



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

Estresse, Qualidade de Vida e Adoecimento

Camilla Alexandre Gomes Ferreira

Brasília

Junho/2018



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES

Curso de Psicologia

Estresse, Qualidade de Vida e Adoecimento

Camilla Alexandre Gomes Ferreira

Pesquisa apresentada na disciplina de Produção de Artigo do sétimo semestre do curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Professora-orientadora: Suely Sales
Guimarães

Brasília
Junho/2018

SUMÁRIO

Introdução	5
Método	11
Participantes	11
Local	11
Instrumento.....	11
Procedimentos	12
Resultados	13
Discussão.....	16
Considerações Finais.....	18
Referências Bibliográficas	19

Resumo: o objetivo desse estudo foi investigar as variáveis estresse, qualidade de vida, e adoecimento, com foco nas doenças cardiológicas. A amostra foi constituída por quatro pacientes cardíacos, abordados por conveniência enquanto esperavam pela consulta no ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário de Brasília. Para a coleta de dados foram utilizados o questionário de dados sociodemográficos, o Inventário de Sintomas de Stress, o questionário Saúde e Bem-Estar, SF36-V2, e o Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus. A maioria dos pacientes não apresentou sintomas significativos de estresse. Os pacientes que apresentaram formas de enfrentamento usaram em sua maioria a reavaliação positiva e a resolução de problemas. Os pacientes que responderam o questionário de qualidade de vida apresentaram, de forma geral, valores altos resultando em uma boa qualidade de vida. O estudo apresenta contribuições para a área da psicologia da saúde e apresenta um início de uma pesquisa relevante de correlações.

Abstract: this study explores stress, quality of life and illness, focused on heart diseases. The sample was formed by four patients who were approached by convenience and were also waiting for their medical appointment at the outpatient cardiologic clinic of the University Hospital of Brasília. For the data collection it was used the sociodemographic data form, the Lipp's inventory of symptoms of stress for adults (ISSL), the Short Form Health Survey, SF36-V2, and the Folkman and Lazarus Coping Strategies Inventory. Most patients did not present significant symptoms of stress. Patients who presented positive coping methods used positive reevaluation and problem solving. And the patients who answered the quality of life form also presented positive results. The study presents contributions to the area of health psychology and presents a beginning of a relevant research of correlations.

Palavras-chave: estresse, qualidade de vida, adoecimento, cardiologia, enfrentamento.

Estresse, qualidade de vida e adoecimento são três fatores que se relacionam diretamente. De forma geral, o estresse pode afetar a saúde, a qualidade de vida e conseqüentemente a sensação de bem-estar (Sadir, Bignotto & Lipp, 2010). Uma via de melhoria da qualidade de vida seria a promoção de saúde e a prevenção de doenças, que tendem a proporcionar resultados positivos (Seidl & Zannon, 2004).

A qualidade de vida (QV) refere-se ao estado de saúde física e emocional do indivíduo. O estado emocional se relaciona ao bem-estar e grau de satisfação com a vida, enquanto a qualidade está associada ao estilo de vida e outros aspectos que a integram, como moradia, alimentação, lazer, vida sexual ou amorosa e profissão (Caetano & Soares, 2007). Quem determina a qualidade de vida de uma pessoa é o próprio indivíduo, já que ela pode ser temporária por estar relacionada a situações e vivências que variam dentro de um longo ou curto período de tempo (Caetano & Soares, 2007).

O estresse, um problema de saúde que tem assumido o status de doença, tem se tornado muito comum. Por não saber como aliviar as fontes de tensão, as pessoas estão cada vez mais vulneráveis aos estressores e as mudanças no estilo de vida as tornam cada vez mais vítimas dessa situação (Sadir *et al.*, 2010). O estresse é uma reação do organismo à presença de algum fator ou situação considerados ameaçadores, com o intuito de defesa e reequilíbrio do sistema fisiológico. Segundo o conceito de estado de estresse, as respostas do organismo ao estímulo estressor têm como objetivo a adaptação do indivíduo a tal situação. Estes fatores devem ser controlados assim que detectados para evitar que a saúde seja ainda mais comprometida (Nunomura, Teixeira & Fernandes, 2009).

Experiências estressoras têm efeitos fisiológicos sobre o organismo que podem ser de natureza física ou psicológica. Os sintomas físicos decorrem da realização de atividades como subir escadas, vivenciar situações de risco, correr, isto é, situações que envolvem a atividade do próprio

organismo. O estresse psicológico não demanda atividade física, e sim de natureza cognitiva. Situações que causam o estresse psicológico podem ser brigas, falar em público, vivenciar um luto. O estresse crônico afeta o sistema imunológico, reduzindo sua eficácia. Os indivíduos que enfrentam esse nível de estresse ficam mais predispostos a infecções virais, dificuldade de cicatrização, nível baixo de produção de anticorpos, entre outros. Essas reações do organismo aos estressores são de caráter evolutivo e podem ser classificadas de acordo com determinadas fases (Sousa, Matos, Santos & Bacelar Júnior, 2017).

Resende e Teixeira (2017) relatam um estudo realizado com adultos cardíacos nos quais a maioria apresentou sintomas de estresse psicológico mais incidentes e explica que esse estresse pode ser resultado do impacto emocional que esses pacientes sofreram ao receber o diagnóstico de uma cardiopatia. Esse estresse interfere diretamente no sistema cardiovascular e participa das adaptações do estresse. Além de seus sintomas serem psicológicos, esses adultos estavam em sua maioria na fase de resistência.

São três as fases do estresse: alerta, resistência e exaustão. A fase de alerta é a fase inicial do estresse onde prevalecem os sintomas agudos e ocorre grande produção de energia que prepara o organismo para a ação de luta ou fuga. A segunda fase, de resistência, é uma fase de adaptação do organismo aos sintomas gerados na fase de alerta, onde ocorre a homeostase, que é uma tentativa de equilíbrio interno para lidar com esses sintomas. Na fase de exaustão, a última fase do estresse, o organismo já esgotou toda sua energia e pode ocorrer o adoecimento crônico (Sousa *et al.*, 2017). Em 2010 foi incluída a quarta fase no modelo quadrifásico de estresse, quase exaustão, que se encontra entre as fases de resistência e exaustão. Nessa fase ainda não há esgotamento da energia, porém o organismo começa a enfraquecer e se inicia a manifestação dos sinais de adoecimento como fadiga, infecções, tumores e pressão alta (Vasconcelos, Oliveira, Dutra & Oselame, 2013).

Resende e Teixeira (2017) definem as doenças crônicas, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), como doenças que são permanentes, causadas por alterações patológicas irreversíveis e exigem longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. Essas doenças são causadas não só pelo alto nível de estresse, mas também pelo processo de globalização, urbanização, hábitos comportamentais como o consumo de álcool, tabaco, má alimentação e sedentarismo. Diversas podem ser as doenças crônicas, como depressão, doenças metabólicas, gastrointestinais, doenças cardiovasculares (Sousa *et al.*, 2017).

A doença crônica afeta a vida dos indivíduos em seus âmbitos social, emocional, físico, familiar. É um fator que pode gerar medo, ansiedade, angústia, dúvida e insegurança sobre o que fazer diante do diagnóstico, e tais sentimentos podem desencadear diferentes níveis de estresse. Não só o estresse pode desencadear a doença cardíaca, mas a doença cardíaca também pode ser um fator de risco para o estresse. O estresse emocional interfere diretamente no sistema cardiovascular, devido a um estímulo do sistema nervoso central (Resende & Teixeira, 2017).

De acordo com Castro *et al.* (2017), as doenças cardiovasculares (DCV), são a primeira causa de mortalidade tanto no Brasil como em outros países e foram responsáveis pela terceira causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2007. São doenças consideradas crônico-degenerativas, que com o tempo resultam na deterioração da saúde, como também as neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus, de etiologia múltiplas. Os fatores socioeconômicos, ambientais e culturais potencializam as doenças cardiovasculares e são determinantes na limitação da qualidade de vida desses indivíduos e das altas taxas de mortalidade entre eles. Outros facilitadores de doenças cardiovasculares incluem hipertensão arterial sistêmica, obesidade, hereditariedade, dietas alimentares inadequadas, vida sedentária, hábitos de vida incorretos, estresse cotidiano e a exposição a fatores de risco (Carvalho, Pareja & Maia, 2013).

Há dois tipos de fatores de risco presentes no processo de desenvolvimento da doença cardíaca, os não modificáveis e os modificáveis. Os primeiros são os de fatores biológicos, como idade avançada e histórico familiar. Os fatores modificáveis, que estão relacionados diretamente à qualidade de vida, são hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes mellitus, sedentarismo, emoções negativas e qualidade de vida (Vasconcelos *et al.*, 2013). “O objetivo do tratamento deixa de focar exclusivamente a cura e passa a ser a reintegração do paciente com o máximo de condições de ter uma vida normal, com qualidade e saúde” (Liberato *et al.*, 2014, p.192).

A doença, como um evento estressor, está relacionada ao modo com que o indivíduo percebe o diagnóstico e como vai enfrentar o processo de tratamento. O devido conhecimento ou não sobre a doença pode influenciar o modo como o indivíduo vivencia essa doença e se adapta à ela. Estudos sobre a relação da percepção do paciente sobre a sua doença com a efetividade ou não do tratamento mostram que conhecer a doença é essencial para que haja adesão, caso contrário, há uma dificuldade maior. A falta desse conhecimento pode trazer uma piora na qualidade de vida já que o paciente não reconhece os sinais e sintomas e pode ter crenças destoantes sobre a doença (Resende & Teixeira, 2017).

Esplendori, Costa e Souza-Talarico (2018) abordam pesquisa realizada com pacientes coronariopatas internados em hospital cardiológico sobre a relação entre o estresse percebido e estratégias de coping e estressores. Estressores identificados em situações pré-cirúrgicas foram o medo de morrer e adiamento ou espera pela cirurgia.

Indivíduos portadores das doenças cardiovasculares necessitam realizar mudanças em diferentes âmbitos da sua vida, alterando hábitos e práticas cotidianas. Com a adesão ao tratamento, são necessárias alterações nos hábitos alimentares, eliminação do uso de substâncias alcoólicas ou cigarros, prática frequente de exercícios e uso de medicamentos. Tais mudanças são essenciais para que haja uma melhora no estilo de vida do paciente. Realizar essas alterações é um processo difícil,

pois depende de mudanças em diferentes aspectos de rotina do paciente, mas assim que ele adere, passa a perceber os resultados positivos de uma vida saudável. Se houvesse um controle eficaz dos fatores de risco, muitos óbitos devido a doenças cardiovasculares poderiam ser evitados (Scherer, Stumm, Loro & Kirchner, 2011).

Pode haver uma resistência na aceitação da doença por parte do indivíduo, o que gera uma dificuldade na adesão ao tratamento. O tratamento vai além da prescrição médica, por isso, a adesão está relacionada a uma conciliação entre essa prescrição e a colaboração do paciente diante do processo. A baixa adesão ou não adesão é determinada por comportamentos como dificuldades de iniciar o tratamento, faltas às consultas, retirada dos medicamentos, não modificação do estilo de vida e hábitos (Liberato *et al.*, 2014). O doente pode negar a doença, como um mecanismo de defesa e esquecer a relevância do tratamento, e as consequências da sua não adesão. Porém em momentos de crise ou estresse, ele se preocupa, pelo menos temporariamente, com os cuidados que deveriam ser tomados (Lipp, 2007).

O adoecimento faz com que o indivíduo crie novos significados relacionados à sua vivência com a doença e assim reconheça suas potencialidades. Para lidar com todo esse processo, o indivíduo pode fazer uso de estratégias de enfrentamento (coping) que o auxiliem a ter controle sobre os estressores inicialmente, antes deles se tornarem ameaças, além de auxiliar no equilíbrio dos estados físico e psicológico (Scherer *et al.*, 2011). O enfrentamento envolve esforços comportamentais e cognitivos que auxiliam o manejo das demandas, tanto internas quanto externas, que são ameaçadoras ao indivíduo (Esplendori *et al.*, 2018). Os modos de enfrentamento podem ser focados no problema ou na emoção. No primeiro o indivíduo analisa a situação em que se encontra e identifica se ela é estressora. Ele identifica, reconhece e entende a situação em questão para escolher as estratégias que vai utilizar ao enfrentar o problema. Se focado na emoção, a forma de

enfrentar o problema é por meio de respostas emocionais como comer ou chorar para aliviar a tensão e o estresse (Bertamoni, Hebert & Dornelles, 2013).

Por fim, é importante estimular o paciente na aquisição de conhecimento sobre o seu tratamento, com a finalidade de uma melhora na qualidade de vida. Além da importância desse conhecimento, é importante também que haja uma boa qualidade nos serviços oferecidos considerando que a relação saúde-paciente é essencial para uma melhor adesão e mudanças no estilo de vida do indivíduo (Liberato *et al.*, 2014).

Esse estudo tem como objetivo investigar os níveis de estresse, qualidade de vida e os modos de enfrentamento em pacientes cardíacos. Além disso, essas variáveis serão analisadas para compreender de que forma podem influenciar umas as outras.

MÉTODO

Participantes

Essa pesquisa foi realizada com uma amostra por conveniência de pacientes recrutados no ambulatório de cardiologia. Participaram quatro pacientes cardíacos dos quais um paciente tinha insuficiência cardíaca, dois hipertensão arterial e um doença de chagas, com idades entre 50 e 89 anos, de ambos os sexos (4F, 1M).

Local

A pesquisa foi realizada nas dependências do ambulatório de cardiologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Instrumento

Para coleta de dados e identificação das diferentes variáveis pesquisadas foram utilizados os seguintes instrumentos:

- a) Questionário de dados sócio demográficos – coleta de dados sobre idade, gênero, renda mensal, profissão, estado civil e diagnóstico cardiológico.
- b) Inventário de Sintomas de Stress (Lipp, 2000) – questionário que mede os níveis de estresse de acordo com as fases de alerta, resistência, quase exaustão ou exaustão, apontando também os níveis de sintomas físicos e psicológicos.
- c) Questionário de Saúde e Bem-Estar, SF36-V2 (2012) – questionário que mede o nível de qualidade de vida de acordo com os domínios de saúde física e saúde mental, sendo os valores 0 pior e 100 melhor.
- d) Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus – aponta as estratégias de enfrentamento usadas pelos participantes, incluindo confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquivas, resolução de problemas e reavaliação positiva.

Procedimentos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do UniCEUB e aprovado sob o parecer nº 2.339.086. Aqueles que aceitaram participar foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), retendo uma cópia e a outra permaneceu com o entrevistador. Os pacientes que concordaram foram conduzidos a espaços mais reservados dentro do ambulatório e assegurados que não perderiam a chamada para a consulta médica.

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2017 durante o atendimento ambulatorial.

RESULTADOS

Dentre os quatro participantes, dois responderam a todos os instrumentos (P1 e P4) e dois responderam apenas ao Inventário de Sintomas de Stress.

Os níveis de estresse foram normais para três participantes e para P3 foi evidenciada a fase de exaustão, com predominância de sintomas psicológicos.

Os níveis de qualidade de vida para os dois participantes (P1, P4) apresentaram valores acima da média entre 60-100, na maioria das dimensões, indicando uma boa qualidade de vida. Os valores mais baixos apresentados (40-60) foram relacionados à dimensão saúde física. Os dois participantes apresentaram melhor qualidade de vida na dimensão saúde mental (Tabela 1).

Os modos de enfrentamento apresentaram valores diversos de acordo com as dimensões, também para os participantes P1 e P4. Os modos de enfrentamento mais utilizados por P1 foram fuga e esquiva (100%), resolução de problemas (91,7%), reavaliação positiva (81,5%), aceitação de responsabilidade (71,4%) e autocontrole (66,7%). Com relação ao P4, os modos mais utilizados foram reavaliação positiva (96,3%), suporte social (61,1%) e resolução de problemas (58,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Indicadores de níveis de estresse, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida e bem-estar.

	P1	P2	P3	P4
Estresse				
Exaustão	-	-	x	-
Sintomas Psicológicos	-	-	x	-
Enfrentamento				
Confronto	33,3	-	-	0
Afastamento	47,7	-	-	28,6
Autocontrole	66,7	-	-	60
Suporte Social	44,4	-	-	61,1
Aceitação de Responsabilidade	71,4	-	-	28,6
Fuga e Esquiva	100	-	-	0
Resolução de Problemas	91,7	-	-	58,3
Reavaliação Positiva	81,5	-	-	96,3
Qualidade de Vida				
Saúde Física				
Função Física	100	-	-	95

Desempenho Físico	100	-	-	100
Dor	61	-	-	100
Saúde Geral	40	-	-	60
	P1	P2	P3	P4
Saúde Mental				
Vitalidade	90	-	-	80
Função Social	100	-	-	100
Desempenho Emocional	100	-	-	100
Saúde Mental	100	-	-	100

Tabela 2. Dados sociodemográficos

Participantes	Idade	Sexo	Situação conjugal	Diagnóstico
P1	50	Masculino	Casado	Insuficiência Cardíaca
P2	89	Feminino	Viúva	Hipertensão Arterial
P3	78	Feminino	Viúva	Doença de Chagas
P4	61	Feminino	Viúva	Hipertensão Arterial

DISCUSSÃO

Esse estudo foi conduzido para investigar os níveis de estresse, de qualidade de vida e os modos de enfrentamento em pacientes portadores de doenças cardiovasculares.

Foi encontrado em apenas um dos participantes (P3) níveis significativos de estresse, em fase de exaustão, e nenhum sintoma nos demais. Exaustão é a fase final do estresse e é nela que pode ocorrer o aparecimento de doenças graves (Sadir *et al.*, 2010). P3 relatou que os seus maiores motivos de preocupação eram a doença e seus filhos. Gostava de conversar com os vizinhos para se distrair e não se preocupar tanto, quando ficava doente pedia ajuda a nora, filhos e vizinhos. Com relação aos sintomas, a predominância foi dos sintomas psicológicos mostrando ter dúvida quanto a si própria, pensar e falar constantemente no mesmo assunto, sentir sensações de incompetência em todas as áreas, possuir cansaço constante excessivo e sentir irritabilidade sem causa aparente.

Os níveis de qualidade de vida foram considerados, em sua maioria, altos para os dois participantes (P1, P4), o que significa um não comprometimento associado à doença. Esses altos níveis sugerem para P1 tranquilidade, realização de suas atividades sociais e diárias de forma normal sem problemas emocionais (Louro, 2009). O participante queixou-se de dores torácicas persistentes, o que pode justificar a pontuação mais baixa no domínio dor. Essa dor pode trazer um desconforto para o paciente e uma limitação ao realizar algumas tarefas. P4, de acordo com os resultados, se apresentou calmo, com energia e mostrou que seus problemas emocionais não

afetavam suas atividades diárias ou sociais, podendo realizar atividades diárias de esforços físicos de forma saudável, sem limitações e não apresentou sintomas de dor.

Na utilização de estratégias de enfrentamento P1, apesar de ter tomado uma atitude de afastamento diante da situação, demonstrou se esforçar para administrar tal problema. Mostrou-se disposto a reestabelecer a situação reduzindo as cargas emocionais diante de uma tentativa de resolução e controle das emoções ou ações diante da situação (Vivan & Argimon, 2009). P4 afirmou que o seu maior motivo de preocupação era a sua família e sua saúde. Para administrar essa situação ela disse tentar não pensar muito sobre e realiza atividades para se distrair. Mostrou ter encontrado novas crenças, mudado ou crescido como pessoa de maneira positiva, resultando em uma tentativa de reorganizar a situação, o que pode mostrar que ela administrava bem essa preocupação. Além disso, outras estratégias utilizadas para ajudá-la foi o suporte social, procurando apoio de forma geral para o enfrentamento do problema, tanto apoio familiar quanto profissional (Lima, Sabino, Gouveia, Avelino & Fernandes, 2015).

Para P1 e P4, que não apresentaram nenhum sintoma de estresse, os níveis de qualidade de vida foram melhores, de acordo com as pontuações, mas as estratégias de enfrentamento foram mais variadas com relação ao foco na emoção ou no problema. Vivian (2009) relata um estudo em que homens utilizaram mais estratégias focadas no problema do que mulheres. Nesta pesquisa, com a amostra muito pequena não foi possível identificar tal diferença. P1 utilizou mais como fuga e esquiva e reavaliação positiva, enquanto P4 utilizou apenas a reavaliação positiva como estratégia focada na emoção. Entretanto não é possível estabelecer a diferença entre homens e mulheres devido ao pequeno tamanho da amostra.

De forma geral, não foi possível fazer uma comparação entre todos os pacientes devido ao fato de a maioria não ter apresentado sintomas de estresse e nem todos terem respondido a todos os instrumentos. Outros fatores também afetaram o estudo como a pequena quantidade da amostra.

Apesar de tais falhas, a pesquisa pode ser usada para a continuação de outros estudos realizados na mesma área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado tem implicações para a área da psicologia da saúde. É importante estabelecer a relação entre adoecimento, qualidade de vida e stress e como a saúde pode ser afetada ou não pela relação entre essas variáveis, principalmente com relação a pacientes cardíacos. Outro fator importante também é o acompanhamento psicológico que deve ser realizado por esses pacientes, além do acompanhamento médico, já que a grande maioria não realiza tais acompanhamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bertamoni, T., Ebert, G., & Dornelles, V. G. (2013). Estudo correlacional sobre diferentes perfis de estratégias de coping de acordo com os traços de personalidade. *Aletheia*, (42).
- Caetano, J. A., & Soares, E. (2007). Qualidade de vida de clientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(1), 30-37.
- Carvalho, D. C., Pareja, D. C. T., & Maia, L. F. S. (2013). A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 3(8), 5-10.
- Castro, J. M., Carneiro, J. A., Mara, S., Monteiro, F. S., Nayara, T., Lana, B., & ... Alves, R. N. (2017). Assistência de enfermagem ao paciente na doença e na cirurgia cardíaca: uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal Of Surgery & Clinical Research*, 19(2), 154-161.
- Esplendori, G. F., Costa, A. L. S., & Souza-Talarico, J. N. (2018). Relação entre estresse percebido com coping e estressores de pacientes em pré-operatório de revascularização miocárdica. *Aquichan*, 18(1), 43-55.
- Liberato, S. M. D., de Souza, A. J. G., Gomes, A. T. L., de Medeiros, L. P., Costa, I. K. F., & Torres, G. V. (2014). Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 191-8.

- Lima, P. C., Sabino, K. C. V., Gouveia, M. T. O., Avelino, F. V. S. D., & Fernandes, M. A. (2015). Fatores estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros hospitalares: revisão. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(2).
- Lipp, M. E. N. (2007). Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. *Revista brasileira de hipertensão*, 14(2), 89-93.
- Louro, S. P. (2009). O impacto da incapacidade física na qualidade de vida relacionada com a saúde nos doentes oncológicos: um estudo exploratório (Doctoral dissertation).
- Nunomura, M., Teixeira, L. A. C., & Fernandes, M. R. C. (2009). Nível de estresse em adultos após 12 meses de prática regular de atividade física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 3(3).
- Resende, M. C., & Teixeira, C. P. (2017). Percepção da doença cardíaca e níveis de estresse em adultos internados em enfermaria. *Perspectivas Em Psicologia*, 21(2).
- Sadir, M. A., Bignotto, M. M., & Lipp, M. E. N. (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20(45).
- Scherer, C., Stumm, E. M. F., Loro, M. M., & Kirchner, R. M. (2011). O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2), 296-305.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. D. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de saúde pública*, 20(2), 580-588.
- Sousa, A. A. S., Matos, T. M., Santos, T. M., & Bacelar Júnior, A. (2017). Cortisol como marcador biológico em mulheres com quadro clínico de estresse. *Brazilian Journal Of Surgery & Clinical Research*, 21(1), 98-102.

Vasconcelos, C. R., Oliveira, E. M., Dutra, D. A., & Oselame, G. B. (2013). O estresse e as cardiopatias como fatores impeditivos da saúde do trabalhador. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 3(2), 134-149.

Vivan, A. D. S., & Argimon, I. I. D. L. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 436-444.