíquico, logo a forma com que a mulher se vê também é uma reconstrução (CARDOSO, 2004).

Segundo Cardoso (2004), no caso de uma mulher cardiopata, tanto jovem quanto idosa, ao passar por um procedimento cirúrgico que de alguma forma deixará alguma marca no corpo resultará em uma crise narcísica dolorosa, pois afeta também sua identidade.

Seguindo este raciocínio, alguns autores fazem alusão à Teoria do Descontentamento. Ela está voltada à ideia de que estar insatisfeito com o corpo faz parte das exigências sociais e culturais de como ser perfeita. Em caso de mulheres cardiopatas essa Teoria ganha grande peso e ainda mais quando se trata de mulheres que estão situações pós-cirúrgicas lidando com a marca no corpo. (DEMARET; LANGER, 1996; GITTELSON et al., 1996 apud CARDOSO, 2004).

Cardoso (2004) afirma que o sofrimento da cardiopatia coloca em questão o afetar o invulnerável, aquilo que estava escondido, protegido. Adoecer o coração enfatiza a relação entre dor e a emoção, conecta o corpo sensorial com o corpo relacional. A mesma autora afirma que operar este órgão resulta em a mulher reconstruir sua imagem corporal, porém, levando em consideração os modelos corporais exigidos pela sociedade. O processo de reconstrução ocorre sob muita repressão, deixando a auto estima da mulher ainda mais vulnerável. Isso ocorre porque ao receber o diagnóstico e a notícia da necessidade de operar, a mesma, de forma inconsciente, concentra sua libido psicológica na parte doente. Juntando esse fato com a repressão, a mulher tende a isolar a parte sintomática de forma tentar

exclui-la de seu corpo, vendo isso como uma possibilidade de melhor se encaixar no modelo de corpo idealizado socialmente.

Além dos fatores psicológicos deve-se levar conta os sociodemográficos, pois no Brasil, por ser um país em desenvolvimento, a qualidade de vida das pessoas está em risco devido ao desenvolvimento demográfico não acompanhar o desenvolvimento socioeconômico. Isto abala a saúde em sua totalidade, porém com as cardiopatas em um maior nível, pois influência de forma direta para sua autoestima e no enfrentamento da enfermidade, pois quanto melhor for a situação financeira, mais eficaz será o tratamento para com a doença. (CARDOSO, 2004).

Falar em estresse emocional, mulher e cardiopatia desencadeia falar também sobre a fase do climatério, que para mulher corresponde a um dos momentos mais complexos de sua vida. Segundo Favarato (2004), esta corresponde a uma transição da fase reprodutiva a fase de não reprodução natural. Esta autora afirma que esse momento gera consequências biopsicossociais na vida da mulher, ela se inicia por volta dos 35 anos e termina por volta dos 65. Sua última fase é demarcada pela menopausa, com a última menstruação, que só pode ser de fato considerada com um prazo de 12 meses sem menstruação. Além disso, a idade considerada para uma menopausa natural seria por volta dos 50 anos, e o período antes da última menstruação, que pode vir a durar até 24 meses e é nomeado como Peri menopausa. (ALDRIGHI, 1996 apud FAVARATO, 2004).

Algumas mulheres conseguem passar pela fase da menopausa de forma tranquila, porém, outras sentem muitas dificuldades em enfrentar este momento. Segundo Favarato (2004), o último caso reflete em uma forma negativa e afirma que estas mulheres tendem a apresentar diversos sintomas, tais como: irritabilidade, ansiedade, depressão e disfunções sexuais, sendo estes sintomas psíquicos. A mesma autora afirma que além destes sintomas, existem outros fatores que fazem parte deste momento e que intensificam as dificuldades para as mulheres. Ela afirma que neste momento também pode ser incluído o fator envelhecimento, a perda dos pais, a saída dos filhos de casa e a dificuldade no relacionamento conjugal, portanto, fatores que fazem parte do contexto familiar.

Caso a mulher na fase do climatério ou menopausa já possua o diagnóstico de cardiopatia é importante estar atento às manifestações psicológicas. Para mulher cardiopata a situação em questão é vista como um fator ainda mais ameaçador, pois gera medo, ansiedade e insegurança frente a estar vulnerável em sua finitude. Isso

ocorre porque o órgão doente é o coração, o simbolismo que ele carrega acarreta respostas emocionais diversas, dificultando no enfrentamento da doença (FAVARATO, 2004).

Friedman e Rosenman (1959 apud FAVARATO, 2004) realizaram um estudo sobre padrões de personalidade e destacaram uma que se relaciona com mulheres e com o desenvolvimento da DIC, uma cardiopatia presente em muitas mulheres na menopausa, a personalidade do tipo A. Esta aborda pessoas que possuem hostilidade, vínculo exagerado com o trabalho e competitividade.

Levando em consideração que esse tipo de personalidade está presente na realidade de muitas mulheres, a questão delas na fase do climatério e a realidade destas com cardiopatia, pode-se dizer que esse momento é encarado como frustrante. É uma fase em que elas podem se deparar com mudanças no papel social e profissional, mudanças na dinâmica familiar, perda da saúde e medo da morte. (FAVARATO, 2004).

A psicanalista Benedek (1950 apud FAVARATO, 2004) faz uma ressalva diante desta frustração feminina, faz uma crítica aos métodos terapêuticos hormonais e questiona sua eficiência quanto aos conflitos emocionais. Mesmo aliviando os sintomas neurodegenerativos, corre-se o risco de a mulher continuar desconfortável, ela afirma que em relação a estes conflitos, é preciso se pautar também em uma psicoterapia adequada. A justificativa seria pelo fato de a mulher em questão estar na terceira-idade, nesta ela tende a buscar a ressignificação da vida, de si mesma e de seus papéis.

Sendo assim, pode-se concluir que climatério e cardiopatia são palavras carregadas de simbologias para mulher. No primeiro caso, o símbolo estaria atrelado à fertilidade e saúde e no segundo ao ser centro da vida e das emoções. Estar na fase do climatério e ter o diagnóstico de cardiopatia pode ter diversos significados, isso será singular e estará relacionado com a identidade da mulher. A forma com que cada uma encarará esta fase significa muito para o seu enfrentamento (FAVARATO, 2004).

Partindo da discussão realizada até então sobre mulher, família e cardiopatia, a seguir será discutido o processo de resiliência da mesma e de sua família diante da doença crônica.

2. 4 RESILIÊNCIA

Devido ao grande número de pessoas diagnosticadas com cardiopatia e outras doenças crônicas, muito tem se falado sobre resiliência. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), as doenças crônicas definem-se por doenças de longa duração e, geralmente de lenta progressão. Nesse diagnóstico não só o sujeito é abalado como também sua família, pois esta é a única capaz de responder de forma positiva as necessidades da vida cotidiana de um paciente cardiopata, mesmo com as adversidades enfrentadas, afirmam Silva et al (2005).

Segundo Silva (2007), resiliência é definida como uma capacidade do indivíduo, ou a de sua família, de enfrentar as adversidades e com isso serem transformados por elas e conseguir superá-las. Para este autor, percebe-se que resiliência é advinda de um processo de ressignificação, pois para ser resiliente é necessário ver o contexto de vulnerabilidade com outro olhar, tornando-se o que era impossível em algo possível. E isso correria através de um manejo das diversas circunstâncias, tanto internas, quanto externas, o que viria de acordo com a realidade do sujeito e de sua família, respeitando sua singularidade.

Uma outra forma de se definir a resiliência é destacada por Silva et al. (2005). Para os autores, ser resiliente é dar ênfase nas potencialidades dos sujeitos e de suas famílias. Com isso, deixaria de lado a visão negativa da cardiopatia e de suas consequências, o que também estaria atrelado a questão de ressignificação das vulnerabilidades para o melhor enfrentamento da doença.

Segundo Santos (2011, p. 14), resiliência tem "sua origem da física e refere-se à capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação". Esta definição relaciona-se também com a de Silva et al. (2005), que afirmam que para ser resiliente é preciso desenvolver capacidade de construir uma trajetória de vida saudável, mesmo com as adversidades. Ambos os autores se apoiam na ideia de qualidade de vida, pois é a partir dela que o sujeito seria capaz de criar uma base para se sustentar diante os momentos de vulnerabilidades. Entretanto, Silva et al. (2005) vão além com sua definição e afirmam que existem três níveis de categorias para resiliência, sendo elas: capacidade do sujeito/ família de manifestar resultados esperados; manutenção de algumas competências; capacidade do sujeito ou da família de recuperar-se das dificuldades, ao longo de sua vida. É válido ressaltar que todas as categorias levam em consideração as adversidades que podem existir durante os ciclos da família e do sujeito.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS apud GIARETTA, 2018), a qualidade de vida está atrelada a percepção do sujeito diante seu posicionamento na vida diante a cultura, seus valores, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Portanto, a forma com que o sujeito se vê e diante da sociedade faz com que ele crie sua própria definição de qualidade de vida, ou seja essa definição é subjetiva e singular, pois cada indivíduo terá sua forma de qualidade de vida, que vai de acordo com sua realidade.

Ademais, outro conceito de resiliência, que também está atrelado ao processo de resignificação é do Carvalho et al. (2007, p.2025), que afirmam que a resiliência está voltada para "superação" de uma dificuldade, possibilitando uma resignificação e ou uma construção de novas possibilidades diante as vulnerabilidades". Resignificar, aqui, partiria de uma perspectiva psicanalítica defendida por Benghosi (2005, p. 102). Para ele resignificar seria "desmalhar e remalhar, desconstruir e reconstruir o laço, entendido como laço psíquico de filiação e afiliação." Partindo desses autores, a resiliência é um processo de equilíbrio entre o "eu" e a família, pois a família está no nível genealógico e o "eu" como sujeito de pertencimentos, com isso, o indivíduo passar a enfrentar as dificuldades por meio dessa desconstrução e reconstrução de si e do outro, de uma forma que busca um equilíbrio em prol de sua saúde e a da do outro.

Além destes autores, Garcia (2001) afirma que a resiliência pode ser dividida em três tipos. Sendo elas: Resiliência emocional, que está voltada para o desenvolvimento do sujeito, focando em suas potencialidades; resiliência acadêmica, foca-se em processos cognitivos como uma possível forma de desenvolver no indivíduo capacidades de ser resiliente; e resiliência social, aqui entra os fatores de proteção, com redes de apoio dando base para o indivíduo e sua família desenvolverem capacidade de serem resilientes. Com isso, partindo dessa definição e das anteriores, a resiliência tem um peso social, que não só depende do sujeito, mas também de sua rede de apoio, como a família e o meio social em que ele está inserido.

Ser resiliente é uma capacidade que todos devem desenvolver, pois é necessário para que o indivíduo consiga ser capaz de enfrentar suas vulnerabilidades. Entretanto, para uma pessoa com doença crônica ser resiliente é ainda mais difícil, ainda mais para quem possui diagnóstico de cardiopatia, pois estes possuem muitas limitações. Restringindo ainda mais, ao pensar nas mulheres, a resiliência é ainda

mais desafiadora, pois ter limitações significa que alguns de seus papéis não poderão ser cumpridos, o que poderá gerar respostas emocionais e somáticas. Com isso, é exigido uma atenção redobrada por parte da família em ajudá-las em seus momentos de vulnerabilidades e juntos enfrentarem da melhor forma a doença.

Segundo Braga (2009), o processo de saúde-doença feminino é fundamentado por meio das desigualdades que a abrangem, tais como: sociais, econômicas e culturais. A mesma autora afirma que as mulheres que estão expostas a condições de vulnerabilidade, são mais prováveis de adoecimento. Levando em consideração esta afirmação, pode-se dizer que como consequência, a capacidade de resiliência destas mulheres acaba sendo diretamente abalada.

Sendo assim, é estritamente necessário que todos, em especial a mulher admita sua vulnerabilidade, sensibilidade ou fragilidade, pois é por meio disto que ela consegue encontrar sua capacidade de ser resiliente e enfrentar a situação problema de forma mais flexível. Portanto, o sofrimento, na dosagem adequada, pode ser considerada uma estratégia diante o enfrentamento. (MILLER, 2006 *apud* BRAGA, 2009)

Quando se toma consciência e responsabilidade do sofrimento é possível encontrar força interior. Para isso, é preciso se comunicar com o passado, se perceber quanto sujeito em evolução, amadurecer suas estratégias de enfrentamento e partindo disto, criar um diálogo com o futuro. (BRAGA, 2009).

Segundo Braga (2009), a esperança é uma possível forma de encontrar forças para a resiliência. É por meio dela que se mantém a expectativa de mudança. É através dela que o sujeito pode se manter forte. A mesma autora também afirma que é preciso existir consciência de que essa esperança não depende somente do sujeito, mas também das circunstâncias externas, como sua rede de apoio.

Outra forma de conquistar, na prática, a capacidade de resiliência é por meio da possibilidade e habilidade de transformar o trágico em cômico. Braga (2009) propõe que nem todos possuem esta habilidade, mas aqueles que possuem, conseguem promover uma dose menor de infelicidade. Além disso, a autora também traz em questão a criatividade humana. Ela afirma que é por meio dela que o sujeito consegue fugir do incômodo, do desconfortável. É um mecanismo que evidencia a singularidade do sujeito, pois permite viajar na própria imaginação. A autora acredita que por meio da criatividade, as pessoas consigam se afastar do sofrimento, quando possível e durante esse afastamento, encontrar bases para enfrentar o incômodo.

Devido às desigualdades, a mulher é um sujeito vulnerável. Entretanto, ela também é um ser humano que detém uma força interior que é capaz de sustentar todos os seus papéis. Ela possui internamente princípio moral e ético, que as auxiliam no enfrentamento de seus problemas, com isso, que as auxiliam em sua capacidade de serem resilientes (BRAGA, 2009).

Com base no que foi discutido acima sobre resiliência e trazendo para a realidade da mulher com Cardiopatia, quais são os possíveis fatores de risco e os de proteção? Pensando nisto, os seguintes itens abordarão estes fatores.

2.4.1 Fatores de risco

Diante da resiliência, é encontrado dois fatores que influenciam na capacidade de se tornar resiliente, um desses dois é o fator de risco. Segundo Pinheiro (2004), levando em consideração o contexto de doenças crônicas, como a cardiopatia, os fatores de risco funcionam como causadores de dificuldades e geradores de problemas familiares. Como exemplos, têm-se: descontrole emocional, a culpa, a irresponsabilidade, falta de diálogo, uso de drogas, violência doméstica, e ausência de redes de apoio. Estes fatores dificultam tanto o sujeito quanto sua família em seus processos de resiliência, afetando e piorando o quadro da doença.

O fato de a cardiopatia ser uma doença crônica, já acarreta diversas consequências para o sujeito e ou sua família, como: modificações no estilo de vida, incapacidade, inabilidade, necessidade de cuidados de saúde e o uso de medicamentos; depressão; medo; desordens respiratórias, musculoesqueléticas e digestivas; e dependência para ações do dia-a-dia. Estas consequências podem ser vistas por alguns sujeitos e ou familiares como fatores de risco, sendo de forma direta ou indireta, isso dependerá do quadro do doente e de como ele constrói sua capacidade de ser resiliente. (SANTOS, 2011).

Noronha et al. (2009) afirmam que condições de pobreza, rupturas na família, violência, experiências anteriores de doença crônica ou aguda no indivíduo ou na família e outras perdas importantes também funcionam como fatores de risco.

Simonetti e Ferreira (2008) afirmam que o estresse é um fator de risco preocupante e necessita uma atenção, principalmente para o grupo de mulheres, pois afeta a doente e sua família e que é gerado conflitos no ambiente familiar. Os autores classificam o estresse como objetivo ou subjetivo. O primeiro relaciona-se a

perturbações que afetam a vida em família, em especial em questões financeiras, os papéis desempenhados na família e as relações com os familiares, amigos e vizinhos. O estresse subjetivo está voltado para sentimentos, de desamparo, sobrecarga, falta de controle, exclusão, vergonha ou incômodo. Ambos, são prejudiciais ao tratamento do paciente e para resiliência de si e da sua família, principalmente aquelas em que a comunicação não seja funcional e saudável.

Segundo Carvalho (2004), pouco são os estudos sobre cardiopatia e mulheres, incluindo os fatores de risco. Entretanto, de acordo com a mesma autora e tomando como base os estudos já realizados, ela concluiu que as mulheres apresentam um índice alto de ansiedade e ou depressão no pós-infarto, um número muito alto comparando-se aos índices dos homens. Um dos maiores motivos para este índice está relacionado à presença de mulheres no mercado de trabalho. Isso as deixam em vulnerabilidade quanto a sua saúde, pois com o trabalho, somam-se as responsabilidades. E com isso, elas acabam sendo vítimas de doenças que antes eram vistas como "doenças masculinas".

Um fator relevante de se levar em consideração quando se analisa a depressão é o ambiente. Pacientes que estão internados em hospitais são mais propensos à depressão do que aqueles pacientes ambulatoriais. Esses quadros são mais intensos quando se trata de pacientes em pré ou pós operatório (CARVALHO, 2004).

A depressão pode ser compreendida de diversas formas, para compreendê-la é necessário ir além de questões medicamentosas e sim tentar entender o conflito interno que se passa com o sujeito. No caso do coração, um órgão carregado de simbologia, ele em si pode tornar-se um fator de risco para a mulher cardiopata, pode desencadear a depressão ou intensificá-la. A utilização de somente medicamentos para lidar com a depressão pode ser ineficaz e ser um obstáculo para o sujeito trabalhar consigo os questionamentos e ressignificações necessários para o momento em questão. (CARVALHO, 2004).

Quando a cardiopatia é diagnosticada em uma mulher jovem, a mais comum entre elas é a valvopatia e os fatores estressantes devido a doença podem ser: troca e retrocas de válvulas, ajustes complicados, repercussões na vida familiar e questões sobre a maternidade (que pode ser de grande risco, dependendo do caso). Se o diagnóstico for para uma mulher na meia-idade, uma das possíveis cardiopatias nesta idade pode ser a DOC, e isso coloca muitas mulheres em necessidade de realizar procedimentos cirúrgicos arriscados, gerando estressores relacionados com a sua

própria vida. Já no caso de diagnósticos em Idosas, pode acarretar estressores como sua idade e com isso declínios na capacidade funcional e luto, podendo até ser patológico, dependendo do quanto a determinada perda simboliza para mulher. (CARVALHO, 2004).

De acordo com Santos (2011), mesmo com diversos exemplos do que poderia ser considerado ou não como fator de risco, é preciso levar em consideração a singularidade do sujeito, pois o que pode ser intolerável pra um, pode ser tolerável para o outro e isso está atrelado com a tolerância a frustração de cada indivíduo. Com isso, a autora enfatiza os fatores de risco como sendo aqueles que surgem como "obstáculos individuais ou ambientais, aumentando a vulnerabilidade do sujeito ter resultados negativos em seu desenvolvimento" (SANTOS, 2011, p. 21). Portanto, fator de risco é tudo o que coloca em risco o processo de resiliência e com isso a saúde do sujeito e de sua família.

2.4.2. Fatores de proteção

O outro fator que influencia na capacidade de resiliência, são os fatores de proteção. Segundo Rutter (1985, p. 600) estes fatores "modificam, melhoram, ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de 'desadaptação'". Ou seja, eles auxiliam no processo de resiliência do sujeito e seus familiares. O autor ressalta que a função destes fatores é mais o de modificar as respostas em situações de vulnerabilidade do que ajudar diretamente o desenvolvimento normal do sujeito. Portanto, ele pode não ter seu devido efeito na ausência de um estresse.

Elsen, Lancharieté e Silva (2003 apud SANTOS, 2011) definem estes fatores seguindo a mesma linha de pensamento. Afirmam que os fatores de proteção protegem o sujeito, amenizando ou neutralizando os efeitos negativos dos riscos, facilitando o processo de resiliência, para o melhor enfrentamento da doença, tanto para o doente, quanto para seus familiares.

Segundo Noronha et al. (2009), os fatores de proteção possuem quatro funções principais: o de reduzir impactos os riscos, reduzir as reações negativas em cadeia, estabelecer e manter a autoestima e a auto eficácia e criar possibilidades para reverter efeitos estressores.

Além disso, Carvalho et al. (2007) afirmam que existem dois grupos de fatores de proteção: pessoais e recursos do ambiente, porém o último grupo ela subdivide em

2, com isso, segundo a autora, os fatores de proteção possui três classes. A primeira relaciona-se aos atributos posicionais das pessoas, o segundo, aos laços afetivos do sistema familiar e outros contextos que dão suporte necessário em momentos de estresse e o terceiro, que se relaciona aos sistemas de suporte social que forneçam competência e determinação individual e um sistema de crenças. Vale ressaltar que este modelo se pauta no fato do ser humano ser biopsicossocial, por isso abordando os três contextos.

Já Santos (2011) apoia-se em três classes de fatores de proteção. Sendo eles: características pessoais das pessoas, incluindo enfrentamento cognitivo e aceitação da doença; relações afetivas no sistema familiar ou outros contextos; e suporte social. Esta autora também leva em consideração o sujeito como biopsicossocial.

Além destes fatores, Carvalho (2004) faz menção à depressão, atuando de forma indireta como um fator protetor. Segundo esta autora o adoecimento do coração possui uma relação direta com a depressão, pelo fato de ser um órgão com grande simbolização. Entretanto, quando essa depressão ocorre como consequência da doença e se, somente se, a mulher conseguir reconhecer o valor psíquico da depressão, poderá resultar em um manejo produtivo da mesma, pois auxiliaria na interação e na reelaboração da sua subjetividade, que devido ao diagnóstico da cardiopatia, estava fusionada.

Por fim, é preciso ressaltar a importância do acompanhamento e apoio da equipe interdisciplinar que esta possua um psicólogo. A presença deste na equipe facilita uma possível elaboração e expressão de angústias e conflitos da mulher cardiopata e de sua família (ANDREIS, 2004)

Levando em consideração os fatores de risco e os de proteção, o próximo item visa discutir as possíveis forma de enfrentamento da mulher cardiopata.

2.4.3. Enfrentamento

Diante a tantos desafios colocados a paciente e a sua família, como se dá o enfrentamento dos mesmos frente às consequências da cardiopatia? De muitas formas, pois é preciso levar em consideração a subjetividade e a singularidade dos mesmos e isso influencia de forma direta em seu modo de agir para com estes desafios. Santos (2011) reforça a importância de se levar isso em consideração, porém ela também enfatiza a questão social, como as redes de apoio, que vão além

da família, pois essas redes ajudam a paciente e sua família. Ademais, essas redes de apoio podem ser um fator de proteção, mas também podem ser de risco, o que definirá isso será o manejo que essas redes realizam.

Segundo Santos (2011), a principal rede de apoio, além da família, seria o Sistema de Saúde ao qual o paciente faz parte. É por meio da promoção da resiliência que o sistema de saúde poderia auxiliar no enfrentamento do paciente e da família. Para a autora, esta rede pode auxiliar na amenização dos fatores de risco e estimular os fatores protetores. Isto pode ser feito por meio de uma equipe multiprofissional, ela atuaria junto com a família e com a paciente para assim se ter uma maior aderência ao tratamento e o resultado ser eficaz.

Silva (2007) relata três fatores que são responsáveis para a promoção da resiliência: visão de desafio, vínculos afetivos e sentido de propósito no futuro. A equipe multiprofissional deve atuar junto com a família e com a paciente, levando em consideração sua singularidade e seu contexto social e seu histórico genético. Com isso, ela parte destes três princípios para desenvolver a capacidade de resiliência, seria uma forma de ajudá-los ressignificar o momento em que estão passando, fortalecendo suas potencialidades.

Araújo et al. (1998) realizaram uma pesquisa com pacientes com hipertensão arterial e suas famílias e foi constatado por eles que as principais demandas destas famílias era de melhora na ansiedade, informações, apoio, estar próximo do paciente e solidariedade. Muitas famílias se sentem incapazes de prestar apoio para a pessoa doente devido a estas demandas, possuem também dificuldades em se adaptar às mudanças. O autor afirma que a falta flexibilidade nas mudanças de papéis, pouca capacidade para decisão e inabilidade para aceitar ou receber ajuda, este que parte da paciente, podem prejudicar a família e a paciente quando ao enfrentamento da enfermidade. Partindo disso, a equipe multiprofissional auxilia na construção de uma base para a família e a paciente ser resiliente e poder enfrentar a doença da melhor forma.

3 MÉTODO

3.1. TIPO DE PESQUISA

Para a presente pesquisa foi utilizado o método de estudo de caso, que conforme proposto por Gil (2002) é uma modalidade de pesquisa usada de forma ampla para estudos das ciências biomédica e sociais. Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética de Direitos Humanos da Universidade de Taubaté-UNITAU, sendo seu Número do Parecer: 2.600.274.

O método de pesquisa de estudo de caso, segundo Fonseca (2003 *apud* GERHARD; SILVEIRA, 2009) tem a característica de estudar uma pessoa ou um caso e visa também aprofundar o como e por que de determinada situação, investigando o que há de mais relevante e característico em cada uma delas. Ainda, o estudo de caso pode ocorrer de forma interpretativa a fim de compreender o ponto de vista dos participantes sobre um evento particular.

O propósito da utilização do método em questão tem o objetivo de, conforme proposto por Gil (2002), explorar as situações da vida real dos participantes e preservar o caráter unitário do objeto estudado.

O método de estudo de caso foi escolhido para a pesquisa, pois permite que o estudo do processo de resiliência e enfrentamento da cardiopatia sejam mais detalhados e possibilite a elaboração de hipóteses como resultado. De acordo com Alves-Mazotti (2006 *apud* GERHARD; SILVEIRA, 2009), o método de estudo de caso pode ser conduzido de forma individual ou de maneira simultânea, envolvendo vários participantes.

Esta pesquisa foi exploratória, e de acordo com Gil (2002, p. 41) este método tem como " objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir mais hipóteses." Busca-se o aprimoramento das ideias acerca do tema pesquisado e por meio do estudo de caso e instrumentos utilizados, possibilite a compreensão dos vários aspectos relativos à experiência prática dos casos.

A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa para a análise e interpretação dos dados coletados, cujo objetivo é levantar dados comparativos de mulheres que possibilite a compreensão e análise do processo de resiliência e enfrentamento da cardiopatia a partir de um aprofundamento do tema pesquisado.

De acordo com Minayo (2001 apud GERHARD; SILVEIRA, 2009), a pesquisa de abordagem qualitativa se interessa pelos dados que não são quantificados e sim pelos significados, motivos, valores e crenças que revelam o aprofundamento das relações.

3.2. ÁREA DE REALIZAÇÃO

O estudo foi realizado em duas cidades do Vale do Paraíba.

3.3. PARTICIPANTES

Para a pesquisa foram convidadas quatro participantes mulheres, caracterizadas por uma amostra da população que possui algum tipo de cardiopatia. As características relevantes e específicas para a seleção da amostra consistiram em: 1) participantes mulheres; 2) as participantes deveriam ter idade igual ou maior que 18 anos; 3) o grau de instrução foi indiferente; 4) possuir algum tipo de cardiopatia e estar em tratamento ou já ter se submetido à tratamento.

As participantes foram convidadas a partir de indicação e técnica de amostragem bola de neve. Para Vinuto (2014), a amostragem bola de neve consiste em uma forma de amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referência. Desta forma, para iniciar a pesquisa, a participante foi localizada primeiramente a partir de indicações de terceiros e na entrevista foi solicitado a participante que indicasse contatos de sua rede pessoal que estivessem enfrentando o mesmo tipo de situação que ela, a fim que a rede de amostra crescesse. A pesquisa não foi realizada dentro de instituição.

3.4 INSTRUMENTOS

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados: Escala de Resiliência de Wagnild e Young (Anexo A), Entrevista semiestruturada (Apêndice A) e a técnica projetiva do Desenho-Estória com Tema, cuja análise foi proposta por Godoy e Oliveira (2016). Os instrumentos serão descritos a seguir.

A- A **Escala de Resiliência de Wagnild e Young (PERIM ET AL, 2015)** é um dos poucos instrumentos que medem níveis de adaptação psicossocial frente a eventos de vida importantes. Em consenso, a escala indica capacidade de discriminar vários atributos relacionados a resiliência. De acordo com Pesce et al. (2005) trata-se de um instrumento que avalia 25 itens por escala Likert de 7 pontos que visa medir os níveis de adaptação psicossocial frente a eventos importantes da vida. A partir dos itens avaliados, cinco componentes são identificados como fator para a resiliência, sendo: autossuficiência, este, está relacionado ao nível de independência do sujeito; sentido de vida, quanto mais claro isso for para o sujeito, maiores são os índices para capacidade de resiliência; equanimidade, que relaciona-se a capacidade do indivíduo em manter seu estado de humor; perseverança, atrelado ao sentido de persistir; e singularidade existencial, que está voltado para o índice de autenticidade do sujeito.

Segundo Oliveira e Machado (2011), esta escala é um instrumento que torna possível a avaliação da percepção do indivíduo sobre si mesmo, se ele se vê como uma pessoa capaz ou não de enfrentar eventos difíceis e ou imprevistos, de forma que consiga ser perseverante, positivo em relação a imagem de si e ainda ter autonomia. Devido essa capacidade de avaliação, esta escala foi escolhida, para ser possível de analisar as possíveis características nas mulheres participantes desta pesquisa. Se estas características forem percebidas pelas mulheres, indica uma possibilidade para a capacidade em serem resilientes (Anexo A)

B- A **entrevista semiestruturada** proporciona flexibilidade ao entrevistador para formular questões que favoreçam o aprofundamento das ideias acerca do assunto. Esse tipo de entrevista é umas das técnicas que, segundo Gil (2002), é mais utilizada em pesquisas de estudo de caso, pois torna-se possível uma análise mais profunda sobre o fator a ser estudado. Por isso, foi escolhida como instrumento desta pesquisa, sendo direcionada, mas ao mesmo tempo flexível, respeitando a singularidade e a história de cada mulher participante (Apêndice A)

C- A **técnica projetiva do Desenho-Estória com Tema (GODOY; O) LIVEIRA, 2016)** é um procedimento de uma extensão do Desenho-Estória. Este foca na compreensão da dinâmica psíquica do sujeito, possuindo características como: utilização de associação livre; foco nos aspectos inconscientes da personalidade; uso de meios indiretos de expressão; utilização de análises próprias de técnicas projetivas; observação livre ampliada; e vista como uma extensão dos instrumentos de entrevista semiestruturada e não-estruturada. O objetivo é que a participante faça um desenho

relacionado ao tema proposto pelo pesquisador e em seguida conte uma história relacionada ao desenho. (TRINCA; TARDIVO, 2000)

Desse modo, a orientação dada às participantes desta pesquisa foi: "Desenhe uma mulher no enfrentamento da cardiopatia no seu dia a dia". Após a realização do desenho, foi solicitado à participante que contasse livremente uma estória sobre o desenho. "Agora você pode contar uma estória sobre seu desenho e depois atribua um título a sua estória". Assim como na técnica do desenho livre, caso fossem necessários esclarecimentos acerca da estória ou do desenho poderia ser realizado um inquérito.

Esta técnica fora escolhida com o objetivo de compreender e explorar os sentimentos das mulheres participantes em relação à cardiopatia.

A entrevista foi gravada em áudio, transcrita para a realização da análise de dados. Após as transcrições, as gravações foram apagadas (Roteiro de entrevista- Apêndice A). Entretanto, todo o material utilizado na presente pesquisa será guardado por 5 anos.

3.5. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Gil (2002) propõe que em uma pesquisa, obter dados mediante procedimentos diversos é bastante relevante para assegurar a qualidade dos resultados obtidos. Nesse sentido, os dados devem ser provenientes da convergência ou divergência obtidas nos procedimentos aplicados.

Os dados necessários para pesquisa foram coletados em um encontro com cada participante, com tempo estimado de 1 hora e meia, entretanto, se a participante se sentisse cansada e desejasse, a coleta poderia ser dividida em dois encontros. Vale ressaltar que as participantes desta pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) para assim a realização da pesquisa. Os dados foram coletados de maneira individual, na residência da participante, em data e horário previamente acordados.

Os dados foram coletados na seguinte ordem: primeiramente foi aplicada a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (PERIM ET AL, 2015). Em seguida foi realizada a entrevista semiestruturada, sendo que esta foi gravada com a permissão das participantes, e tinha como objetivo investigar e aprofundar a compreensão acerca dos riscos e desafios vivenciados pela paciente, identificar os fatores de proteção e

compreender o papel da família do paciente no enfrentamento da cardiopatia. Na sequência foi aplicada a técnica projetiva do Desenho-Estória (D-E/T), com objetivo de compreender e analisar a representação simbólica do enfrentamento da cardiopatia da paciente.

3.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS

A análise foi feita a partir da análise e integração dos dados levantados na Escala de Resiliência de Wagnild e Young, entrevista semiestruturada e representação da técnica projetiva do desenho.

Para avaliação da escala foi utilizada a proposta de Perim et al. (2015). Segundo estes autores, para a análise da Escala de Resiliência de Wagnild e Young, é preciso se basear na soma das respostas do itens, estes, foram respondidos pelas participantes, em um auto relato, modelo Likert de 1 a 7, sendo que 1 ela discorda totalmente com dada situação e ou afirmação; 4 ela não concorda, nem discorda e 7 ela concorda totalmente. Em seguida, com a soma dos itens foi realizada a interpretação do resultado. Os escores variam entre 25 e 125, o que significa um menor ou maior grau de resiliência de acordo com a pontuação obtida. Os escores até 125 revelam baixa resiliência, escore entre 125 e 145 indicam resiliência média para o indivíduo e o escore acima de 145 revelam alta resiliência.

Perim et al. (2015) afirmam que a Escala de Resiliência de Wagnild e Young se baseiam em 5 fatores para formular os 25 itens presentes na escala. O valor máximo para se pontuar em cada fator é 35 pontos. O fator 1 é o de autossuficiência, este, analisa a capacidade do sujeito de viver de forma independente e autônoma, corresponde aos itens: 2, 9,13,18 e 23; o fator 2 relaciona-se ao sentido de vida, quanto maior a pontuação, mais sucinto é para o sujeito o seu existir, corresponde aos itens: 4, 6, 11, 15 e 21; o fator 3 é capacidade do indivíduo de equanimidade, ou seja a capacidade de manter os ânimo em equilíbrio, com pouca alteração e corresponde aos itens: 7, 12, 16, 19 e 22; o 4 analisa a capacidade do sujeito de perseverança, de persistir e os itens correspondentes são: 1, 10, 14, 20 e 24; e o fator 5, este corresponde a capacidade do indivíduo de exercer singularidade existencial, portanto, de viver de forma autêntica que faça parte de seu ser, fazem parte os itens: 3, 5, 8, 17 e 25.

Para análise de cada um dos fatores foi levado em consideração o escore total de cada um, lembrando que a resposta máxima em cada item é o 7. Este valor foi multiplicado pelo número correspondente de itens de cada fator e em seguida foi feito a comparação do escore pontuado de cada fator, de cada participante com o escore total de cada fator. Quanto mais próximo resultar a pontuação total da participante da soma total dos itens do respectivo fator, maiores são as chances de ela resultar em um alto índice de representatividade daquele fator e elevada capacidade de resiliência

A entrevista compreende uma técnica envolvendo duas pessoas em interação "face a face", permitindo uma relação mais estreita aos envolvidos. Richardson (2012) afirma que para a pesquisa social esta técnica é fundamental para desenvolver resultados satisfatórios. Com o objetivo de obter uma análise qualitativa dos dados, a entrevista deve considerar os aspectos mais relevantes acerca do enfrentamento da cardiopatia. Para a realização da análise dos dados obtidos através das entrevistas foram utilizadas as técnicas qualitativas do método da análise de conteúdo. Tais técnicas são explicadas por Campos (2004) como um conjunto de técnicas de pesquisa que investiga o sentido ou sentidos de um documento e é realizada por meio de três fases: Pré análise, Categorização e Interpretação. A fase da pré análise é composta pela organização do material a ser analisado de forma a torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais. A segunda fase diz respeito à exploração do material coletado com a definição de categorias, e é considerada uma etapa central, visto que permite ou não a abundância das interpretações e inferências. E a última fase, se refere à interpretação do material.

O procedimento de análise de dados do Desenho-Estória com tema se baseou no termo projeção. Esta técnica permite uma análise mais profunda sobre a vida psíquica do sujeito, ele afirma que as criações realizadas permitem aos avaliadores acesso a uma amostra válida e confiável do modo da pessoa se ver e de sua personalidade. Além disso, esta técnica se enquadra as Técnicas expressivas, estas, possibilitam que o participante coloque sobre a história e desenho traços de sua personalidade. Permite uma exploração ampliada sobre a personalidade do participante (PINTO,2014).

Na presente pesquisa, para a análise do Desenho-Estória com tema foi utilizado referencial de análise elaborado por Godoy e Oliveira (2016), com base no referencial original de Trinca de (1987) e nos referenciais de estrutura e dinâmica familiar de Cerveny (2011) e Cerveny e Berthoud (2010). O referencial de Análise

Sistêmica do Desenho-Estória, proposto por Godoy e Oliveira (2016) possui as seguintes categorias: Atitudes Básicas, Figuras Significativas, Sentimentos Expressos, Necessidades e desejos, Contexto Familiar, Estrutura Familiar e Valores Familiares.

De acordo com as autoras, a categoria *Atitudes Básicas*, diz respeito à relação que o protagonista da história tem consigo mesmo e com o ambiente. A categoria *Figuras Significativas* refere-se a rede social do protagonista e aos demais personagens da sua história, considerados como figura significativa

Sentimentos Expressos trata de aspectos afetivos que são manifestados pelo protagonista, sendo que esses sentimentos podem ser positivos, como amor e alegria ou negativos como a raiva e a solidão.

A categoria *Necessidades e desejos* se refere a motivação do protagonista e de acordo com Godoy e Oliveira (2016) são divididos em três itens: necessidades e desejos primários que diz respeito às necessidades humanas como afeto e cuidado; necessidades e desejos construtivos que são as necessidades mais evoluídas do indivíduo como necessidade de cura, de realização, de autonomia e crescimento e; necessidades e desejos destrutivos que diz respeito ao desejo de retaliação, separação e vingança.

A categoria *Contexto* possibilita a compreensão do que influencia as ações do protagonista na história a partir da identificação do ambiente em que o protagonista está ou vivencia sua história.

Estrutura Familiar são dados que revelam a configuração familiar. Entretanto, a categoria *Dinâmicas Familiares* revela de que maneira a família funciona e os motivos que favorecem tal funcionamento e relações de poder. Já a categoria *Valores Familiares* diz respeito aos aspectos e ideologias da vida que são passados aos componentes do grupo. A categoria *Padrões Interacionais* revela a forma de interação dos membros familiares.

Estas categorias foram a base para analisar o desenho a história das participantes. Foi feita uma análise individual de cada categoria sobre o desenho e a história e em seguida uma análise global sobre ele.

4 RESULTADOS

Para apresentação dos resultados da presente pesquisa, foi adotado como método uma demonstração caso a caso.

Como citado anteriormente, foram utilizados três instrumentos para coleta de dados para assim ser possível a compreensão dos casos em estudo. Os casos serão apresentados de acordo com cada instrumento aplicado, seguindo a seguinte ordem: Apresentação da participante, resultados da Escala de Wagnild e Young, apresentação das categorias da entrevista semiestruturada e análise do Desenho-Estória com tema.

Os dados da Entrevista Semiestruturada serão apresentados categoricamente. A primeira categoria trata dos sentimentos das participantes frente à cardiopatia; a segunda aborda os principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata; a terceira tem como objetivo identificar os fatores de proteção; a quarta se sustenta na compreensão do papel da família da mulher no enfrentamento da cardiopatia e a quinta e última busca saber se as participantes participam ou já participaram de grupos de apoio à cardiopatia e o que pensam sobre isso.

Além disso, para não expor de forma direta nenhuma participante, e pensando no respeito ético a elas, não serão utilizados seus nomes. Sendo assim, serão apresentadas como “A”, “B”, “C” e “D”.

Sendo assim, o quadro abaixo (quadro 1) realizará uma apresentação inicial das participantes da presente pesquisa.

Quadro 1: Informações sobre as participantes

Apresentação das participantes					
Participantes	idade	Cidade	Estado Civil	Filhos	Ocupação
A	22	Caçapava	Solteira	Não	Estudante
B	49	Taubaté	Viúva	Sim\2	Estudante
C	25	Taubaté	Solteira	Não	Estudante
D	24	Taubaté	Solteira	Não	Estudante e empresária

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa

4.1. CASO A

A possui 22 anos, é solteira, não tem filhos, mora em Caçapava e é estudante. Com 17 anos recebeu o diagnóstico de arritmia cardíaca, o que segundo ela seria desencadeado devido ao estresse com o momento em que estava passando, portando, questões emocionais.

Durante esse tempo a cardiopatia evoluiu, mas A nunca precisou tomar medicamento específico e faz acompanhamento médico anualmente. Em sua família o histórico de cardiopatia mais próximo é o de sua tia, que também possui arritmia cardíaca e de 3 irmãos de sua avó, que morreram devido infarto do miocárdio.

Atualmente moram com A, a sua mãe, sua avó e um tio.

- Escala de Resiliência Wagnild e Young.

A pontuação máxima e total desta Escala é a de 175 pontos e a pontuação máxima em cada fator é 35.

A participante A apresentou um score total de 152 pontos, indicando alta resiliência.

No fator 1, que representa a capacidade de autossuficiência, portanto, que mede o nível de independência do sujeito, ela obteve 33 pontos, sendo assim apontando alta pontuação, demonstrando alta capacidade neste índice.

No fator 2, que representa a capacidade de se ter um sentido de vida claro, a participante obteve 31 pontos, indicando bom do sentido de sua vida.

Quanto ao fator 3, que se relaciona à equanimidade, ou seja, a capacidade do sujeito em manter o seu humor estável, a participante apresentou um score de 26 pontos, representando uma boa habilidade neste quesito.

O fator 4 representa a capacidade de perseverança, A obteve 30 pontos, mostrando uma alta capacidade neste fator.

Por fim, o fator 5 representando a singularidade existencial, que se relaciona a capacidade do sujeito em viver de forma autêntica, exercendo sua singularidade. Aqui, a participante obteve a pontuação 32, demonstrando uma habilidade alta quanto a este índice.

- Entrevista Semi Estruturada.

Para apresentação dos dados da Entrevista será realizada a exposição em 5 categorias, sendo elas: sentimentos frente à cardiopatia; principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata; identificação dos fatores de proteção; o papel da família no enfrentamento da cardiopatia; e participação em grupos de apoio.

Categoria 1: Sentimentos frente à cardiopatia

Quando questionada sobre seus sentimentos frente à cardiopatia, A disse que sente **medo** do seu coração não aguentar, que as palpitações que ela sente já a deixam em alerta quando ao seu coração. A denotou ter **precaução** quanto aos sintomas e disse que busca exercer o autocontrole emocional, pois segundo ela, sua cardiopatia teve origem de estresse.

A comentou que sente **desconfortável** quanto às dores e que queria que fosse diferente, pois é uma dor intensa. Ela colocou como exemplo quando ela corria, ao desacelerar seu coração palpitava. Entretanto, mesmo com as dores, A informou que não deseja parar, no sentido do autocuidado, que sempre buscará se atentar quanto a sua saúde.

No final da entrevista, A comentou que este foi um momento em que ela pensou em muitos fatores que nunca havia pensado e que achava isso bom.

A seguir serão colocadas falas de A que ilustram os dados apontados acima.

Fala 1: *“Então quando vinha assim, uma situação de estresse, já ascendia um alerta, uma preocupação de que pudesse desencadear uma crise”*

Fala 2: *“Em relação a isso ... Eu acho que a fala. Eu acho que eu me preocupo muito, antes mesmo que aconteça, que ataque, eu já tô me precavendo, sabe? ‘Nossa, isso vai atacar minha arritmia’; então tem alguns hábitos que eu paro de fazer.”*

Fala 3: *“A precaução. Evitar lugares que me assustam. Eu acho que o susto é o pior deles assim, que aí a gente realmente não tem controle, né, ataca na hora”*

Fala 4: *“Mas esse desacelerar, essa pontadinha, você para de respirar porque tá doendo o peito, é super desconfortável. É muito desconfortável. Então cê não quer sentir, né?”*

Categoria 2: Principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata

Quanto aos riscos, A contou que possui **dificuldade no auto controle** de suas emoções e isso afeta a saúde de seu coração, gerando as palpitações. Ela deu um foco em situações de perigo, como sustos, disse que com o diagnóstico de sua

cardiopatia, ela passou a ter **medo de se assustar** e de seu coração não aguentar. Com isso, ela passou a prevenir essas situações. Além disso, A se queixou de **estresse e ansiedade**, com relação aos seus afazeres diários.

A também se queixou de **palpitações no coração**, que desencadeariam dores e citou como exemplo os momentos de atividade física.

Abaixo serão colocados falas de A que demonstram os fatores indicados acima.

Fala 1: “*Então se eu começar a ter uma rotina de exercício muito rápida, eu sei que vai aumentar o taquicardia, vai aumentar a pressão cardíaca. Então se eu parar de uma vez, é essa a sensação que eu tenho, que se eu parar de uma vez, vai atacar porque eu desacelerei.*”

Categoria 3: identificação dos fatores de proteção

Com reação aos fatores de proteção, A **pratica atividades físicas** e possui uma **alimentação saudável**, com relação a este último quesito, A disse que já tinha esse hábito antes do diagnóstico, mas que depois deste, ela passou a atentar-se mais. Quanto às atividades físicas, isso também ocorria, entretanto, quando ela recebeu o diagnóstico, estava um tempo sem praticar e com isso ela disse que ficou com medo da doença ter ocorrido pela falta de exercícios, e com isso, voltou com as práticas, fazendo academia com **acompanhamento de profissional e de um médico específico**.

A possui **consciência de sus limites** e busca constantemente **equilíbrio** quanto à prática de atividades físicas. Reconhece que a cardiopatia a coloca diante de limites quanto algumas práticas e respeita seu corpo.

Além disso, devido à **preocupação com a evolução de sua cardiopatia**, A faz acompanhamento anualmente com médico cardiologista, realizando os exames necessários para analisar sua doença.

Para dar base a fala aos dados discutidos acima, teve-se como base as seguintes falas.

Fala 1: “*De começo, eu acho que eu comecei a me alimentar ... eu já me alimentava bem, mas eu acho que eu comecei a me alimentar melhor, né. Não que eu pensava na alimentação, ‘ah, vou procurar alimentos que beneficiem’, não. Simplesmente me alimentava melhor.*”

Fala 2: “*E quando saiu o diagnóstico, eu não praticava nenhuma atividade física. Então talvez eu tivesse enfiado na minha cabeça, eu encuquei, ‘nossa, eu parei*”

de fazer atividade física; se eu não tivesse parado, talvez isso não tivesse acontecido.”

Fala 2:” saber da evolução. De ter essa probabilidade de eu ter que realmente que tomar remédio. Porque eu sou uma negação pra tomar remédio. Então é uma coisa que preocupa, o coração né, é um órgão só que a gente tem né, então preocupa muito”

Categoria 4: O papel da família no enfrentamento da cardiopatia

Quando A recebeu o diagnóstico de arritmia cardíaca ela estava **sozinha**. Afirma que sempre foi **independente** e que nesse momento não seria diferente. Quando A foi diagnosticada, ela estava terminando um curso técnico, portanto, ela estava realizando seu Trabalho de Conclusão de Curso-TCC, o que segundo ela foi um momento estressante, que lhe gerou a cardiopatia.

A comentou que sentiu e sente a **falta do apoio da mãe**, disse que ela se preocupa, mas não a apoia, como A desejaria. Além disso, A disse que nunca havia parado para pensar na importância de sua família para ela. Disse que eles **se preocupam**, mas que seu diagnóstico não mudou suas vidas. A comentou que sobre casos em que sua família não a deixavam em situação de estresse emocional, pois tinham **medo** de que algo ocorresse com A. quando A contou para eles sobre a cardiopatia, eles começaram a se questionar do porque ela possuir a doença, se eles também possuíam, se era cardiopatia delicada. Segundo A, fizeram comentários demonstrando preocupação e comparando ela com outras pessoas da família para entender o motivo de ela ter adquirido a doença. Ademais, A comentou se queixou do medo de que o diagnóstico não fosse uma perda para ela nem para seus familiares, mas afirmou que não quer causar preocupação para eles.

A comentou que o momento mais difícil da vida dela fora a morte de seu primo, ela não explicou o motivo, mas comentou que quando isso ocorreu foi um momento de muitos desconfortos causados pelas dores no coração.

Abaixo serão postas algumas falas de A que pontuam o que foi apresentado anteriormente.

Fala 1: *“Eles ficam preocupados. Minha mãe é mais tranqüilona. Mas quando eu falo, ‘ai, cê tá me assustando’, ela para”*

Fala 2:” *Ah, eu nunca parei pra pensar. Eu acho que a gente é tão assim, né! Ah, então vamos lá... – Risos. Que se dane, se deu alguma coisa. Mas eu nunca parei pra pensar de verdade. Eu nunca parei pra pensar. Eu acho que é tranquilo. Eu acho que acaba sendo mais importante pelo fato de a gente não querer sentir a dor, né, de se preocupar, de não querer tomar o susto da perda por exemplo. Então a gente se preocupa um pouquinho mais com eles”*

Fala 3:” *Eu acho que mudar, mudar mesmo, não mudou muita coisa não. Mais preocupação mesmo né. De quando a gente tá doente, de querer saber porque a gente tá doente, se tem a ver com isso. Se eu tô tomando cuidado, né. ‘Porque cê tá doente, mas cê tá tomando cuidado? Cê tá se alimentando direito? E o exercício físico, tá fazendo?’. Então tem muita coisa assim.”*

Categoria 5: Participação em grupos

A **não participa e nunca participou** de grupos de apoio. Comentou que acha **importante** essa rede de apoio, em especial àqueles casos mais delicados, em que faltam apoio familiar e que exigem mudanças comportamentais, o que segundo A não seria seu caso.

Ao decorrer do tema de grupo, A comentou que sempre conversava com uma senhora com a quem trabalhava, ela possui arritmia cardíaca também. A dialogava com ela sobre sintomas, comparando os seus com a da senhora, ela queria entender se ela só ela que sentia as palpitações e compreender os motivos, por meio desta troca de experiências.

Ao falar dessas **trocas de experiências**, A citou outras pessoas, e comentou especialmente de um senhor, dizia que ela o admirava pelo fato que fez vários procedimentos cirúrgicos e mesmo com as dificuldades ele nunca desistiu, que ele era resiliente.

A seguir serão apresentadas algumas falas de A que foram base para os dados colocados anteriormente.

Fala 1:” *Agora no meu caso que eu sei que é bem pouquinho, que não é tipo assim uma coisa que mude minha rotina. Que nem, se eu tiver correndo, eu tiver correndo com a minha família ou coisa assim, é uma coisa que dói, mas eu não deixo de fazer aquilo. Não deixo de continuar o processo. Então eu acho bacana quando realmente há algum ... como que fala? Uma quebra de estrutura mesmo, familiar né.”*

Fala 2:” *Eu trabalhei com uma senhorinha que ela tinha e no caso dela ela tinha arritmia cardíaca também e ela tomava remédio, então ela me explicava muito né e eu perguntava muito também ‘mas que que você sente? Dói?’, ‘porque o meu dói’. Então eu queria saber porque eu meu dóia e o do outro não. Porque pra mim, na minha cabeça até então, é uma coisa que é tipo ‘ah, isso é drama!’. O médico falou que é emocional, é drama. Tem gente que tem isso também né, aí só dramática nem tem nada, é emocional. Quando a gente coloca a palavra emocional, todo mundo já acha que é drama”*

- **Técnica do Desenho-Estória com Tema.**

O Desenho-Estória com Tema é uma extensão da Técnica Desenho-Estória. Para análise se teve como base o roteiro construído por Godoy e Oliveira (2016), este método visa uma análise sistêmica da técnica. As autoras pontuam oito categorias que são bases para a interpretação. Sendo elas: Atitudes básicas; figuras significativas; sentimentos expressos; necessidades e desejos, neste quesito inclui mais 3 subcategorias: necessidade e desejos primários, necessidades e desejos construtivos e necessidades e desejos destrutivos; contexto familiar; estrutura familiar; dinâmica familiar; e valores familiares.

A primeira categoria, as de atitudes básicas do protagonista da história enfatiza a relação entre o personagem e o narrador. No caso de A, a relação está na projeção de seu **medo de levar susto** para com o medo da menina, que se trata de medos comuns e específicos. A associou o medo de se assustar com o **receio** de que seu coração comece a palpitar, devido à arritmia cardíaca.

A segunda categoria, a que aborda as figuras significativas do Desenho-estória, envolvem personagens e situações que atuam juntamente com o protagonista ou que ocorrem para com ele. No caso da história, esta figura se concentra no **menino** que estava segurando um balão, que segundo a narradora, ele poderia estourar e assustar a protagonista a qualquer momento. No inquérito, A comenta que a personagem brincaria com a criança se ele não estivesse com o balão.

Já na terceira categoria que representa os sentimentos expressos, foram apontados os seguintes sentimentos manifestos pela protagonista: **medo, tensão, preocupação e estresse**, apontando quatro sentimentos negativos expressos.

Na quarta categoria, apontada como sendo a de necessidades e desejos, ou seja, aquilo que o personagem demonstra como precisão. A personagem demonstrou apenas uma, a **necessidade e desejos primários**, que representa a necessidade e a **procura de cuidado**.

A quinta categoria é aquela que aborda o contexto da história, de como acontecem os fatos contados pela participante. O contexto em que se passa a história parte de uma situação que causa **medo** à personagem, que era o de se **assustar** e seu coração começar a palpitar e não aguentar.

A não apresentou dados que condizem com as últimas categorias.

Sendo assim, para com atitudes básicas, a participante pontuou receio quanto à cardiopatia, principalmente na questão dos fatores externos, que representam aquilo que ela não pode controlar, como por exemplo o susto, sendo este também o contexto de sua história. Quanto às figuras significativas ela abordou os fatores externos, que representam aquilo que não é possível controlar, indicando sentimentos de medo, preocupação, estresse e tensão, apontando necessidades e desejos primários relacionados ao cuidado.

4.2. CASO DE B

A participante B possui 49 anos de idade, mora em Taubaté, é viúva e tem dois filhos. É estudante.

B possui uma cardiopatia congênita sopro, mas afirmou que nunca tomou medicação específica, disse que o último acompanhamento que fez com o médico foi há três anos, quando realizou um exame, para analisar a evolução do caso.

Segundo B, ela passou a tomar consciência de sua cardiopatia com cerca de 8 anos de idade isso ocorreu devido ao momento em que ela e sua família estava vivendo. Nesta fase ela acompanhava sua mãe ao médico, pois ela possuía o diagnóstico de lúpus e nesta fase, a doença estava afetando seu coração. Sua mãe fora diagnosticada durante a gravidez de B. Além de sua mãe, B comentou que o problema de coração é muito comum em sua família, pois seu irmão tem arritmia e seu pai veio a falecer devido a infarto do miocárdio.

- Escala de Resiliência Wagnild e Young

Primeiramente, é válido ressaltar que a pontuação máxima e total desta Escala é a de 175 pontos e que a pontuação máxima em cada fator é 35.

A participante B apresentou um score total de 160 pontos, indicando alta capacidade de resiliência.

No fator 1, que representa a capacidade de autossuficiência, portanto, que analisa o nível de independência do sujeito, ela indicou uma pontuação de 35 pontos, sendo assim demarcando máxima pontuação, indicando alta capacidade neste índice.

Já no fator 2, que representa a capacidade de se ter um sentido de vida claro, a participante obteve a pontuação 29, e com isso indicando boa objetividade quanto à clareza do sentido de sua vida.

No fator 3, que se relaciona à capacidade de equanimidade, ou seja, a capacidade do sujeito em manter o seu humor estável, a participante apresentou um score de 27 pontos, representando uma boa habilidade neste índice.

O fator 4 representa a capacidade de perseverança, e a participante obteve a pontuação 34, indicando uma alta capacidade neste fator.

Por último, não menos importante, se tem o fator 5 representando a singularidade existencial, que se relaciona a capacidade de sujeito em viver de forma autêntica. Aqui, a participante obteve a pontuação 35, demonstrando uma habilidade alta quanto sua singularidade de existir.

- Entrevista Semi Estruturada

Para apresentação dos dados da Entrevista será realizada a exposição dos resultados em 5 categorias, sendo elas: sentimentos frente à cardiopatia; principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata; identificação dos fatores de proteção; o papel da família no enfrentamento da cardiopatia; e participação em grupos de apoio.

Categoria 1- Sentimentos frente à cardiopatia

Quando B foi questionada sobre os principais desafios perante à cardiopatia, ela afirmou que não possui. Comentou em seguida que sua visão sobre a doença foi mudando com o tempo, que ao decorrer dos anos ela foi se **adaptando sabendo melhor** enfrentar os desafios. Entretanto, nem sempre foi assim, pois quando sua mãe ficou doente e veio a falecer, B tinha a **preocupação** de que sua doença no coração

fosse algo sério. Após a morte de sua mãe, a preocupação de seu pai para com sua cardiopatia ficou redobrada e ele sempre levava B ao médico. Ela até comenta que muitas de suas lembranças na infância era de ela acompanhando sua mãe ao médico, ou de ela mesmo sendo a paciente. Com o passar do tempo, ela foi ampliando seu conhecimento sobre o que era cardiopatia e assim conseguindo destacar a singularidade de seu caso, tendo uma ótica diferente sobre seu problema.

Ademais, B relaciona esse modo de ver sua cardiopatia com a resiliência e afirma que para este processo ela ousaria dizer que tem sido resiliente.

Para ilustrar de forma mais sucinta os resultados expostos, a seguir serão pontuadas algumas falas de B que foram base para eles.

Fala 1:” *Então assim, eu ficava meio que com medo e tal. E aí eu ia no médico sempre, me lembro de várias vezes o meu pai me levando. Eu acho que minha mãe nessa época já tinha morrido. Então eu lembro do meu pai me levando no médico para fazer exame, pra fazer o eletro. Então essa memória eu tenho desde muito pequena, de cardiopatia*”

Fala 2: “*É ... e talvez, na minha maneira de ser, é ... eu não sei se a palavra certa é resiliência, mas é ... você contorna a situação, você acaba falando ‘não, não era tão grave então deixa quieto’. Dá pra viver assim. Dá pra viver bastante. Eu acho que assim, diante de outros problemas mais graves como, minha mãe morreu, nossa o dela era muito grave. Então, e o meu tá aqui, não tá fazendo mal pra ninguém.*”

Categoria 2- Principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata

Quando questionada sobre sua rotina, B afirma que sua vida é normal e que atualmente não vê diferença, mas que em sua infância isso foi mais notório. B possui **colesterol alto e triglicerís**. Além disso, comentou que **fazia academia**, mas que esse ano **parou** devido às demandas de sua rotina. Atualmente ela faz aula de dança 1 vez por semana. B gosta de atividade físicas, mas relatou que não se importa com o aspecto físico de seu corpo, como ela mesma colocou na entrevista, “**sempre fui gorda**” e conclui este raciocínio dizendo que não possui problemas de autoestima referente a isso, relatou também que **não segue dieta específica**, pois possui dificuldades.

B destacou que passa e passou por diversos momentos de **estresse**, sendo a maioria deles por motivos familiares. Neste caso, ela cita seu pai, sua tia e seu filho.

No caso do pai, ela comenta que após a morte de seu marido, ele passou a exigir muitas responsabilidades para B, o que a deixava acumulada de tarefas. Já no caso de sua tia, esta é irmã de seu pai e foi quem criou B depois da morte de sua mãe. Segundo B, esta tia era uma pessoa que não estava preparada para fazer papel de mãe, que se viu de certa forma “obrigada” a representar uma figura materna, o que gerava revolta e descontava em B e em seu irmão.

Outro fator que influenciou em sua vida foram as **perdas**, o de sua mãe, de seu marido e por último a do seu pai. B disse que a única morte que ela mudaria era a de seu cônjuge, pois segundo ela, os dois eram unidos, ela apontou dificuldades para aceitar este luto, mas que sabe que ele está em um lugar melhor e que dos dois ainda iram se encontrar.

Atualmente, B afirma que seu maior **estresse** tem sido o seu filho, pois segundo ela, ele está passando por momentos difíceis e isso gera um gasto maior de sua energia mental.

Um fator de risco relevante para se debater é a **dificuldade de B em delegar tarefas** e assumir demasiadamente tarefas em forma de favores para seus familiares, ela assumiu estas dificuldades durante a entrevista e afirmou que isso desencadeia estresse.

A seguir serão colocadas algumas falas de B que sustentam os dados apresentados acima.

Fala 1: *“Porque colesterol alto, triglicérides, essas coisas me afetam sim e tem a ver com o coração, né. Então eu fico meio assim, né. Eu falo ‘ai meu Deus, vou enfartar’. Vou tomar aspirina – Risos. Para não passar raiva, vamos tomar aspirina, porque se eu for para o hospital, eu já vou tomar aspirina lá, então já vou amenizando em casa”*

Fala 2: *“É muito difícil. É, tento fazer ... não comer muita gordura, mas é raro eu seguir uma dieta que faça isso. Eu sempre fui obesa, eu sempre fui gorda e isso não me incomoda na minha autoestima. Então eu acabo que ... não ligo-Risos. Vai levando, mas quando acontece uma situação assim, de muito estresse, muito, e agora com os filhos nessa fase que dão muito trabalho, de muito estresse, aí eu fico um pouco preocupada sim. Aí eu falo ‘nossa, eu vou enfartar e não vou ficar sapateando”*

Fala 3: *“Eu fiz, durante, até o começo do ano eu fazia exercícios, né. Academia e tal. Mas também não é hábito. Então aí você se força a ir né. Se força a fazer. Mas até gosto. Só não tenho conseguido ir mesmo, esse ano não fui, não consegui”*

Fala 4: *“É! O meu afastamento eu acho que é mais por isso mesmo, depois eu vi que eu não tenho que dar conta disso, sabe. De ter que planejar as férias dela, de ter que dar conta se o marido dela tá bebendo ou não, se tá enchendo o saco ou não, sabe, não enchendo o meu, tá ótimo! E durante o tempo que a gente conviveu muito, eu tinha muito essa posição dele tá bebendo e quando ele bebe, ele é um bêbado chato e aí ‘ai não faz isso! Olha o que cê tá fazendo! Vai pra lá! Para com isso!’”, sabe, de ficar cuidando de uma coisa que não era minha”*

Fala 5: *“Então assim, é tudo muito eu, né. Então acabo que eu não delego funções. Não delego, não consigo, né. Talvez, talvez não. Óbvio que muitos dos problemas do Murilo é esse, de que eu não delego funções. Então assim, eu nunca exigi dele responsabilidades básicas, porque eu sempre fiz. Então acaba que você se perde um pouco nesse ‘deixa que eu faço, deixa que eu resolvo”*

Categoria 3- Identificação dos fatores de proteção

Como fatores de proteção, B apontou seus dois filhos que moram com ela. Sua filha **faz aula de dança do ventre** aos sábados com ela

Mesmo se afastando de alguns familiares, B cita seu irmão e seu cunhado. Seu irmão é mais velho e é filho adotivo, ele possui contato com sua família biológica. B tem uma boa relação com eles e até citou que passava as festas de final do ano com eles, mas devido a sua decisão de se afastar de estresse, ela também acabou se afastando deles, pois segundo B, era ela quem organizava tudo estava cansada deste movimento.

B denotou sua **preocupação com sua saúde mental**, todavia, sua principal forma atual de autocuidado é por meio do medicamento “ESC” Cloridato de Citalopran, um antidepressivo, B não expôs se esse medicamento foi derivado de receita ou por auto medicação, mas comentou que no início de sua graduação ela estava tomando consciência sobre o cuidado com medicamentos, mas que este ano, devido ao estresse ela retornou com a medicação.

Ademais, B comentou que está em um **relacionamento**.

A seguir, será colocado algumas falas que foram bases para os dados colocados anteriormente.

Fala 1: *“Olha Carla, desde que eu fiquei viúva, eu tomei consciência de que ansiolítico e essas coisas, ajudam muito. Então assim, venho a algum tempo tomando*

algumas coisas, né. Depois, quando eu entrei na faculdade, eu parei um tempo e tal. Porque aí você acaba entendendo as coisas de uma outra maneira, né”

Fala 2: “Muda! Muda muita coisa! Mas agora eu voltei a tomar é ... eu não sei se ele é ansiolítico ou é pra depressão. É o Esc. Depois se você quiser procurar, é cloridrato de citalopran ... eu falo que quando você tá aloprando, você toma ele – Risos. Então assim, a minha providência de tentar manter esse estado emocional, é me cuidando através de remédio mesmo, de medicamento”

Categoria 4- O papel da família no enfrentamento da cardiopatia

B nasceu com cardiopatia, porém só tomou consciência da doença com cerca de 8 anos de idade, quando sua mãe estava quase a falecer devido aos lúpus. O luto de sua mãe foi um dos primeiros lutos e gerou em B e em seu pai um cuidado maior com relação ao seu diagnóstico de sopro. Nesta fase, B relata que **se pai sempre a levava ao médico**, em prol de ficarem atento a evolução de sua doença.

Para ajudar em sua criação, sua tia, irmã de seu pai fora uma pessoa que passou a representar a figura materna de B, entretanto, como contou na entrevista, essa tia era uma pessoa que não estava preparada para tal responsabilidade e sempre culpava B da morte de sua mãe. A mãe de B foi diagnosticada com lúpus durante sua gravidez, o que para B seria um motivo para ela levar a culpa. Ao lembrar de sua infância ao lado da tia, B demonstra ter passado por apuros com ela. Mas mesmo diante disso nunca deixou de amá-la.

B não destaca nenhum momento adverso em sua adolescência, estes momentos estão mais presentes na infância.

Após antes acontecimento, B relata o falecimento de seu marido. Para esta seria a única morte que ela mudaria, pois sua relação com o marido possuía para ela uma grande importância. Ele faleceu quando ela tinha 38 anos, idade de seu pai quando sua mãe faleceu e ele também tinha um casal de filhos que tinha a idade semelhante a dos filhos de B, seu filho com 9 e sua filha com 11 anos. B afirma que fora uma morte que desestabilizou sua família, pois ela assume que era dependente do marido. Ademais, após o falecimento dele, B fala que sua mãe passou a cobrar uma responsabilidade maior dela, mais do que ele já exigia, conta B. Ela fez a seguinte colocação “se eu caísse, todo mundo caia”, após o falecimento de seu marido, **ela se via como a base de sua família.**

Após a morte de seu marido, o relacionamento com seu pai ficou mais **desafiador** e com isso, seu irmão e seu cunhado passou a morar em Taubaté para assim ajudá-la. B conta que seu pai era dependente e após a morte de seu marido ele passou a criar doenças, como uma certa vez ele falou para B que estava com o Alzheimer. Um outro acontecimento marcante para B foi quando seu pai teve um infarto e foi levado ao hospital, só que neste dia B estava em outra cidade e demorou para chegar, o que para ele já havia sido motivo para ficar bravo porá filha não estar presente. Após este acontecimento e depois de 2 anos de falecimento de seu cônjuge, seu pai também vem a falecer por infarto do miocárdio.

Ao ser questionada sobre a importância de sua família atual, B relata preocupação e sintomas de estresse com os filhos, principalmente com o filho, pois segundo ela, ele está passando por momentos complicados, de se descobrir como pessoa, além do fato de ele ter colesterol alto. Já a preocupação com sua filha está relacionada com a sua autoestima, pois, segundo B ela é “gordinha”, fazia balé e seu professor sempre fazia ofensas para com ela, atualmente elas praticam aula de dança do ventre aos sábados. Mesmo com estes fatores de preocupação e estresse, B afirmou que seus filhos são sua vida.

Na entrevista, B se queixava de preocupação e estresse. Estes fatores sempre estiveram presente em sua vida, mas quando seu marido faleceu, ficou mais intenso, pois as responsabilidades somaram. B assumiu ter dificuldades em delegar tarefas, o que intensifica seu estresse. Ela também comentou que se tivesse essa habilidade, talvez ela não teria essa preocupação atual com o filho. Além disso, B relatou que é uma pessoa que tinha o costume de assumir responsabilidades de outras pessoas, mas que atualmente ela passou a ter consciência de que não pode resolver problemas de outras pessoas.

Por fim, B está em um relacionamento, ela contou que ele fez um comentário sobre essa posição de autoritária de B, relacionando com o lugar que ela senta na mesa, como se estivesse demarcando o local de chefe da família. B tem consciência de que se sente sozinha diante suas responsabilidades, afirma que seria bom ter uma ajuda, mas que possui muita dificuldade para isso.

Como base dos dados levantados anteriormente, foi utilizado falas de B durante a entrevista e serão colocados algumas delas a seguir.

Fala 1: *“Aí voltei correndo e aí eu cheguei no hospital e ele falou assim ‘eu enfartei, tá? – Risos. Eu falei ‘tá ué, eu não posso fazer nada, agora vamos cuidar,*

vamos ficar bem'. Então demorou uns dias pra ele passar a raiva que ele tava de mim, como quem diz 'você não tava aqui'. Mas todos esses seis meses, ele ficava doente. Aí tinha sempre que ter algum auxílio. Então meu pai ficou muito dependente de mim. Então eu acho que esses dois anos que eu tive que elaborar isso, junto com essas doenças do meu pai, acabou que sabe ... você tem que dar um jeito. Você tem que viver, você tem que se virar. Não vai ter o que mudar"

Fala 2:" Apesar, eu tô aqui, mas você é a figura feminina que tem que comandar. E eu era muito nova. Então assim, com 16, 17, 18 anos ele já me colocou nesse lugar, então eu tomei esse lugar como sendo meu e perante à família inteira, não..."

Fala 3: "É, já. Então, não sabia muito direito o que era, me parecia quando eu era criança, que seria muito grave. Porque eu acho que como minha mãe tinha, né e o dela era muito grave, então ela vivia no hospital, ficava muito tempo internada, então assim, eu ficava com essa consciência de que eu também tinha alguma coisa no coração. Então assim, eu ficava meio que com medo e tal. E aí eu ia no médico sempre, me lembro de várias vezes o meu pai me levando. Eu acho que minha mãe nessa época já tinha morrido. Então eu lembro do meu pai me levando no médico para fazer exame, pra fazer o eletro. Então essa memória eu tenho desde muito pequena, de cardiopatia"

Categoria 5-Participação em grupos de apoio

B não participa e nunca participou de grupo de apoio específico à cardiopatia.

- **Técnica do Desenho-Estória com Tema**

O Desenho-Estória com Tema é uma extensão da Técnica Desenho-Estória. Para a análise, se teve como base o material construído por Godoy e Oliveira (2016), este método visa uma percepção sistêmica da técnica. As autoras pontuam oito categorias que são bases para a interpretação. São elas: Atitudes básicas; figuras significativas; sentimentos expressos; necessidades e desejos, neste quesito incluíram 3 subcategorias: necessidade e desejos primários, necessidades e desejos

construtivos e necessidades e desejos destrutivos; contexto familiar; estrutura familiar; dinâmica familiar; e valores familiares.

A primeira categoria, as de atitudes básicas do protagonista da história enfatiza a relação entre o personagem e o narrador. B narrou um personagem **rígido** em seus padrões comportamentais e com **problemas cardíacos** e que sofreu um infarto. Além disso, B afirma que esse homem era um senhor e que era seu pai.

A segunda categoria, a que aborda as figuras significativas do Desenho-estória, envolvem personagens e situações que atuam juntamente com o protagonista ou que ocorrem para com ele. No caso de B, as figuras são a **filha** do personagem, sendo a responsável pelos cuidados com o pai, o **médico**, que atendeu o protagonista quando sofreu de enfarto e a **faxineira** que estava presente e que comentou sobre comportamentos suspeitos do protagonista quanto a sua saúde.

Com relação à terceira categoria, que representa os sentimentos expressos, foram indicados pela protagonista **sentimentos negativos de estresse, cansaço e dores**.

Na quarta categoria, a necessidades e desejos, foram indicados necessidade e desejos construtivos, sendo estes voltados à fatores como **cura, realização, autonomia e crescimento**.

A quinta categoria é aquela que aborda o contexto da história, de como acontecem os fatos contados pelo narrador. O contexto em que se passa a história em questão se baseia no **sofrimento de infarto do personagem principal**.

Com relação à categoria de estrutura familiar, o protagonista possui uma **filha** que mora com ela e que é **responsável por ajudar** com a sua saúde, que é a sua cuidadora.

Na categoria de dinâmicas familiares, o protagonista é colocada como uma pessoa **rígida** em suas atitudes e **dependente** dos cuidados da filha. Esta, é abordada como sendo uma pessoa sempre **disponível** para prestar apoio ao pai, mas que o vê como uma pessoa "**difícil e chata**" para dialogar.

A categoria de valores familiares, demarcou um protagonista **tradicional e conservador** quanto as suas práticas familiares.

Na última categoria, o de padrões interacionais, o protagonista se mostrou como uma pessoa **tradicional** em sua relação com a filha e que possui **padrões comportamentais pouco flexíveis**.

Portanto, a participante em questão possui como similaridade com o protagonista de sua história a rigidez quanto aos seus comportamentos e a de também possuir problemas cardíacos. Houve projeção direta em sua história, pois ela relatou um episódio de sua vida. Diante da história, B manifestou via protagonista sentimentos de estresse, cansaço e desconforto quanto às dores, apontando sinais de necessidade, devido à queixa de estresse e a necessidade e desejos construtivos, demarcando a questão da cura e da realização e autonomia. Este último fator está relacionado com a sua questão familiar, pois ela indicou que sempre foi sobrecarregada com suas responsabilidades familiares e colocou o protagonista como dependente e rígido representando a figura do pai, um homem que segundo ela é tradicional e pouco flexível quanto aos seus comportamentos.

4.3 CASO DE C

C tem 25 anos, é solteira, não tem filhos, mora em Taubaté, está cursando ensino superior e se ocupa como estudante. Ela possui cardiopatia congênita e relatou que começou a tomar consciência de sua doença com cerca de 13 anos de idade, quando passou a morar com sua avó materna, que foi explicando para ela o que era a doença.

C relata que fugiu da casa de sua mãe quando era criança para ir morar com sua avó, pois ela afirma que sua relação com ela era melhor e com isso, quem passou a criá-la foram os avós.

Sobre a cardiopatia, C relatou que não toma remédio específico, mas que tomou por cerca dos dois primeiros anos de vida. Informou que rotineiramente faz exames como eletrocardiograma, para ver a evolução da doença.

A avó de C já faleceu, entretanto ela não comentou em detalhes sobre. Atualmente mora só com seu avô, que está com 73 anos e ajuda a cuidar dele, pois ele possui o diagnóstico de Alzheimer.

C comentou que a pessoa mais próxima de sua família que possui problemas cardíacos é sua mãe, que possui pressão alta e durante uma gravidez teve eclampsia e quase perdeu o filho, mas C não comentou sobre irmãos na entrevista.

- Escala de Resiliência de Wagnild e Young

É importante lembrar que a pontuação máxima desta Escala é a de 175 pontos e que a pontuação máxima em cada fator é 35.

A participante C apresentou um score total de 126 pontos, indicando média capacidade de resiliência.

O fator 1, representa a capacidade de autossuficiência, sendo assim, analisa o nível de independência do sujeito, aqui C indicou 28 pontos, demarcando boa pontuação e apontando boa capacidade neste índice.

Já no fator 2, que representa a capacidade de se ter um sentido de vida claro, a participante obteve a pontuação 27, e com isso mostrando boa objetividade quanto à clareza do sentido de sua vida.

Quanto o fator 3, que se relaciona à capacidade de equanimidade, ou seja, a capacidade do sujeito de controlar suas emoções, deixando-as estáveis. A participante apresentou um score de 16 pontos, indicando média habilidade neste índice.

O fator 4 representa a capacidade de perseverança, e a participante obteve a pontuação 28, apontando boa capacidade neste fator.

E quanto ao último fator, o item 5, que representa a singularidade existencial, que se relaciona a capacidade de sujeito em viver de forma autêntica, a participante obteve a pontuação 27, demonstrando uma boa habilidade quanto ao existir de forma singular.

- Entrevista Semi estruturada

Os resultados da entrevista de C serão apresentados por categoria, sendo elas: sentimentos frente à cardiopatia; principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata; identificação dos fatores de proteção; o papel da família no enfrentamento da cardiopatia; e participação em grupos de apoio

Categoria 1: Sentimentos frente a cardiopatia

Ao ser questionada sobre seus sentimentos ao se descobrir cardiopata, C comentou que ficou em **estado de “choque”**, pois não sabia de fato o que poderia acontecer, não tinha conhecimento sobre a doença em si. Esse processo de tomada de consciência da cardiopatia se iniciou aos 13 anos de idade. C comentou que com

seus avós foram a base para esse processo e em específico, a sua avó, que foi a acalmando e explicando sobre a cardiopatia. Com a ajuda de dela, C foi se **adaptando** aos desafios e comentou que a vida adulta tem sido mais **desafiadora** para ela, pois, por fazer exames anualmente para ver a evolução da doença, ela sempre se vê em **estado de alerta** com relação às questões de sintomáticas.

Além disso, C relatou **desconforto na adolescência**, com cerca de 14 anos, quando tinha que usar holter e as pessoas perguntavam para ela o porquê, disse não gostava de ficar explicando que possuía cardiopatia, não gostava de comentar sobre isso com as pessoas.

C comentou que somar as responsabilidades da vida adulta com a cardiopatia é um desafio, principalmente por estar no último ano da faculdade e por estar ajudando seu avô com o Alzheimer. C também se queixou de **ansiedade**.

A seguir serão citadas algumas das falas de C que foram base para os dados colocados anteriormente.

Fala 1:” *No momento você fica em choque, só que a minha vó ela meio que sabia mexer com isso, ela tentou me deixar mais calma e falou, ‘não, você não tem nada agora e não precisa se preocupar com isso’. Então a gente vai levando.”*

Fala 2: “*. O desafio é tipo, ah, você tem que tá fazendo tipo quase todo ano fazendo esses exames pra ver se tá tudo bem. É cansativo e é chato quando um médico fala, ‘a gente sabe que tem alguma coisa, a gente escuta no ...’ Eu esqueci o nome do negócio pra escutar”*

Fala 3:” *Eu acho que assim, pra mim, no meu caso que tive quando eu nasci, que não tive nenhum episódio tão grave assim, pra mim é tranquilo.”*

Categoria 2: Principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata

Com relação aos fatores de risco, C comentou que sofre de **ansiedade**, e que sente quando ela afeta seu problema no coração, pois é o momento em que se sente cm **taquicardia**, que fica com a sensação de falta de ar.

Além disso, C relatou que é responsável por cuidar de seu avô com Alzheimer, raramente sua mãe a ajuda, que cabe mais a ela este cuidado. Antes de sua avó morrer, no começo do ano, C morava com o namorado, mas ela decidiu voltar a morar com seus avós para ajudá-los. C se queixou de **estresse** quanto suas responsabilidades.

Segundo C, sua **relação com sua mãe não é boa**, poderia ser melhor e seu pai faleceu quando ela ainda era pequena, ela não deu detalhes sobre sua morte.

Abaixo será apresentado uma fala de C que enfatizam os dados acima.

Fala:” ... eu já sofro de ansiedade, aí mexe com o coração também. Eu percebi que os ataques, eram assim ... um pouquinho. Aí cê não consegue saber se era ansiedade, se era também junto com o problema no coração, aí tem mais taquicardia, mais falta de ar, aí você não consegue fazer as coisas direitas por falta de ar, tudo relacionado a isso ...”

Categoria 3: Identificação dos fatores de proteção

Neste quesito, um fator de proteção relevante apontado por C é questão do **acompanhamento médico**. Segundo C, ela passa com o mesmo médico desde que fora diagnosticada com a cardiopatia. Disse que ele sempre a **orienta** a fazer exercícios físicos que ajudem a controlar a respiração, tais como yôga e pilates. Entretanto, C não confirmou se faz uso de tais atividades.

Para os dados acima foi utilizado foi destacado a seguinte fala da cliente.

Fala 1:” *“Acho que mais a questão da saúde em si. Porque se não cuidar, pode dar algum problema, alguma coisa. Já na idade, quando você vai avançando, você já tem um cuidado específico. Quando você nasce já com um negócio desse, aí que piora mais ainda, se eu não cuidar ... A expectativa de vida vai diminuindo”*

Categoria 4: O papel da família no enfrentamento da cardiopatia

C relatou que as pessoas que mais a **apoiaram** com relação à cardiopatia foram os seus **avós maternos**, eles que a levavam no médico, que se **preocupavam** de fato com ela, que lhe deram estruturas para enfrentar a doença. C comentou que se não fosse por eles, talvez ela não estivesse viva hoje. Foi sua avó quem a ajudou durante a tomada de consciência da cardiopatia, ela que explicou para C os cuidados que deviam ser tomados. Segundo C, seus avós eram como pais para ela, pois seu pai faleceu quando ela ainda era pequena e ela não possui um bom relacionamento com sua mãe.

C não explicou detalhadamente, mas relatou que quando era criança fugiu de sua casa para morar com seus avós e com isso quem passou a criá-la foram eles e

desde então eles foram os responsáveis e os acompanhantes dela na questão da cardiopatia. C comentou que a falta de relação materna que com a mãe era compensada pela avó.

Quando questionada sobre a reação da sua mãe perante o diagnóstico de sua cardiopatia, C respondeu que sinceramente não sabia. Também comentou que sua mãe tem pressão alta e que teve eclampsia durante a gravidez e quase perdeu o filho, mas durante a entrevista não fez nenhum comentário sobre irmãos.

No começo do ano sua avó veio a falecer, C não entrou em detalhes de sua morte, mas comentou que antes de ficar doente ela morava com o namorado, mas, devido ao estado de saúde de sua avó, decidiu voltar a morar com ela, para ajudá-la, pois além dela, seu avô possui o diagnóstico de Alzheimer. Pouco tempo depois sua avó faleceu e C continuou a morar com seu avô, para assim poder cuidar melhor dele.

C está no último ano de sua graduação, mora com seu avô, ajudando-o com o Alzheimer e algumas vezes, sua mãe vai até lá para dar comida a ele, quando C está em horário de aula.

C disse que se vê diante de **muitas responsabilidades**, principalmente a de cuidar de seu avô, comentou que é uma tarefa que ela teve que aprender a fazer mesmo não sabendo, mas que por seu avô ser pessoa que está do lado dela em diversos momentos, ela sempre o ajudará.

Para estas informações, se teve como base algumas falas de C que serão colocadas a seguir.

Fala 1: *“Também. Antes de acontecer, eu cheguei a morar com o meu ex namorado, aí quando ela começou a ficar ruim, eu fui pra casa dela. Aí pra cuidar dela e tudo mais, aí acabou eu tendo que ficar por lá mesmo, por causa do meu vô”*

Fala 2: *“É um desafio muito grande. É uma responsabilidade que você não imagina que você tem e você tem que saber lidar, mesmo não sabendo”*

Fala 3: *“Não é uma relação de mãe e filha, porque essa relação que eu tinha, era uma relação com a minha vó. Então é uma relação bem ... não vou falar que não existe afeto, porque tem alguma coisa ali, mas eu colocaria que existe uma (teia?) distante”*

Fala 4: *“Então. A minha vó e meu vô que ficaram encarregados de mim. Tipo, de cuidar de mim, levar no médico, passar noites era minha vó e meu vô, de saírem do hospital, porque era minha vó e meu vô, porque eu acabei tendo convulsão no colo dele, dele ter que voltar na contra mão, eles que tiveram esse processo inteiro comigo”*

Categoria 5: Participação em grupos de apoio

C **não participa** e **nunca participou** de grupos de apoio a pessoas com cardiopatia. Comentou sobre a importância desses grupos no sentido de **auxiliar** os participantes, por meio **do compartilhamento de experiências** e perceber que não se está sozinho, que existem outras pessoas com histórias semelhantes. C comentou que esses grupos são **importantes** para pessoas com cardiopatias mais difíceis.

Para esses resultados, é possível destacar as seguintes falas de C.

Fala 1: *“Eu acho importante. Saber conversar com as pessoas, ver o que as pessoas também estão passando, eu também passei igual ... Um auxiliando o outro. Eu acho que isso é importante ter. Ver que você não tá sozinho na luta”*

- **Técnica Desenho-Estória com Tema**

Esta Técnica é uma extensão da Técnica de Desenho-Estória. Para a realização da análise se teve como base o material construído por Godoy e Oliveira (2016), que visa uma análise sistêmica. As autoras pontuam oito categorias que são bases para a interpretação. Sendo elas: Atitudes básicas; figuras significativas; sentimentos expressos; necessidades e desejos, neste quesito, elas incluíram mais 3 subcategorias: necessidade e desejos primários, necessidades e desejos construtivos e necessidades e desejos destrutivos; contexto familiar; estrutura familiar; dinâmica familiar; e valores familiares.

A primeira categoria, as de atitudes básicas do protagonista da história enfatiza a relação entre o personagem e o narrador. No presente caso, a relação está na projeção da protagonista com o modo de **enfrentamento de obstáculos**. Para C, por mais difícil que possa ser a resolução de um problema devido a um desgaste físico, ela não desiste, assim como a personagem não desistiu.

A segunda categoria, a que aborda as figuras significativas do Desenho-estória, envolvem personagens ou circunstâncias ocorridas na história. No caso de C, está figura se concentra na **subida**, que na história é um problema relevante para a personagem, devido ser uma subida que ela nomeia como difícil.

Já na terceira categoria que representa os sentimentos expressos, foi apontado apenas um sentimento, o de **cansaço físico**, representando **sentimentos negativos**.

A quarta categoria, a de necessidades e desejos, representa aquilo que o personagem demonstra como precisão. C demonstrou apenas uma **necessidade e desejos construtivos**, que relaciona à necessidade de **realização, autonomia, cura e crescimento**.

A quinta categoria é aquela que aborda o contexto da história contada. O contexto da história em questão se baseia nas **dificuldades**, nas **preocupações** e nos **desgastes físicos** que podem desencadear dores no coração da personagem.

C não apresentou dados referentes às últimas categorias.

Sendo assim, as características comuns entre C e o protagonista de sua história se encontra na questão de seus problemas. A projeção realizada foi de forma indireta, mas foi possível destacar a relação entre a subida e as dificuldades que C enfrenta, como também no sentido literal da palavra, pois devido a cardiopatia ela se queixa de dores quando realiza esforço físico e com isso ela manifestou sentimento de cansaço físico, denotando a presença de sentimentos negativos e apontando a necessidade e desejos construtivos, principalmente ao se tratar da questão da cura, já que este é um fator relacionado com o contexto de sua história que também aborda a preocupação para com sua doença e outras demandas.

4.4 CASO DE D

D está com 24 anos, é solteira, não tem filhos, é estudante, empresária e mora em Taubaté. D possui a arritmia cardíaca que se desenvolveu durante a infância, ela recebeu o diagnóstico quando possuía cerca de 6 anos de idade.

D fez acompanhamento e tratamento específico à sua cardiopatia com médico até o ano passado, quando parou por conta própria os dois. Além disso, D também fazia tratamento com psicólogo e parou também no ano passado, por iniciativa própria. Na infância, D fez tratamento com fonoaudióloga e pedagoga, pois possui dislexia.

Até os 12 anos, D fazia tratamento com um médico, entretanto, ele veio a falecer e com isso ela continuou seu tratamento com outro médico, via plano de saúde.

Atualmente moram com D seus pais e uma de suas duas irmãs, a mais nova. D comentou que em sua família ninguém possuía cardiopatia, ela era o primeiro caso.

- Escala de Resiliência Wagnild e Young.

É válido ressaltar que a pontuação máxima e total desta Escala é a de 175 pontos e a pontuação total em cada fator corresponde a 35.

A participante D apresentou um score total de 145 pontos, indicando média resiliência.

O fator 1, que se relaciona a capacidade de autossuficiência, ou seja, a capacidade de autonomia do sujeito, D obteve 26 pontos, sendo assim apontando boa capacidade neste índice.

No fator 2, que representa a capacidade de se ter um sentido de vida evidente, a participante demarcou 31 pontos, indicando bom do sentido de sua vida.

Já no fator 3, que se relaciona à equanimidade, portanto, a capacidade do sujeito em manter o seu humor estável, D apontou um score de 27 pontos, representando uma boa habilidade neste quesito.

O fator 4 representa a capacidade de perseverança, de persistir, D obteve 32 pontos, mostrando uma alta capacidade neste fator.

Por fim, o fator 5, que representa a singularidade existencial, se relacionando a capacidade do sujeito em viver de forma autêntica, exercendo sua singularidade, a participante obteve a pontuação 29, demonstrando boa habilidade neste índice.

- Entrevista Semi estruturada

Os resultados da entrevista serão apresentados por categoria, sendo elas: sentimentos frente à cardiopatia; principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata; identificação dos fatores de proteção; o papel da família no enfrentamento da cardiopatia; e participação em grupos de apoio.

Categoria 1: sentimentos frente à cardiopatia

D desenvolveu sua cardiopatia durante a infância, recebeu o diagnóstico de arritmia com 6 anos de idade e com isso já iniciou tratamento com medicação específica. D contou que ao lembrar de sua infância é impossível não lembrar do holter, pois ela sempre utilizava. Por quase sempre utilizar o holter, D se sentia **impossibilitada** de fazer algumas atividades. Ela praticava capoeira três vezes por semana, mas de vez em quando eles faziam apresentação, e ela não podia participar,

devido ao aparelho. D também praticava duas vezes por semana caminhada com o seu pai.

Já ao crescer, D relata que começou a se deparar com as **responsabilidades**, nesta fase seus pais deixavam sob sua responsabilidade o uso dos medicamentos, mas sempre averiguavam se ela estava tomando-os, de fato. Em alguns momentos, D tinha de usar holter e por estar na fase da adolescência, ela comenta que sentia **desconfortável** e que isso a deixava com **baixa autoestima**. Ela comentou que para lidar com isso, ela sempre suava roupas largas para não deixar visível o holter.

Atualmente, D não se sente diferente de outras pessoas, mas relata que ao entrar na faculdade se deparou com muitos desafios. Se queixou de **estresse** com os afazeres e comentou sobre momentos de **ansiedade** quanto as responsabilidades acadêmicas. Sendo assim, ela afirmou que se **preocupa** com o seu coração, que tem medo de que ele não suporte esses momentos de vulnerabilidade.

Além disso, D comenta que tem receio de fazer cirurgias, isso passou a ocorrer depois de um trauma que passou quando trabalhava no hospital. Ela presenciou 3 para cardíacas de uma mulher. Ao ver isso D passou a ter **medo** de operações, pois tinha receio de acontecer o mesmo com ela. Nesta época, D tinha a necessidade de fazer uma cirurgia para retirar a amígdala, mas ao ver isso, ela passou a se recuar do procedimento, até chegar na conclusão de que não iria operar, que os sintomas que possuía era psicológicos e que ela iria melhorar.

A seguir serão apresentadas falas de D que ilustram o que foi apresentado acima.

Fala 1 “ *foi quando eu comecei a faculdade e eu comecei a perceber que as coisas que eu ficava ansiosa pra fazer e quando eu acumulava alguma coisa meu coração acelerava muito mais então no meu período de dificuldade ou de estresse ou de coisas pra fazer é onde meu coração acelerava, onde que eu tinha que as vezes parar e respirar pra ver ia ficar tudo bem, mas é que ele acelerava, do nada assim, eu estava fazendo alguma coisa e até dormindo ele acelerava e acelera muito, parece que vai sair pela boca”*

Fala 2: “*não queria fazer a cirurgia, eu não fiz. E meu pai, por mais que os dois brigasse e tal eu falava “não pai, isso é coisa da minha cabeça, vou melhorar, vou melhorar, vou melhorar” até que o dia que eu me interneei ai a minha mãe internizou mais ainda que eu tinha que operar a garganta e eu falei “não, eu não vou operar que isso é emocional, é emocional” eu não operei.”*

Fala 3: *“todo mundo me olhava meio que torto “nossa! Mas ela tem quatro mil pulseiras!” , daí tinha pulseira das duas alergias, cada uma tem uma cor e do meu problema, então já tinha um negócio super escrito “arritmia cardíaca” já lá no quarto por conta disso e a minha alergia do iodo, então, tudo o que puder sinalizar que tenho esses dois, quando tiver alguma coisa eu necessito.”*

Fala 4: *“acho que quando eu tinha 16 pra 17 anos eu, eu andava com o holter e isso mexia meio com a minha autoestima porque as vezes eu ia para os lugares e as pessoas ficavam olhando todo tempo pra mim.”*

Fala 5: *“, por incrível que pareça, eu era magra (risos) então as vezes a blusa não cobria inteiro o holter, então ele ficava aparecendo e era preto, tinha uns fios cinza, tinha uns fios preto as vezes, então eu acho que pra enfrentar isso eu tentava colocar uma roupa que não chamasse muito a atenção.”*

Categoria 2: Principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata

Com relação aos principais riscos, D contou que ano passado ela **parou** o tratamento e o acompanhamento específico por conta própria. Disse que tomou essa decisão na mesma época em que parou de trabalhar no hospital. Junto com o tratamento, D parou de fazer terapia, disse que estava se sentindo bem e que tomou essas iniciativas de forma consciente.

Atualmente D **não faz atividade física e não segue dieta específica**. Em alguns momentos da entrevista ela se queixou de estresse com suas responsabilidades atuais.

D possui **dislexia**, disse que fazia acompanhamento com psicopedagoga e fonoaudióloga quando criança. Tem alergia a iodo e a alguns medicamentos.

Além disso, devido a sintomas de **ansiedade**, ela relatou que nesse momento ela sente seu coração acelerar e possui receio quanto ao órgão.

D também possui **carne esponjosa na amígdala**, tinha a necessidade de retirá-la, mas com receio do procedimento cirúrgico afetar seu coração, ela optou por não fazer. D possui o diagnóstico de **asma**.

A seguir serão apresentadas as falas de D que demonstram os pontos apresentados acima.

Fala 1: *“. Ai... depois da terapia, o ano passado, ai eu parei de ir na terapia e parei de tomar medicação (risos) por conta própria, aonde que eu achei que eu estava*

muito bem, que meu coração não estava acelerando e que eu estava me sentindo melhor, onde que eu parei de tomar medicação. Eu tomei até a última cartela e parei por conta própria.”

Fala 2: *“. Por isso que eu parei, eu achei que eu estava, eu acho que eu estou bem, eu parei de tomar a medicação e a terapia”*

Fala 3: *“Aham! Eu deveria fazer mais exercício físico (risos) porque depois que eu comprei o carro eu não faço mais exercício e nem nada, mas eu achei que não deu alteração até agora, no momento não deu nenhuma alteração (risos)”*

Fala 4: *“Se um dia meu médico falar assim “ah! Thais, não tem como, a gente vai ter que fazer cirurgia”, tá ok, em certas ocasiões eu meio que vou fugindo dessas situações”*

Fala 5: *“Olha, prevenir, eu não faço nada. Porque eu como de tudo (risos), eu não faço exercício físico, eu não vou mais no médico e eu não faço mais terapia. Então, prevenir assim eu não faço nada, mas eu acho que deve ser as circunstâncias que eu estou no momento, que eu tô e não acontece. No momento que eu estava muito eufórica, eu precisei e voltei, na adolescência e daí no ano passado eu vi que eu estava super bem, super leve, em paz comigo mesma, então foi um momento que eu acho que eu não tive mais crises, né, dos picos, é onde eu fui realmente largar assim, agora, prevenir eu não previno nada, daí eu acho que eu só faço coisas pra acontecer (risos)”*

Categoria 3: Identificação dos fatores de proteção

Em relação aos fatores de proteção, D comentou que sempre fez atividade física, **praticou capoeira por cerca de 12 anos e caminhava dois dias por semana** com seu pai. Atualmente, ela não pratica atividades físicas.

Além disso, D **fez tratamento específico com médico e fazia terapia até o ano passado**. Parou por própria iniciativa.

Por ter o diagnóstico de dislexia, na infância, D fazia tratamento com **fonoaudióloga e pedagoga**.

Outro fator de apoio de D era **autonomia e o apoio dos pais**, eles sempre tiveram presente no decorrer de seu tratamento à cardiopatia. Ademais, D comentou que possui **Plano de saúde** e que isso auxiliou em seu enfrentamento à cardiopatia.

Segue abaixo uma das falas de D que foi base para os dados apresentados acima.

Fala :” *Então as vezes, no começo foi assim, meio assim, bem uma dificuldade de “nossa, o que pode ser e tal” mas daí eu comecei a fazer terapia de novo, aí a terapeuta falou que eu tinha que voltar, ir no médico de novo, foi aonde eu voltei a ir no médico, tomei uma medicação duas vezes por semana, aí no terceiro ano da faculdade foi aonde eu uni a terapia, o médico e o exercício físico “Eu senti uma diferença enorme. Principalmente na época que eu comecei a correr de fato, comecei a correr aos pouquinhos, caminhar, aí depois eu fui correr, aí na hora que atingi os 5 k que eu queria foi aonde eu acho que eu não tinha, eu não senti nenhum, nenhum momento meu coração acelerar.”*

Categoria 4: o papel da família no enfrentamento à cardiopatia

Ao ser questionada sobre sua família, D comentou que eles sempre lhe deram **apoio**. Seus pais sempre foram preocupados com sua saúde. Na infância, eles sempre a levavam no médico e em demais profissionais da saúde, para que sua vida fosse melhor. D tem duas irmãs, as quais ela possui bom relacionamento, sua mãe é do lar e seu pai tinha um horário de trabalho extenso, com o diagnóstico da cardiopatia, D conta que a rotina de seus pais mudaram, pois se somou responsabilidades, porém, segundo D, eles nunca faltaram com relação a educação das filhas. Em específico caso de D, eles sempre a **incentivaram** a filha a ter uma vida saudável, principalmente em questões de práticas de atividades físicas.

D se queixou na forma de expressão de carinho dos pais, em especial a de seu pai. Disse que ele nunca foi de demonstrar afeto, mas entende que ambos **não são afetuosos**, que demonstram o amor deles por outras formas, como o de demonstrar **preocupação**. Além disso, D afirma que eles foram a **base** para o enfrentamento de sua doença. Além deles, suas irmãs sempre demonstraram, preocupação com relação a sua cardiopatia, mesmo com os conflitos que ocorriam entre elas, D não comentou sobre esses conflitos, mas forma objetiva, disse que os maiores motivos eram pela atenção de seus pais, principalmente durante a infância, quando D foi diagnosticada com cardiopatia.

Seus pais não apoiam a atitude de D ter parado com o tratamento à cardiopatia, mas disseram que a responsabilidade é sua.

Abaixo estão colocadas algumas falas de D que fazem parte das informações colocadas anteriormente.

Fala 1: *Mas depois na adolescência teve e depois não era aquelas coisas. Quando era criança, eles iam ver se eu estava respirando na cama, tinha essas coisas (risos). Tinha essa preocupação, eu estava na rua, daqui a pouco dava uns dez minutos eles já estavam atrás de mim e eu sempre, nunca parei nos lugares, então sempre estava na casa de algum vizinho escondida, brincando, estava no parquinho longe, que era um pouquinho longe da minha casa mas eu estava escondido deles (risos)”*

Fala 2: *“Eu acho que quando criança, eu acho que mudou bastante a rotina deles, né, porque teve que me colocar pra fazer exercício, teve que me colocar pra fazer tal coisa e tinha que me acompanhar.”*

Fala 3: *“mas na minha infância eu lembro dele extremamente bravo, eu não lembro dele ser carinhoso comigo. Mas até porque, hoje eu entendo que o carinho dele era demonstrado em pequenas coisas que ele fazia, não era de afeto como eu queria, como as outras pessoas recebia eu queria o mesmo mas não era a forma dele, então ele falava “você senta a bunda ai e não vai sair, se você quiser ir no banheiro você me chama ou chama a sua mãe, mas não sai daí.”*

Fala 4: *” em relação a importância deles, é por eles sempre estarem preocupados e eu parei o tratamento sozinha, então eu sei arcar com as minhas consequências, eles não vão mais passar a mão em mim e então quando eles deram essa autonomia pra mim, eu tenho a ciência disso, eu sei o que eu estou sentido, então se um dia acontecer alguma coisa, eu sei do que aconteceu, eu parei de tomar medicação por conta própria, eu parei tudo porque eu queria, não foi por conta deles, por eles eu tinha continuado. Então meu pais falou “então, assumo a sua responsabilidade, você não vai mais tomar, então tá bom, assumo a sua responsabilidade” foi isso que ele disse, mas também não me doeu, ai, nada disso, só falou isso e eu sei que eu vou arcar com as consequências, acho que eu não arqueei, graças a Deus, até agora com alguma consequência ruim, mas eu acho que eu viver bem comigo mesma foi uma forma de eu conhecer meus limites, aonde eu sei aonde eu posso ir e aonde eu não posso ir, então eu acho que foi onde eu me conheci e conheci mais o meu corpo, assim, em se tratando disso”.*

Categoria 5: Participação em grupos de apoio

D **não participa** e **nunca participou** de grupos de apoio. Comentou que acha essa rede **importante**, mas acredita que o **mais importante é ter o apoio da família nesse momento**. Disse que tem esta opinião devido suas experiências de quando trabalhava no hospital, onde trabalhou por muitos anos.

As falas que apontou a informação apresentada anteriormente serão colocadas abaixo.

Fala1: *“Eu acho muito bom. Excelente. Maravilhosos (risos). Mas eu acho que falando assim por conta do hospital e de ter vivido muito lá e com vários tipos de doença e patologia, eu acho que enfrentar isso com a família é muito mais fácil.”*

Fala 2: *“E fica muita coisa restrita e as vezes para eles (pacientes cardíacos) não aceitam algumas restrições e até por ser roça, por ter, ah, mas eu vivi sempre assim e agora vou ter que viver desse modo, eles não aceitam, então eu acho que o apoio, o acolhimento de alguma rede de apoio assim vem a contribuir pro paciente muito, bastante”.*

- **Técnica do Desenho-Estória com Tema**

O Desenho-Estória com Tema é uma extensão da Técnica Desenho-Estória. Para análise se teve como base o material construído por Godoy e Oliveira (2016), este método visa uma interpretação sistêmica da técnica. As autoras pontuam oito categorias que são bases para a interpretação. São elas: Atitudes básicas; figuras significativas; sentimentos expressos; necessidades e desejos, neste quesito incluíram 3 subcategorias: necessidades e desejos primários, necessidades e desejos construtivos e necessidades e desejos destrutivos; contexto familiar; estrutura familiar; dinâmica familiar; e valores familiares.

A primeira categoria, as de atitudes básicas do protagonista da história enfatiza a relação entre o personagem e o narrador. Nesta, D pontuou a questão da cardiopatia, pois o personagem principal possui **arritmia cardíaca**, assim como ela.

A segunda categoria, a que aborda as figuras significativas do Desenho-estória, envolvem personagens e situações que atuam juntamente com o protagonista ou que ocorrem para com ele. No presente caso, a figura é a **cirurgia** que o protagonista realizou, depois dela, sua saúde se estabilizou.

Com relação à terceira categoria, que representa os sentimentos expressos, foi apontado o sentimento de **satisfação** pelo protagonista, quanto ao resultado do procedimento cirúrgico. Sendo assim, foi denotado uma manifestação de **sentimento positivo**.

Na quarta categoria, a de necessidades e desejos, a personagem demonstrou a **necessidade e desejos construtivos**, que representa a necessidade de **cura, autonomia, realização e crescimento**.

A quinta categoria é aquela que aborda o contexto da história, de como acontecem os fatos contados pela participante. O contexto em que se passa a história se baseia na **arritmia cardíaca** e na **cirurgia** realizada pelo protagonista, sendo este, o marco para a melhora da saúde do protagonista.

Não foram apresentados dados relativos às últimas categorias.

Portanto, D apresentou como característica semelhante a do protagonista de sua história o fato de ambos possuírem arritmia cardíaca, apontado como ponto central da história o procedimento cirúrgico que o senhor realizou e diante disso desencadeando sentimentos positivos de satisfação e indicando a necessidade e o desejos construtivos, especialmente no aspecto de realização e cura. Aqui há uma projeção indireta com o desejo de se abster de tudo que lhe remete ao ambiente hospitalar, aos fatores que lembrem e ou coloquem em risco a saúde do seu coração, mas também há compreensão de que se ela realizasse a cirurgia de que negou fazer ela poderia estar desfrutando desta mesma satisfação.

A seção a seguir discutirá os resultados apresentados e coletados.

5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Levando em consideração os dados colhidos nesta pesquisa, pode se notar o quanto a mulher, coração e psicologia estão conectados. Segundo Sharovsky (2004), a mulher cardiopata possui como desafio o enfrentamento não só da doença, mas também de suas emoções, de lidar com a intensidade delas, que só pelo fato de ser mulher já são muitas.

Além disso, para as mulheres cardiopatas em fase de climatério, esse enfrentamento é ainda mais delicado, pois ocorre influência direta de fatores hormonais que abalam sua saúde física e emocional (FAVARATO, 2004).

As participantes foram indicadas como A, B, C e D para fins de não exposição.

Das quatro, apenas uma mora em Caçapava, as outras moram em Taubaté, sendo estas cidades do Vale do Paraíba, interior do estado de São Paulo. Além disso, possuem a idade entre 22 e 49 anos, sendo esta idade somente da participante B, ela é única viúva e que têm dois filhos, as outras denominaram solteiras e sem filhos. Ademais, todas se ocupam como estudante, somente D tem ocupação adicional como empresária.

A participante B se encontra em fase de climatério. Esta se inicia por volta dos 35 anos e termina por volta dos 65 anos. É um momento delicado para mulher, um dos mais complexos de sua vida, pois acarreta danos biopsicossociais. É a fase que precede e se encerra com a menopausa. Esta só pode ser considerada com o prazo de 12 meses a 24 meses sem menstruar, este processo é denominado como peri menopausa. (ALDRIGHI, 1996 *apud* FAVARATO, 2004).

Seguindo a apresentação das participantes, abaixo será colocado um quadro (quadro 2) que aborda as informações sobre a cardiopatia das participantes.

Quadro 2: Informações sobre a cardiopatia das participantes.

Dados sobre a cardiopatia					
Participantes	Cardiopatia	Idade de diagnóstico	Acompanhamento	Medicamento	Histórico familiar
A	Arritmia Cardíaca	17	Sim\anualmente	Não	Sim
B	Cardiopatia congênita\Sopro		Irregular	Não	Sim
C	Cardiopatia congênita	13	Sim\Regular	Não	Sim
D	Arritmia Cardíaca	6	Não	Não	Não

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa.

Das 4 participantes, duas (B e C) possuem cardiopatia congênitas, que segundo Ribeiro e Ribeiro (2004) trata-se de uma má formação ou má funcionamento do coração e que está presente desde o nascimento do sujeito. Ambas as participantes passaram a ter consciência da doença na infância, não tomam medicamento e possuem histórico familiar de cardiopatia. Entretanto, B possui um acompanhamento irregular e C regular. O semelhante acontece com as participantes A e D, as duas possuem arritmia cardíaca, atrelada a um estímulo de intensidade maior do que o considerado normal das contrações do músculo cardíaco, gerando em um ritmo fora do comum. e não tomam medicamento. A foi diagnosticada com 17 anos e D com 6 anos. Apenas A faz acompanhamento regular, anual com médico específico e possui histórico familiar com cardiopatia, o que não ocorre com D, que também informou não estar fazendo acompanhamento médico.

Partindo dos dados sobre as participantes e relacionando com a teoria estudada, tornou-se possível uma melhor compreensão dos sentimentos delas perante à cardiopatia. Os quadros 3 e 4 demonstram esses sentimentos.

Quadro 3: Análise da categoria 1 da Entrevista Semi estruturada.

CATEGORIA 1- Entrevista Semi estruturada	
Participantes	Sentimentos frente a cardiopatia
A	Precaução, medo e desconforto.
B	Preocupação, adaptação.
C	Medo, desconforto, adaptação, precaução e ansiedade.
D	Desconforto, baixa autoestima, impossibilitada, preocupação, medo, estresse e ansiedade.

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa.

Quadro 4: Análise da categoria 3 da Técnica Desenho-Estória com Tema.

CATEGORIA 3- Desenho-Estória com Tema	
Participantes	Sentimentos expressos
A	Sentimentos negativos.
B	Sentimentos negativos
C	Sentimentos negativos
D	Sentimentos positivos.

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa

Levando em consideração as informações de ambos os quadros, ficou perceptível que a maioria das participantes (A, B e C) segundo o quadro 4 apresentaram sentimentos negativos quanto ao tema mulher e cardiopatia.

A tabela 3 especifica estes sentimentos negativos apontados pela análise do Desenho-Estória. O sentimento desconforto foi citado pelas participantes A, B e D; o sentimento medo e precaução foi indicado por A, C e D; o de preocupação foi trago pelas participantes B e D; o de ansiedade foi apontado por C e D; o termo adaptação aparece em B e C; e por fim, D indicou os sentimentos de impossibilidade, baixa autoestima e estresse.

O que deve ser dado atenção é que somente uma participante se queixou de estresse frente à doença, que os sentimentos mais expressos foram o de desconforto, medo e precaução, sendo esses sentimentos negativos.

Comparando esses dados com a literatura, pôde-se relacioná-los com a busca da mulher pela perfeição, mesmo que esta seja uma conquista impossível, as mulheres entram na busca incessante para serem aquilo que esperam delas, quando isso não ocorre elas se sentem fracassadas e apresentam sentimento de culpa. Nesses casos, a maioria opta por se adaptar a essas situações, o que na maioria das vezes não é benéfico para elas, pois intensifica os sintomas da cardiopatia (SHAROVSKY, 2004).

Diante dos dados das participantes, foram buscadas referências para que fosse possível analisar a capacidade de resiliência. Para isso foram levados em consideração a idade, a ocupação e o tipo de cardiopatia de cada participante, respeitando sua singularidade. Segundo Silva (2007), a resiliência pode ser compreendida como a capacidade de melhor enfrentamento do sujeito ou de sua família dos momentos de vulnerabilidades. Para isso, dá-se importância à ressignificação, que seria uma forma de remanejar e ver sob um ponto de vista diferente as dificuldades presentes para assim melhor enfrentá-las.

Para que fosse possível analisar a capacidade de resiliência das participantes foi optado o uso da Escala de Resiliência Wagnild e Young. A seguir, a tabela 1 aborda os dados coletados em pesquisa.

Tabela 1: Análise da Escala de Resiliência Wagnild e Young

Escala de Resiliência Wagnild e Young						
Participantes	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Total
A	33	31	26	30	32	152
B	35	29	27	34	35	160
C	28	27	16	28	27	126
D	26	31	27	32	29	145

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa.

Em cada fator, a pontuação máxima é a de 35. Com relação ao fator que representa a autossuficiência, ou seja, capacidade de se ver como sujeito independente, as participantes indicaram boa capacidade, e B obteve pontuação máxima neste quesito. O fator 2, que indica a capacidade de se ter um sentido da vida claro, todas as participantes obtiveram uma boa pontuação, entretanto, não houve pontuação máxima, apenas A e D que chegaram a 31 pontos. O terceiro fator, o de equanimidade, de estabilidade emocional, foi o de menor pontuação entre os fatores, a participante C indicou pontuação abaixo da média e o restante obteve pontuação mediana neste quesito. Com relação ao fator 4, o de perseverança, a maioria das participantes demonstraram estar dentro da média (A, C e D), a participante B obteve a pontuação maior, indicando alta habilidade neste item. Por fim, o fator de singularidade existencial, ou seja, o de autenticidade do sujeito, também houve boa pontuação, sendo que todas indicaram boa habilidade neste quesito e B indicou pontuação máxima.

Para indicar alta capacidade de resiliência, é necessário obter uma pontuação acima de 145, entretanto, a pontuação entre 125 a 145 já indicava presença desta capacidade. Das 4 analisadas, 2 possuem alta capacidade de resiliência (A e B) e as participantes C e D indicaram média capacidade.

Para que o sujeito consiga desenvolver a capacidade de ser resiliente, é necessário levar em consideração fatores sociais, econômicos e culturais, pois estes afetam diretamente esta capacidade e levando em consideração que este estudo está focado em mulheres, há uma necessidade de ter cautela ao analisar esses fatores, pois é preciso levar em consideração o ser mulher na sociedade contemporânea brasileira. (BRAGA, 2009).

Levando em consideração o comentário anterior, é possível destacar que a Escala conseguiu pontuar fatores importantes que fazem parte das habilidades para o desenvolvimento da resiliência. Além disso, Braga (2009) afirma que é importante que a mulher admita e respeite suas vulnerabilidades, sensibilidades e fragilidades.

Estes termos estão relacionados com fatores da Escala, eles são bases para que a mulher seja perseverante, tenha um sentido mais claro de sua vida, seja equânime, consiga se ver como autossuficiente e se veja como um ser singular. Assim, a mulher consegue enfrentar de forma mais saudável suas dificuldades, não só em relação à cardiopatia, mas também ao contexto geral.

Reafirmando o pensamento de Braga (2009), é por meio dessa tomada de consciência que a mulher consegue realizar uma comunicação intrapsíquica e evoluir quanto sujeito, melhorando suas estratégias de enfrentamento. As participantes, de forma geral, possuem uma boa capacidade de resiliência, sendo assim, tendem a terem uma boa comunicação interna e demonstraram como pessoas em evolução.

Para analisar a mulher e resiliência é também importante levar em consideração a construção da identidade da mulher na contemporaneidade, pois mesmo após anos de movimento Feminista, é visível as diferenças entre os gêneros. Após a mulher ter conquistado um espaço mais amplo no mercado de trabalho, suas responsabilidades multiplicaram e sua jornada de trabalho também, pois agora além da afazeres do trabalho, somam-se os afazeres domésticos. Essa dupla jornada sobrecarrega a mulher que se encontra na desigualdade de gênero e pode desencadear estresse, cansaço, sedentarismo e outros fatores, que são considerados de riscos para doenças como a cardiopatia (VIEIRA, 2005).

Os fatores de risco podem intensificar e ou desencadear a cardiopatia, além de afetar de forma direta na capacidade do sujeito em ser resiliente. Esses fatores são vistos como fatos ou situações que intensificam a vulnerabilidade do sujeito, podendo também afetar seu meio, como sua família e influenciam de forma negativa a vida do sujeito, pois afetará o enfrentamento da doença. (PINHEIRO,2004)

Com os instrumentos utilizados nesta pesquisa, foi possível verificar fatores de riscos que afetam o enfrentamento da cardiopatia das participantes. Os quadros abaixo (quadros 5 e 6) apontam esses fatores que foram pontuados por meio da Entrevista Semi estruturada e da Técnica do Desenho-Estória.

Quadro 5: Análise da categoria 2 da Entrevista Semi estruturada

CATEGORIA 2- Entrevista Semi estruturada	
Participantes	Principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata
A	Dificuldade no auto controle, estresse , ansiedade , medo de fortes emoções, palpitações e histórico familiar de cardiopatia
B	Colesterol alto, triglicerís, estresse , tendência ao sedentarismo, acima do peso, dificuldade em delegar tarefas, luto e histórico familiar de cardiopatia
C	Ansiedade , estresse , má relação materna e histórico familiar de cardiopatia
D	Ansiedade , dislexia, não consegue fazer dieta, tendência ao sedentarismo, asma e carne esponjosa na amígdala.

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa.

Quadro 6: Análise da categoria 4 da Técnica Desenho-Estória com tema

CATEGORIA 4- Desenho-Estória com Tema	
Participantes	Necessidades e desejos
A	Necessidades e desejos primários
B	Necessidades e desejos destrutivos e necessidades e desejos construtivos.
C	Necessidades e desejos construtivos
D	Necessidades e desejos construtivos

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa.

Levando em consideração os dados do quadro 5, pode se notar que os fatores de riscos mais enunciados pelas participantes foram: estresse, indicados por A, B e C; ansiedade, apontados por A, C e D; e tendência ao sedentarismo, pontuados por C e D. Os outros fatores citados foram singulares a cada participante. É válido ressaltar que esses três fatores mais apontados foram os mais indicados pela literatura e em especial o de estresse, que afetam muitas mulheres na contemporaneidade e que pode afetar a relação familiar. Levando em consideração a classificação de estresse, partindo de um ponto de vista sistêmico, proposta por Simonetti e Ferreira (2008), as três participantes apresentam estresse subjetivo, aquele gerado por meio de sentimentos como cansaço, desamparo e outros. Já a participante B tende a apresentar também estresse objetivo, este se volta para questões de conflitos familiares, algo que B se queixou em muitos momentos da entrevista. Além dos fatores já pontuados, as participantes A, B e C possuem histórico familiar de cardiopatia, sendo este um fator de risco genético de relevância.

Já com relação aos dados do quadro 6, três participantes (B, C e D) indicaram necessidades e desejos construtivos, sendo estes voltados à necessidade de cura, realização, autonomia e crescimento. De forma indireta isso indica questões

intrapéssicas no enfrentamento da doença que estão relacionadas de forma indireta com os fatores de riscos, pois levando em consideração que necessidade é falta de algo, mesmo que elas estejam em processo de evolução, ainda há a o desejo quanto a isso. Segundo Santos (2011), os fatores de riscos podem ser vistos também como relativos e singulares, portanto, esses dados podem ser encarados como fatores vulneráveis ou não, dependerá da realidade e do ponto de vista de cada uma.

Além dos fatores de riscos teve-se como foco o de analisar os fatores de proteção. Levando em consideração a revisão de literatura desta pesquisa e tendo como base o pensamento de Rutter (1985), os fatores de proteção são aqueles que auxiliam no processo de resiliência e que influenciam de forma positiva o enfrentamento da vulnerabilidade, eles amenizam os efeitos das dificuldades, motivando o sujeito. O quadro a seguir (quadro 7) pontua fatores de proteção indicados pelas participantes.

Quadro 7: Análise da categoria 3 da Entrevista Semi estruturada.

CATEGORIA 3- Entrevista Semi estruturada	
Participantes	identificação dos fatores de proteção
A	Alimentação saudável, faz atividade física com acompanhamento, preocupação e consciência de seus limites.
B	Preocupação com sua saúde mental, está em um relacionamento e faz aulas de dança.
C	Acompanhamento com o mesmo médico do diagnóstico.
D	Autonomia, plano de saúde e acompanhamento multiprofissional na área da saúde em sua infância, adolescência e início da juventude.

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa

A literatura aborda que a realização de atividades físicas é um fator de proteção para pessoas com cardiopatia. Dos quatro casos estudados, apenas duas (A e B) praticam atualmente alguma atividade física. Além disso, também foi pontuado como apoio o acompanhamento médico, neste quesito, duas participantes informaram fazer acompanhamento regular (A e C), sendo que C faz tratamento com o mesmo médico que lhe deu o diagnóstico, portanto ele vem acompanhando ela na evolução da doença, o que vem a ser outro fator de apoio importante. Ademais, D foi a única participante que fez acompanhamento multiprofissional com cardiologista e psicólogo até o início de sua vida adulta, mesmo que ela não tenha dado continuidade, pode ser considerado um fator de proteção.

Tendo como base o proposto por Carvalho et al. (2007), os fatores de proteção podem ser divididos por três categorias, sendo elas: atributos posicionais do sujeito, laços afetivos do sistema familiar e outras redes de apoio que dão suporte ao sujeito. No primeiro caso entrariam questões mais subjetivas da mulher, como preocupação, consciência de seus limites e alimentação saudável, sendo estes indicados por A; preocupação com sua saúde mental e prática de aulas de dança, apresentados por B; e autonomia, citado por D. Já com relação à segunda categoria tem-se o estar em um relacionamento amoroso, sendo este indicado por B, por parte de todas houve apoio familiar, mesmo em caso que há muitos conflitos no sistema. Por fim, a categoria três, que aborda outras redes de apoio, neste quesito foram indicados os seguintes fatores: acompanhamento com o mesmo médico do diagnóstico, citado por C, denotando a importância da longitudinalidade do trabalho do profissional; e acompanhamento multiprofissional na área da saúde em sua infância, adolescência e início da juventude, fazendo jus a questão do acompanhamento multiprofissional, citado anteriormente, sendo este um relato de D. Além disso D também citou o uso de saúde suplementar por meio de Plano de Saúde que sua família possuía, que segundo ela foi a base para estar conseguindo fazer tratamento com mais de um profissional.

Outro fator de apoio importante e que se teve um foco específico nesta pesquisa foi o de participação em grupos de apoio. Segundo Cardoso (1999), é importante pessoas com doenças crônicas participarem de grupos não só informativos, mas também terapêuticos, pois eles auxiliam no enfrentamento da doença e de outras vulnerabilidades. Isso ocorre por meio de trocas de experiências entre os participantes e se perceber como um sujeito singular, mas que também possui características semelhantes a de outras pessoas, não se vendo sozinho. O quadro abaixo (quadro 8) demonstra a relação entre as participantes entrevistadas e grupos específicos a cardiopatia.

Quadro 8: Análise da categoria 5 da Entrevista Semi estruturada

CATEGORIA 5- PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE APOIO-Entrevista Semi estruturada			
Participantes	Participação	Experiência	Opinião
A	Não	Nunca	importante, trocas de experiências
B	Não	Nunca	-
C	Não	Nunca	importante, trocas de experiências
D	Não	Nunca	Importante, mas acha a presença da família mais relevante

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa

Nenhuma das participantes participam ou participaram de grupos de apoios à cardiopatia. A, B e D opinaram como uma prática importante, A e B justificaram a importância devido à troca de experiências, sendo este fator abordado pela literatura e D deu a mesma justificativa, porém deu ênfase ao papel da família como base para o enfrentamento. B não opinou. Assim, consideramos que este importante fator de proteção não se fez presente na vida das mulheres estudadas.

Outro fator que pode vir a ser tanto de apoio ou de risco é a família da paciente. Um dos objetivos desta pesquisa é entender o papel da família no enfrentamento e na resiliência da mulher cardiopata.

Levando em consideração o proposto por Cerveny (2000), a família é um sistema que deve ser além de funcional, ser saudável para todos os integrantes dela. O sistema familiar para ser saudável deve ser flexível e resiliente diante as vulnerabilidades que venham a surgir, sejam elas financeiras, de saúde ou da própria relação.

Cerveny (2000) aborda termos importantes para a compreensão deste sistema, são eles: homeostase, voltado a manter um padrão de funcionalidade; morfogênese, este se volta à capacidade de se auto transformar por meio da criatividade; feedback, que pode ser negativo, quando reforça um comportamento problema e positivo, que é quando retira este comportamento; e por fim o de causalidade circular, relacionado a busca de elasticidade e flexibilidade diante dos problemas. A família saudável seria aquela com capacidade de morfogênese, que consegue realizar um feedback positivo e que consiga exercer a causalidade circular. Estes seriam características básicas para que uma família consiga prestar apoio à mulher cardiopata.

O quadro 8 pontua indicadores que são vistos pelas participantes como fatores que influenciam no papel de sua família no enfrentamento da cardiopatia.

Já os quadros 9, 10 e 11 trazem os dados coletados da Técnica do Desenho-Estória com Tema que abordam fatos sobre a família que influenciam na resiliência familiar e a da participante.

Quadro 9: Análise da categoria 4 da Entrevista Semi estruturada

CATEGORIA 4-Entrevista Semi estruturada	
Participantes	O papel da família no enfrentamento da cardiopatia
A	Ausência do apoio materno, independência, solidão, preocupação
B	Apoio, preocupação e sobrecarga
C	Apoio, preocupação, ausência do apoio materno e responsabilidade.
D	Apoio, incentivo, preocupação, e base para o enfrentamento.

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa.

Quadro 10: Análise da categoria 6 da Técnica Desenho-Estória com Tema

CATEGORIA 6-Desenho-Estória com Tema	
Participantes	Estrutura familiar
A	-
B	filha vista como responsável
C	-
D	-

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa.

Quadro 11: Análise da categoria 7 da Técnica Desenho-Estória com Tema

CATEGORIA 7-Desenho-Estória com Tema	
Participantes	Dinâmicas familiares
A	-
B	pai dependente e filha responsável
C	-
D	-

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa.

Quadro 12: Análise da categoria 8 da Técnica Desenho-Estória com Tema

CATEGORIA 8-Desenho-Estória com Tema	
Participantes	Valores familiares
A	-
B	Tradicional e conservadores
C	-
D	-

Fonte: Dados coletados da presente pesquisa.

Focando no quadro 9, todas as participantes indicaram o termo preocupação ao serem questionadas sobre a representatividade de sua família perante à cardiopatia. Três delas, B, C e D citaram o termo apoio, sendo este também citado na literatura. As participantes A e C se queixaram da falta de apoio materno em contexto do enfrentamento da cardiopatia.

Já com relação aos quadros 10, 11 e 12 não foi possível encontrar na análise conteúdos que se encaixavam neste quesito, mas levando em consideração os dados de B, pôde-se considerar sua família como sendo emaranhada. Em seus estudos, Cerveny (2000) caracteriza essa família como sendo aquela que presta apoio, entretanto cobrando renúncias do membro familiar. Esse traço é muito comum em famílias brasileiras, mas não quer dizer que o sistema com essa característica não seja funcional.

Esse modo de funcionamento de muitas famílias brasileiras pode estar relacionado ao que Cerveny (2000) indica como uma falha na comunicação no sistema. Sua Teoria da comunicação, abordada na revisão de literatura, afirma que existem obstáculos para quem emite e para quem recebe a informação, ou seja, há um risco de a mensagem ser ouvida de forma distorcida, gerando ruídos na comunicação e falhas no sistema. Essa Teoria justificaria muito dos termos e das queixas citadas pelas participantes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral da presente pesquisa foi o de compreender e analisar o processo de resiliência da mulher cardiopata no enfrentamento da enfermidade e o papel da família nesse enfrentamento. Para que esse objetivo fosse atingido, foi utilizado o método de estudo de caso com base em uma pesquisa de campo exploratória e qualitativa. Sendo assim, foi realizado um estudo com base em dados de 4 participantes moradoras do Vale do Paraíba. Foram utilizados três instrumentos, sendo eles: Escala de Resiliência Wagnild e Young (PERIM ET AL, 2015), com o objetivo de medir a capacidade de resiliência das participantes; a entrevista semiestruturada, para assim, respeitar a singularidade de cada participante e a Técnica Projetiva Desenho-Estória com Tema, enfatizando a simbolização destas participantes a respeito de suas experiências em torno da enfermidade.

De acordo com os dados coletados e discutidos, pode-se dizer que os objetivos foram alcançados. A seguir, apresentamos as principais ideias conclusivas.

Quanto ao nível de resiliência da paciente cardiopata, duas participantes indicaram boa capacidade de resiliência, enquanto outras duas demonstraram alta capacidade.

Quanto aos principais riscos vivenciados pela mulher cardiopata, os fatores que mais apareceram nos discursos das participantes foram: ansiedade, histórico familiar de cardiopatia e estresse.

Quanto aos fatores de proteção, os mais pontuados pelas participantes foram: estar em acompanhamento médico e prática de atividade físicas, fatores como alimentação saudável foi indicado por somente uma participante.

Sobre o papel da família em relação ao enfrentamento, os elementos mais apresentados por elas foram “apoio” e “preocupação”, sendo que duas participantes indicaram ausência de apoio materno.

Quanto à representação simbólica da mulher com relação à cardiopatia os fatores mais identificados foram: desconforto, adaptação, medo, precaução e ansiedade.

Muito ainda se tem a estudar sobre este assunto. Esta pesquisa abordou a cardiopatia de forma geral, não focando em uma específica, pois o intuito era o estudo no enfrentamento da doença, de forma geral. Sendo assim, acreditamos que foram atingidos todos os objetivos da pesquisa e podemos concluir que a família tende a

representar a maior rede de apoio para a mulher. A família possui maior peso enquanto fator de proteção comparada à equipe de saúde. Ficou perceptível que para as mulheres que possuem conflitos na família, há uma tendência maior em estarem vulneráveis aos fatores de risco e menos propensas aos fatores de proteção, e conseqüentemente tendo uma representação simbólica negativa da doença.

Vale ressaltar que este estudo foi realizado com um número restrito e baixo de mulheres, além disso eram mulheres de apenas duas cidades distintas. Sendo assim, ressaltamos a importância de mais estudos que venham somar a este, em prol de sustentar a psicologia na área da cardiologia e assim propor intervenções para com este grupo populacional. Exemplo de trabalho relevante a ser desenvolvido na área seria um grupo terapêutico com mulheres no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade de Taubaté. Taubaté é uma cidade do Vale do Paraíba, com localização estratégica, o que favoreceria a participação de mulheres da cidade e região.

Referências

- ARAÚJO, T.L. de; et al. Reflexo da Hipertensão Arterial no Sistema Familiar. **Suplemento da Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.8, n.2, p.1-6, mar. /abr. 1998.
- ANDREIS, M. Aspectos ligados da mulher com valvopata. In: RIBEIRO, A. L. A. R.; DENISE DE P. R. (Orgs). **Mulher e Coração**: Aspectos ligados à Cardiopatia. Campinas: Papirus, 2004. p. 29-36.
- BENGHOZI, Pierre. Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 101-109, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652005000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- BONOMO, A. M. S.; ARAÚJO, T. C. C. F. de. Psicologia Aplicada à Cardiologia: Um Estudo sobre Emoções Relatadas em Exame de Holter. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília-DF, v. 25, n. 1, p. 065-074, jan. \mar. 2009.
- BORSA, J. C; FEIL, C. F. O Papel da Mulher no Contexto Familiar: Uma Breve Reflexão. **Psicologia: O Portal dos Psicólogos**. Jun. 2008. Disponível em:<https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0419> Acesso em: 17 abr. 2020.
- BRAGA, L. A. V. **Terapia Comunitária e Resiliência**: história de mulheres. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 14 de dez. de 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares são principais causa de morte no mundo**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/09/doencas-cardiovasculares-sao-principal-caoa-de-morte-no-mundo>> Acesso em: 04 mar. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretária Federal** do Ministério da Saúde. Portaria n. 2,436. 21 de setembro de 2017
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatísticas vitais**: mortalidade e nascidos vivos. 2003. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- BRASIL, Ministério Da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípio é Diretrizes. Brasília, 2004.
- BROTTO, A. M.; GUIMARAES, A. B. P. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. **Psicol. hosp.** São Paulo, v. 15, n. 1, p. 43-68, jan. 2017. Disponível em<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092017000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em: 15 abr. 2020.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília-DF, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CARDOSO, C. L. Psicoterapia de grupos com pacientes diabéticos e hipertensos em Centros de Saúde Pública. **Rev. Estudos de Psicologia.** Campinas, v. 16, n. 2, p. 5-15, mai.\ ago. 1999.

CARDOSO, S. V. Repercussões da cirurgia cardíaca na imagem corporal feminina. In: RIBEIRO, A. L. A. R.; DENISE DE P. R. (Orgs). **Mulher e Coração: Aspectos ligados à Cardiopatia.** Campinas: Paipirus, 2004. p.145-156.

CARVALHO, F. T. de et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2023-2033, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000900011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CARVALHO, M. J. C. de. A depressão na mulher cardiopata: aspectos psicológicos. In: RIBEIRO, A. L. A. R.; DENISE DE P. R. (Orgs). **Mulher e Coração: Aspectos ligados à Cardiopatia.** Campinas: Paipirus, 2004 p. 123-144.

Cervený, C.M.O.C. **A família como modelo.** 2. ed. Editora: Pleno, 2000.

CERVENY, C. M. de O. **Família e... Comunicação, Divórcio, Mudança, Resiliência, Deficiência, Lei, Bioética, Doença, Religião e Drogadição.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 13-24.

FAVARATO, M. E. C de S. Aspectos psicológicos ligados da mulher cardiopata no climatério. In: RIBEIRO, A. L. A. R.; DENISE DE P. R. (Orgs). **Mulher e Coração: Aspectos ligados à Cardiopatia.** Campinas: Paipirus, 2004, p. 61-73.

GARCIA, I. Vulnerabilidade e resiliência. **Adolescência Latino Americana,** v.2, n.3, abr. 2001.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Universidade federal do Rio Grande do Sul- UFRGS, 2009. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>> Acesso em: 31 out. 2020.

GIARETTA, D. G. et al. Qualidade de vida e Resiliência em Pacientes Pós - Operatório de Cirurgia Cardíaca. **Rev. Aten. Saúde,** São Caetano do Sul, v. 16, n. 58, p. 5-11, out.\ dez. 2018.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002

GODOY, M, M. C.; OLIVEIRA, A. L. **Uma proposta de análise sistêmica do procedimento Desenho-Estória com Tema.** In: 46a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, 2016, Fortaleza. Comunicações Científicas apresentadas na

46ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia? Fortaleza, 2016. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2016. v. 1. p. 443-443.

JUNQUEIRA, L. A Importância da Detecção do Estresse: Psicofisiologia e Impacto na Saúde Física e Mental das Pessoas. **Psychiatry Online Brasil**, v. 20, n. 12, 2015. Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano15/art1215.php>. Acesso em 20/04/2020.

JUNQUEIRA, L; PINA, M. A Psicologia Cardíaca e a Interação Mente- Coração: Novos Paradigmas para a Prevenção das Enfermidades Cardíacas e o Tratamento Psicológico de Pacientes Cardíacos. **Psychiatry on line Brasil**, v. 22, n.3, 2017. Disponível em: <https://www.polbr.med.br/ano17/art0317.php>. Acesso em: 14/03/2020.

NORONHA, M. G. R. da C. e S. et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 497-506, abr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000200018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2020.

OLIVEIRA, M. F.; MACHADO, T. S. Tradução e validação da Escala de Resiliência para Estudantes do Ensino Superior. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 29, n. 4, p. 579-591, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870- Acesso em: 23 abr. 2020.

OLIVEIRA, M de F. P. de; LUZ, P. L da. Aspectos emocionais da mulher com doença arterial coronária. In: RIBEIRO, A. L. A. R.; DENISE DE P. R. (Orgs). **Mulher e Coração: Aspectos ligados à Cardiopatia**. Campinas: Paipirus, 2004, p. 105-112.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados Inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Doença Crônica**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 20/03/2020.

PEREZ, G. H. Fatores de risco da doença arterial coronária em mulheres: uma visão psicossomática. In: RIBEIRO, A. L. A. R.; DENISE DE P. R. (Orgs). **Mulher e Coração: Aspectos ligados à Cardiopatia**. Campinas: Paipirus, 2004, p. 89-104.

PERIM, P. C. et al. Análise fatorial confirmatória da versão brasileira da escala de resiliência (ER - Brasil). **Revista Institucional de Psicologia**. v. 8, n. 2, p. 373-384, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a07.pdf> Acesso em: 15 mar. 2018.

PESCE, R. P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 436-448, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/10.pdf> Acesso em: 15 mar. 2018.

PINHEIRO, D.P.N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, v.9, n.1, p.67-75, jan. /abr. 2004.

PINTO, E. R. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 135-153, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151614982014000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2020.

RIBEIRO, A. L. A; RIBEIRO, M. A. A mulher portadora de cardiopatia congênita. In: RIBEIRO, A. L. A. R.; DENISE DE P. R. (Orgs). **Mulher e Coração: Aspectos ligados à Cardiopatia**. Campinas: Paipirus, 2004, p. 37-44.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: atlas, 2012.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. **British journal of psychiatry**, v.147, p.147-611, 1985.

SÁNCHEZ, A.M. **Abordagem Psicológica das Arritmias Cardíacas: Uma Análise das Emoções Relatadas em Exame de Holter**. 214 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto da universidade de Brasília, Universidade de Brasília- UnB. Brasília-DF, 2007.

SANTOS, A. De F. Dos. **A Resiliência e sua forma de promoção em famílias que convivem com a doença crônica**. 40 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, Minas Gerais, 2011.

SEMIONATO, M. A. W.; OLIVEIRA, R. G. **Funções e transformações da família ao longo da história**. I Encontro Paranaense de Psicopedagogia -ABPppr. nov./ 2003. Disponível em: <http://www.tjpe.jus.br/documents/72348/118733/SIMIONATO_OLIVEIRA_Fun%C3%A7%C3%B5es+e+transforma%C3%A7%C3%B5es+da+fam%C3%ADlia+ao+longo+da+hist%C3%B3ria.pdf/d831ed8d-35e9-4eb1-a7dce607d0d7c65e?version=1.0>. Acesso em: 02 mar. 2018.

SEVERO, D. C. **A Técnica Freudiana como exercício da autonomia**. *Artigo não publicado*, 2020.

SHAROVSKY. L. L. O coração da mulher é diferente? Aspectos psicológicos. In: RIBEIRO, A. L. A. R.; DENISE DE P. R. (Orgs). **Mulher e Coração: Aspectos ligados à Cardiopatia**. Campinas: Paipirus, 2004, p. 9-18.

SILVA, A.N. **Famílias Especiais: resiliência e deficiência mental**. 107 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2007.

SILVA, M. R. S. da; et al. Resiliência e promoção da saúde. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 14, n. spe, p. 95-102, 2005. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SIMONETTI, J.P.; FERREIRA, J.C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v.42, n.1, p.19-25, 2008.

SOARES, M. R. Z.; et al. Psicocardiologia: análise de aspectos relacionados à prevenção e ao tratamento de doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. XVIII, n. 1, p. 59-71, 2016.

SOCIEDADE de Cardiologia do Estado de São Paulo. **Departamento de psicologia**. Disponível em<<http://www.soces.org.br/departamentos/Psicologia/#.WpxCXx3wblU>> Acesso em: 04/03/2018.

TRINCA, W.; TARDIVO, L. S. L. P. Desenvolvimentos do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E). In: CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico-V**. 5 ed. Revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 428-438.

VIEIRA, J. A. A Identidade da Mulher na Contemporaneidade. **D.E.L.T.A.**, São Paulo, v. especial, n. 21, p. 207- 238, 2005.

VINUTO. J. A amostragem bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas. v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Sistemas/Downloads/2144-6186-1-PB.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2018.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Local: _____

Data: ____/____/____

Dados pessoais:

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Cidade que mora atualmente: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Ocupação atual: _____

Estado civil: _____

Questões

1) Quando você soube que era um paciente cardíaco?

Caso não seja mencionado, aprofundar a questão:

- Como você recebeu o diagnóstico?
- O que você sentiu quando soube da notícia?
- Você estava sozinho ou acompanhado? Se sim, de quem?

2) O que mudou na sua vida depois do diagnóstico?

Caso não seja mencionado, aprofundar a questão:

- Em relação aos seus hábitos?
- Em relação a sua rotina?
- Em relação ao uso de medicamentos?
- Em relação ao seu estilo de vida?

3) Qual o seu maior desafio em relação à cardiopatia?

Caso não seja mencionado, aprofundar a questão:

- Você gostaria que essa situação fosse diferente? Se sim, como?

- 4) Qual atitude você teve quando soube do diagnóstico?
Essa atitude permanece?
- 5) Como você lida com o tratamento/acompanhamento da cardiopatia? Quais os fatores/aspectos que ajudam você no enfrentamento da cardiopatia?
Caso não seja mencionado, aprofundar a questão:
- O que você faz para prevenir novos episódios?
- O que te motiva a fazer isso?
- 6) Qual foi o momento mais difícil que você teve que enfrentar desde o diagnóstico? O que você fez diante disso?
- 7) Gostaria que me falasse um pouco sobre a sua família. Quem mora na sua casa atualmente?
Caso não seja mencionado, aprofundar a questão:
- Você tem filhos? Se sim, quantos? Qual a idade deles?
- Você tem netos? Se sim, quantos? Qual a idade deles?
- 8) O problema cardíaco já esteve presente na sua família antes?
Caso não seja mencionado, aprofundar a questão:
- Se sim, em quem? - Qual a sua relação com essa pessoa?
- 9) Como a sua família lida com o seu problema cardíaco?
Caso não seja mencionado, aprofundar a questão:
- Como eles receberam essa notícia?
- O que você acha que mudou na vida deles?
- Houve alguma mudança na forma como eles se relacionam com você?
- 10) Qual a importância da sua família desde o diagnóstico?
- 11) Quem são as pessoas que mais te apoiam nesse momento?
- 12) Você participa de alguma atividade ou grupo específico para pessoas com problemas cardíacos?

Caso não seja mencionado, aprofundar a questão:

- Se sim, qual e há quanto tempo?
- Como você se sente nessa atividade/grupo?
- Qual a importância dessa atividade/grupo para você?

13) Você conhece outras pessoas que estão passando pelo mesmo processo que você?

Caso não seja mencionado, aprofundar a questão:

- Se sim, quem são as pessoas mais próximas de você?
- Como vocês se relacionam?
- O que você mais admira nelas?
- O que você acha que elas mais admiram em você?

14) Dessas pessoas que você mencionou, você poderia indicar alguém para participar da minha pesquisa?

15) Nossa entrevista está terminando. Mas antes de finalizar, você gostaria de me dizer ou acrescentar algo?

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: O PROCESSO DE RESILIÊNCIA DE MULHERES NO ENFRENTAMENTO DA CARDIOPATIA: Estudo de caso.

1. Natureza da pesquisa: Você é convidado a participar desta pesquisa, que tem como objetivo compreender e analisar o processo de resiliência do paciente cardiopata no enfrentamento da enfermidade.

2. Participantes da pesquisa: pessoas diagnosticadas com algum tipo de cardiopatia.

3. Envolvimento na pesquisa: Ao se integrar neste estudo você deve participar de um procedimento para a coleta de dados que será conduzido por Taís Maria Ferreira, aluna de Graduação do curso de Psicologia. O procedimento consiste nas seguintes etapas: Você deverá responder algumas perguntas por meio de entrevista, deverá responder um questionário por meio de escala e deverá fazer um desenho a partir das devidas instruções. Você terá tempo livre para responder ao solicitado e eventuais dúvidas serão esclarecidas no momento da aplicação. É previsto um único contato com cada participante, que deve durar aproximadamente 1 hora e 30 minutos, entretanto, caso o participante se sinta cansado e assim desejar, a coleta de dados poderá ser dividida em dois encontros. Você tem a liberdade de recusar a sua participação, sem qualquer prejuízo para você. Solicitamos sua colaboração garantindo assim o melhor resultado para a pesquisa. Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa entrando em contato com a Pesquisadora responsável Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira através do telefone (12)981326333 (inclusive ligações a cobrar) ou com a aluna Taís, através do telefone (12) 97560937 (inclusive ligações a cobrar).

4. Riscos: A pesquisa apresenta risco mínimo. O possível risco que a pesquisa poderá causar é que o (a) Sr. (a) se sinta desconfortável emocionalmente, inseguro ou não deseje fornecer alguma informação pessoal solicitada pela pesquisadora. Com vistas

em prevenir possíveis riscos gerados pela presente pesquisa ficam-lhe garantidos os direitos de anonimato, de abandonar a pesquisa a qualquer momento, de deixar de responder qualquer pergunta que julgue por bem assim proceder, bem como solicitar para que os dados fornecidos durante a coleta não sejam utilizados. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos utilizados não oferecem riscos à sua dignidade.

5. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados serão identificados com um código, e não com o nome. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

6. Benefícios: O conhecimento adquirido poderá subsidiar o desenvolvimento de medidas com objetivo de criar propostas para intervenções com os pacientes e seus familiares, capazes de desenvolver o processo de resiliência e de fortalecer o enfrentamento de doenças crônicas.

7. Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação do (a) mesmo (a).

8. Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar a participar e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você pode a qualquer momento, retirar seu consentimento, excluindo a sua participação.

9. Após a conclusão estará à disposição na Biblioteca do Campus do Bom Conselho da Universidade de Taubaté, uma monografia contendo os resultados.

10. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNITAU na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – centro – Taubaté, telefone (12) 3635-1233, e-mail: cep@unitau.br

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Portanto, preencha os itens que seguem:

Consentimento pós-informação

Eu, _____
_____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**O PROCESSO DE RESILIÊNCIA DE MULHERES NO ENFRENTAMENTO DA CARDIOPATIA: Estudo de caso.**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura

Taubaté, _____ de _____ de 2018.

Profª Drª Adriana Leônidas de Oliveira
CRP. 06/41548-8 – Professor Responsável

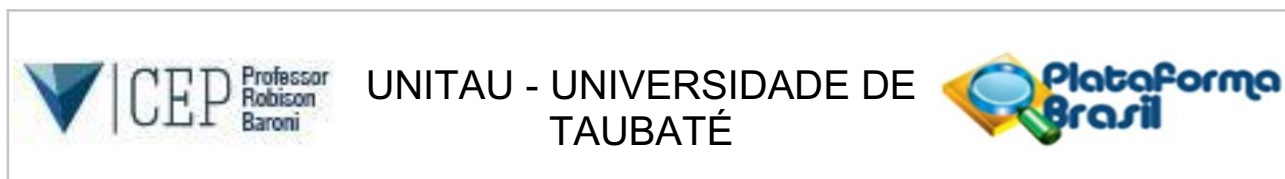
ANEXO B– ESCALA DE RESILIÊNCIA

Escala de Resiliência

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar um motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO C- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE RESILIÊNCIA DE PACIENTES NO ENFRENTAMENTO DA CARDIOPATIA: Estudo de caso **Pesquisador:** Adriana Lêonidas de Oliveira **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 85915318.5.0000.5501

Instituição Proponente: Universidade de Taubaté

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.600.274

Apresentação do Projeto:

Adequado e bem organizado.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentou avaliação de riscos e providências caso sejam necessárias, bem como os benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de interesse para a formação acadêmica. Materiais e métodos coerentes com os objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

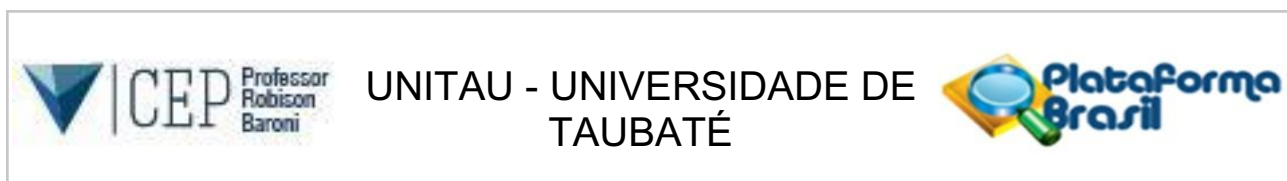
Adequado.

Recomendações:

Recomenda-se incluir no TCLE que as entrevistas serão gravadas. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté recomenda a entrega do relatório final ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.



Continuação do Parecer: 2.600.274

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210

Bairro: Centro

CEP: 12.020-040

UF: SP

Município: TAUBATE

Telefone: (12)3635-1233

Fax: (12)3635-1233

E-mail: cepunitau@unitau.br

Página 01 de 02

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 13/04/2018, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 510/16, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1096371.pdf	21/03/2018 10:31:17		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	21/03/2018 10:30:31	Adriana Leonidas de Oliveira	Aceito
Outros	Adriana_Leonidas_Termo_de_Compromisso_do_Pesquisador.pdf	18/03/2018 22:07:40	Adriana Leonidas de Oliveira	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	18/03/2018 21:14:44	Adriana Leonidas de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	18/03/2018 21:14:28	Adriana Leonidas de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/03/2018 21:13:29	Adriana Leonidas de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TAUBATE, 16 de Abril de 2018

Assinado por:
José Roberto Cortelli
(Coordenador)

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210

Bairro: Centro

CEP: 12.020-040

UF: SP

Município: TAUBATE

Telefone: (12)3635-1233

Fax: (12)3635-1233

E-mail: cepunitau@unitau.br