

# SUPERANDO AS ADVERSIDADES: RESILIÊNCIA DIANTE DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

## OVERCOMING ADVERSITY: RESILIENCE AGAINST CORONARY ARTERY DISEASE

Cristiane Olmos Grings<sup>1</sup> e Evelyn Soledad Reyes Viguera<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista em Psicoterapia da Infância e Adolescência, pelo Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência – Ceapia, Porto Alegre, Rio Grande do Sul; especialista em Saúde, ênfase em Cardiologia, pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde: Cardiologia, do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/ Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul – FUC.

<sup>2</sup> Doutora em Medicina e Ciências da Saúde, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC/RS.

Data de entrada do artigo: 24/05/2012

Data de aceite do artigo: 06/08/2012

### RESUMO

**Introdução:** a doença arterial coronariana está entre as principais causas de mortalidade, exigindo intervenções em todos os níveis de atenção à saúde. O conceito de resiliência contribui para o conhecimento dos fatores que permitem ao paciente desenvolver condições emocionais saudáveis para superar as adversidades, como as limitações da doença crônica, adaptando-se sem que isso lhe cause maiores danos. **Objetivos:** investigar os escores de resiliência e depressão dos pacientes que sofreram o primeiro infarto agudo do miocárdio e que estavam em tratamento multiprofissional em nível de atenção secundária em hospital especializado em cardiologia. **Métodos:** estudo transversal. Amostra: 102 pacientes. Protocolo: questionário que investigou a situação sociodemográfica, fatores de risco para cardiopatia e questões emocionais; escala de resiliência; e inventário de depressão de Beck. Análise estatística: frequência absoluta e relativa; média e desvio padrão; coeficiente de correlação de Pearson. **Resultados:** predominância do sexo masculino (69,6%), idade média de 60,18 anos ( $\pm 11,26$ ), casado (75,5%), ensino fundamental incompleto (49%) e aposentado (42,2%). Os escores de resiliência oscilaram entre 103 e 175 pontos ( $147,36 \pm 15,18$ ), e os escores de depressão variaram entre 0 e 55 pontos ( $8,96 \pm 9,09$ ), havendo correlação significativa inversa entre eles ( $r = -0,239$ ;  $p = 0,015$ ). Observou-se que 60,8% têm resiliência alta e 72,5% têm escore mínimo de depressão. **Conclusões:** há um fator de proteção alto e um fator emocional de risco baixo, condições ideais para o desenvolvimento da capacidade de enfrentar a doença e suas limitações. Faz-se urgente achar o equilíbrio nas intervenções da equipe multiprofissional, promovendo fatores protetores e amenizando fatores de risco.

**Palavras-chave:** resiliência psicológica; depressão; doença cardíaca coronária.

### ABSTRACT

**Introduction:** coronary artery disease is among the leading causes of mortality and requires interventions at all levels of health care. The concept of resilience contributes to the knowledge of the factors that helps patients develop healthy emotional conditions to overcome adversities, like limitations of chronic disease, adapting itself and not suffering further damage. **Objectives:** to investigate the resilience and depression scores of patients who underwent the first acute myocardial infarction and received multi professional treatment at a secondary health care in a cardiology specialized hospital. **Methods:** cross-sectional study. Sample: 102 patients. Protocol: questionnaire that investigated the socio-demographic situation, risk factors for heart disease and emotional issues; Resilience Scale; and Beck Depression Inventory. Statistical analysis: absolute and relative frequency, mean and standard deviation, Pearson's correlation coefficient. **Results:** The majority are male (69.6%), mean age 60.18 years ( $\pm 11.26$ ), married (75.5%), elementary education (49%) and retired (42.2%). Resilience scores ranged between 103 and 175 points ( $147.36 \pm 15.18$ ), and depression scores ranged from 0 to 55 points ( $8.96 \pm 9.09$ ), with significant inverse correlation between them ( $r = -0.239$ ,  $p = 0.015$ ). It is observed that 60.8% have high resilience and 72.5% have a minimum score of depression. **Conclusions:** there is a high protection factor and an emotional low risk factor, ideal conditions for the development of capacity to cope with illness and its limitations. It is urgent to find the balance in the multidisciplinary team interventions, promoting protective factors and mitigating risk factors.

**Keywords:** psychological resilience depression; coronary heart disease.

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) correspondem a um sério problema de saúde pública, sendo responsáveis pela maior carga de doença no Brasil <sup>(1)</sup>. Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares representam 31% do total de óbitos por causas conhecidas no País <sup>(2)</sup>. Dados do Ministério da Saúde <sup>(1,2)</sup> apontam que as DCNT são onerosas para o sistema público, pois exigem ações, procedimentos e serviços de saúde, bem como são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (59%), por anos de vida vividos com incapacidade (74,7%) e anos de vida comprometidos, ajustados por incapacidade (66,3%). Tal contexto demanda intervenções imediatas em todos os níveis de atenção à saúde a fim de prevenir tais enfermidades e controlá-las.

Um importante estudo <sup>(3)</sup> identificou os principais fatores de risco emocionais para a doença arterial coronariana ao redor do mundo, mas apenas recentemente começaram a surgir questionamentos e pesquisas na área da saúde a respeito do que leva um indivíduo a suportar algumas adversidades sem sucumbir emocionalmente <sup>(4-7)</sup>. Introduziu-se, então, nos domínios das ciências humanas e da saúde, o conceito de resiliência com o propósito de descrever a capacidade do indivíduo para enfrentar eventos adversos e indesejáveis, adaptando-se a eles sem que isso lhe cause maiores danos <sup>(4, 8-10)</sup>. Resiliência é um conceito vindo das ciências exatas e se refere à ideia de elasticidade e capacidade rápida na recuperação de determinados materiais <sup>(6)</sup>.

Para entender a resiliência psicológica, é preciso considerar a gravidade dos riscos a que o indivíduo está sendo submetido bem como a suscetibilidade pessoal às experiências negativas <sup>(11)</sup>. A capacidade de resiliência envolve tanto fatores de proteção internos quanto externos ao indivíduo, e pode ser entendida como um processo interativo e dinâmico, que se constrói a partir das interações do sujeito com o ambiente familiar e social, em cada situação específica <sup>(7, 8, 12)</sup>.

A resiliência embasa seu desenvolvimento e modulação na interação entre fatores de risco e proteção. Dentre os possíveis fatores de risco, encontram-se os seguintes: níveis e número de exposições a eventos adversos; sentido atribuído ao evento estressor; acúmulo dos fatores de risco; cronicidade dos eventos e níveis de tolerância ao estresse. Os fatores de proteção são desenvolvidos na interação de aspectos pessoais (autoestima, empatia, habilidades sociais, autocontrole), condições familiares (qualidade das interações, coesão familiar, estabilidade) e fatores

do ambiente em que o sujeito está inserido (ambiente tolerante aos conflitos, limites, relacionamentos saudáveis e positivos) <sup>(13, 14)</sup>. A resiliência está associada a resultados desejáveis, como a saúde física e emocional <sup>(15)</sup>.

O presente trabalho tem como objetivo investigar os escores de resiliência e depressão dos pacientes que sofreram o primeiro infarto agudo do miocárdio (IAM) e que estavam em tratamento multiprofissional num nível de atenção secundária, em hospital especializado em cardiologia, buscando conhecer a relação entre a capacidade para enfrentar situações desfavoráveis e um importante fator emocional de risco para novos eventos cardíacos isquêmicos.

## 2. MÉTODOS

Dos 107 pacientes convidados para participar da pesquisa, cinco apresentaram os dados incompletos nos registros do Serviço de Psicologia Clínica do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC) e, portanto, foram excluídos do estudo. A amostra, portanto, foi composta por 102 pacientes, de ambos os sexos, que sofreram o primeiro IAM e estavam em tratamento no programa do Ambulatório de Prevenção Secundária da Doença Arterial Coronariana do IC/FUC, no período entre setembro de 2010 e maio de 2011. Os pacientes que compuseram a amostra tinham sofrido o IAM há pelo menos um ano e se encontravam em diferentes momentos do tratamento ambulatorial, que consistia em seis consultas semestrais. No referido programa, os participantes do estudo foram atendidos por equipe multiprofissional (psicologia, enfermagem, nutrição e medicina) e receberam orientações focadas no controle dos fatores de risco, visando a prevenir a ocorrência de um novo evento isquêmico cardíaco.

Enquanto aguardavam para a consulta no ambulatório, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa. Após o consentimento de cada um deles, foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, bem como aplicada a escala de resiliência. Os dados do questionário do Serviço de Psicologia Clínica e os escores do inventário de depressão de Beck (BDI), coletados, respectivamente, durante a primeira e a segunda consulta do paciente, foram buscados nos arquivos do Serviço de Psicologia Clínica. Para a utilização desses dados, os pesquisadores firmaram compromisso ético via termo de compromisso para utilização de prontuários de pacientes e de banco de dados para projetos de pesquisa.

Os instrumentos utilizados para o presente estudo encontram-se explicitados nos itens abaixo.

- Questionário do Serviço de Psicologia Clínica: utilizado para investigar a situação sociodemográfica, o conhecimento do paciente sobre a sua doença cardíaca, os fatores de risco para a doença arterial coronariana, as questões emocionais e a adesão autorreferida ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.
- Escala de resiliência: desenvolvida por Wagnild e Young<sup>(9)</sup>, em 1993, como um instrumento para medir níveis de adaptação psicossocial positiva diante dos eventos de vida adversos. Possui 25 itens descritos de forma positiva, com respostas do tipo Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). O valor total é obtido pelo somatório dos valores das respostas e pode variar entre 25 e 175. Os níveis podem ser classificados em baixo (menos de 125 pontos), moderado (125-145 pontos) e alto (mais de 145 pontos) (15). Foi validada no Brasil por Pesce e colaboradores<sup>(8)</sup>, em 2005, em um estudo com 977 sujeitos, de ambos os sexos, entre 12 e 19 anos ( $15,4 \pm 1,48$ ). A escala tem três fatores: fator 1, que transmite a ideia de resolução de ações e valores; fator 2, que indica independência e determinação; e fator 3, que infere sobre autoconfiança e capacidade de adaptação.
- Inventário de depressão de Beck (BDI): trata-se de uma medida de autoavaliação para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos; é uma escala composta por 21 itens, sendo que cada item apresenta quatro alternativas, que podem ter escore de 0 a 3. De acordo com o *Manual da versão em português das escalas Beck*<sup>(16)</sup>, não são sugeridos pontos de corte para populações normais, mas um escore de 18 a 19 pontos poderia dar uma estimativa de possível depressão. Nos casos de pacientes psiquiátricos, os níveis dos escores do BDI são os seguintes: mínimo (0-11 pontos); leve (12-19 pontos); moderado (20-35 pontos); e grave (36-63 pontos). Para a população de cardiopatas ( $n = 92$ ), o *Manual da versão em português das escalas Beck*<sup>(16)</sup> aponta a média de  $11,03 \pm 6,93$ .

O banco de dados foi digitado no programa Microsoft® Excel 2000; e a análise estatística foi realizada através do *software* PASW, versão 18.0. As variáveis qualitativas foram descritas

através de frequência absoluta e frequência relativa enquanto as variáveis quantitativas, através de média e desvio padrão. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para estabelecer cotejo entre os escores brutos das escalas de resiliência e de depressão.

O estudo ora apresentado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia (Processo n. 4.529/2010). Com relação às fontes de financiamento, declara-se não haver nenhuma.

### 3. RESULTADOS

A maioria dos participantes do estudo era do sexo masculino, correspondendo a 71 pacientes (69,6%). A idade variou entre 34 e 85 anos ( $60,18 \pm 11,26$ ) e o estado civil predominante foi casado (75,5%). A maioria tinha ensino fundamental incompleto (49%) e a situação profissional dominante era de aposentadoria (42,2%). Em relação ao lazer e à vida social – fatores protetores importantes –, os participantes referiram ter algum tipo de atividade de lazer no dia a dia (68,6%) e consideravam a sua vida social satisfatória (80,3%).

Na população estudada, os escores de resiliência oscilaram entre 103 e 175 pontos, com média de  $147,36 \pm 15,18$ , e os escores de depressão variaram entre 0 e 55 pontos, com média de  $8,96 \pm 9,09$ . O coeficiente de correlação de Pearson demonstrou que existia correlação significativa inversa ( $r = -0,239$ ;  $p = 0,015$ ) entre os escores, isto é, quando a resiliência era alta, a depressão era baixa e vice-versa. Entretanto, por ter sido observada correlação fraca, não foi possível afirmar que, sempre que um dos escores aumentava, o outro diminuía. A Tabela 1 mostra que 60,8% dos participantes tinham resiliência emocional alta e 72,5% apresentavam escore mínimo de depressão.

**Tabela 1:** Níveis de resiliência e de depressão ( $n = 102$ )

Níveis	n (%)
<b>Resiliência</b>	
Baixa	8 (7,8)
Moderada	32 (31,4)
Alta	62 (60,8)
<b>Depressão</b>	
Mínima	74 (72,5)
Leve	19 (18,6)
Moderada	6 (5,9)
Alta	3 (2,9)

A Tabela 2 apresenta dados sobre o conhecimento que o paciente dizia ter a respeito da doença arterial coronariana e seus fatores de risco e sobre a sua percepção quanto à adesão ao tratamento proposto. Somente 29,4% dos participantes declararam possuir conhecimento sobre a doença cardíaca e seus fatores de risco e, apesar de a quase totalidade dos pacientes entrevistados ter referido adesão ao tratamento medicamentoso (93,1%), tal adesão em relação à dieta prescrita e à atividade física ocorreu em apenas 41,2% e 35,3% dos casos, respectivamente. O índice de tabagismo reduziu-se em 50%, porém continuou ocorrendo em 18,6% dos casos.

**Tabela 2:** Conhecimento sobre a doença arterial coronariana (DAC) e seus fatores de risco e a adesão autorreferida ao tratamento (n = 102)

Variáveis	n (%)
Conhecimento da DAC e fatores de risco	30 (29,4)
Adesão ao tratamento medicamentoso	95 (93,1)
Adesão ao tratamento não medicamentoso	
Dieta	42 (41,2)
Atividade física	36 (35,3)
Cessação do tabagismo	51 (50)

#### 4. DISCUSSÃO

De acordo com dados do Ministério da Saúde <sup>(17)</sup>, as doenas isqu micas do corao correspondem ao segundo lugar entre as causas de morte no Brasil, perdendo apenas para as doenas cerebrovasculares. Entre o sexo masculino, elas são consideradas a primeira causa de  bito. A taxa de mortalidade padronizada específica por doenas isqu micas do corao no Brasil é de 42,9/cem mil habitantes e, no Rio Grande do Sul, é de 48,2/cem mil habitantes, a maior taxa entre os estados da região Sul. Esses dados preocupantes em saúde pública nem sempre parecem ser conhecidos ou assimilados pela populao em geral. O que já existe é um importante trabalho de divulgao, inclusive pela m dia televisiva, dos fatores de risco mais perigosos para a doena arterial coronariana. Entretanto, o presente estudo revelou que os pacientes que chegavam para atendimento no ambulatório ainda tinham pouco conhecimento a respeito da sua doena cardíaca e da importância da modificao de hábitos de vida para o sucesso do tratamento e da preveno de um novo evento isqu mico cardíaco.

Dentre os nove principais fatores de risco revelados em um estudo realizado em 52 países

dos cinco continentes <sup>(3)</sup>, encontram-se fatores emocionais como o estresse e a depressão, que podem aumentar em 2,67 vezes o risco relativo de IAM. A depressão   três vezes mais comum nas pessoas após o IAM do que na populao em geral e 15 a 20% dos pacientes com IAM internados no hospital preenchem critérios para o diagnóstico de depressão maior do *Manual de diagnóstico e estatística das perturbaes mentais* (DSM-IV) <sup>(18)</sup>. As características peculiares do humor deprimido podem interferir em hábitos como o tabagismo, a alimentao e a atividade física, comprometendo o resultado do tratamento devido à falta de motivao para as mudanas necessárias no estilo de vida <sup>(19, 20)</sup>. As falhas de adesão ao tratamento medicamentoso e às mudanas de estilo de vida justificam, parcialmente, os maiores riscos da reincidência do IAM e da mortalidade entre os deprimidos <sup>(19)</sup>.

Apesar de muitos estudos afirmarem que os sintomas depressivos são mais elevados entre pessoas com doena arterial coronariana <sup>(19)</sup>, ainda se conhece pouco sobre a prevalência da depressão em amostras de pacientes de ambulatório <sup>(18)</sup>.

Os participantes do estudo, contrariamente aos dados encontrados na literatura, não revelaram sinais de depressão importante. Porém, demonstraram adesão parcial às orientaes da equipe, diminuindo as chances de sucesso do seu tratamento. Por terem vivido o evento agudo há pelo menos um ano e estarem buscando ativamente orientaes e tratamento multiprofissional, estes pacientes podem até apresentar o humor estável, diferentemente dos pacientes que vivem o auge da adversidade ou não são acompanhados periodicamente na reabilitao cardíaca. Na literatura, questiona-se qual seria o momento ideal para avaliar a depressão <sup>(21)</sup> e, possivelmente, no presente estudo, tal momento tenha interferido no resultado encontrado já que os sintomas depressivos podem ter sido mascarados pelo tempo decorrido desde o IAM até a aplicao do BDI na segunda consulta ambulatorial.

Existem capacidades emocionais que permitem o enfrentamento de situaes adversas e estressoras. A capacidade de resiliência, descrita como flexibilidade para responder às novas demandas situacionais adversas e adaptar-se a elas sem que isso cause maiores danos, exerce um papel importante na maneira como o indivíduo vai enfrentar uma doena crônica. Neste contexto, a resiliência seria a capacidade do indivíduo de lidar com a doena e suas limitaes, aderir ao tratamento proposto e readaptar-se de forma positiva <sup>(22)</sup>.

A literatura refora a importância das emoes positivas, como o riso e o otimismo, para o bem-

estar psicológico e físico, assim como para a superação mais rápida das emoções negativas<sup>(23)</sup>. Os indivíduos resilientes vivenciam as emoções positivas, mesmo em meio a eventos estressantes, o que pode explicar a sua capacidade de recuperação com sucesso apesar da adversidade<sup>(23)</sup>. Diante de uma doença cardíaca crônica, que exige mudanças no estilo de vida, a resiliência pode ser o diferencial entre sucumbir à depressão e enfrentar as limitações impostas diante da nova condição de saúde<sup>(7)</sup>. Na amostra estudada, a capacidade para enfrentar as adversidades encontra-se alta e os pacientes têm demonstrado persistência na continuidade do tratamento ambulatorial, mesmo que exista dificuldade para adesão adequada à proposta de tratamento. Ainda falta tornarem-se mais ativos tendo em vista as mudanças de estilo de vida exigidas pela condição crônica, já que o valor da resiliência não está apenas na capacidade de tê-la, e sim na capacidade de usá-la; é isso que faz a diferença na superação das adversidades.

Muitos estudos que utilizaram a escala de resiliência tiveram a média em níveis moderado e alto, com pontuação variando entre 140-148 pontos<sup>(15)</sup>. O resultado do presente trabalho encontrou resultado semelhante com média de 147,36 ( $\pm 15,18$ ) pontos. Um estudo sobre resiliência de pessoas com mielomeningocele<sup>(24)</sup> – má-formação congênita do tubo neural – revelou um alto índice de resiliência (91,7%) nessa população. Os autores justificaram esse resultado, em parte, pelo fato de as pessoas terem atribuído sentido à sua vida e utilizado a capacidade de rir e de serem amigos de si mesmos.

Na literatura, é descrita a necessidade de tratamentos profissionais que incluam as capacidades positivas e fortalecedoras do ser humano, buscando enfatizar expectativa positiva e esperança quanto à mudança, senso de otimismo e defesas adaptativas<sup>(22)</sup>. A correlação inversa dos

resultados do presente estudo pode sinalizar para o profissional da saúde a importância de uma mudança na abordagem do paciente, ou seja, o aumento da valorização das qualidades do indivíduo, salientando a perspectiva de vida a fim de ajudá-lo a gerenciar a doença crônica com mais sucesso. Dessa maneira, acredita-se que o indivíduo possa ter chance de repensar as suas condições e resgatar o sentido da vida após o IAM.

## 5. CONCLUSÃO

Há uma busca por novas propostas de intervenção que valorizem as dimensões sociais e subjetivas, além da dimensão biológica. Assim, faz-se necessário conhecer além dos fatores de risco; é preciso conhecer as forças emocionais existentes para enfrentar uma doença crônica. Na amostra estudada, verificou-se um fator de proteção alto e um fator emocional de risco baixo, condições ideais para o desenvolvimento da capacidade de enfrentar a doença e suas limitações. Faz-se urgente, então, achar o equilíbrio nas intervenções da equipe multiprofissional, amenizando os fatores de risco e promovendo os fatores protetores.

### Vinculação acadêmica

Vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde: Cardiologia, do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia.

### Agradecimentos

A toda a equipe do Ambulatório de Prevenção Secundária da Doença Arterial Coronariana, por sua parceria e seu incentivo. E às colegas psicólogas residentes, por seu apoio e empenho na fase de coleta de dados.

## REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) 2011-2022 no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 27 jun 2012]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_plano.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf)>.
- (2) Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [acesso em 27 jun 2012]. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/GERA\\_DCNT\\_NO\\_SUS.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/GERA_DCNT_NO_SUS.pdf)>.
- (3) Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F *et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep; 364(9438):937-52.
- (4) Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*. 1987 Jul; 57(3):316-31.
- (5) Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol Estud*. 2003; 8(num. esp):75-84.
- (6) Oliveira MA, Reis VL, Zanelato LS, Neme CMB. Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. *Psicol Ciênc Prof*. 2008; 28(4):754-67.
- (7) Angst R. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. *Psicol Argum*. 2009 jun/set; 27(58):253-60.
- (8) Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005 mar/abr; 21(2):436-48.
- (9) Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 1993 Win; 1(2):165-78.
- (10) Penna TLM. Psicoterapia em instituições médicas. In: Mello Filho J, Burd M (orgs.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 491-6.
- (11) Castro EK, Moreno-Jiménez B. Resiliência em crianças com doenças crônicas: aspectos teóricos. *Psicol Estud*. 2007 jan/abr; 12(1):81-6.
- (12) Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*. 1999 May; 21(2):119-44.
- (13) Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicol Teor e Pesq*. 2004 mai/ago; 20(2):135-43.
- (14) Pinheiro DPN. A resiliência em discussão. *Psicol Estud*. 2004; 9(1):67-75.
- (15) Wagnild GM. A review of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 2009; 17(2):105-13.
- (16) Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- (17) Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAUDE\\_BRASIL\\_2009\\_COLETIVA.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAUDE_BRASIL_2009_COLETIVA.pdf)>.
- (18) Lichtman JH, Bigger Jr JT, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lesperance F *et al.* Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral, and treatment. A science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*. 2008 Oct; 118(17):1768-75.
- (19) Perez GH, Nicolau JC, Romano BW, Laranjeira R. Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. *Arq Bras Cardiol*. 2005 nov; 85(5):319-26.
- (20) Jurkiewicz R, Romano BW. Doença arterial coronariana e vivência de perdas. *Arq Bras Cardiol*. 2009 out; 93(4):352-9.
- (21) Denollet J, Martens EJ, Smith ORF, Burg MM. Efficient assessment of depressive

## REFERÊNCIAS

symptoms and their prognostic value in myocardial infarction patients. *J Affect Disord.* 2010 Jan; 120(1-3):105-11.

(22) Bianchini DCS, Dell'Aglio DD. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paideia.* 2006 set/dez; 16(35):427-36.

(23) Tugade MM, Fredrickson BL, Feldman Barrett L. Psychological resilience and positive

emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *J Pers.* 2004 Dec; 72(6):1161-90.

(24) Catusso RL, Campana ANNB, Tavares MCGC. A resiliência e a imagem corporal de adolescentes e adultos com mielomeningocele. *HU Rev.* 2010 jan/mar; 36(1):37-45.

**Endereços para correspondência:**

**Cristiane Olmos Grings**

editoracao-pc@cardiologia.org.br

**Evelyn Soledad Reyes Viguera**

evelynviguera@hotmail.com