UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre fatores de risco e qualidade de vida em pacientes cardíacos

Juliana Camargo Vilela

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre fatores de risco e qualidade de vida

Juliana Camargo Vilela

Ricardo Gorayeb

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008

Camargo, Juliana Vilela
Efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre fatores de risco e qualidade de vida. Ribeirão
141 p. : il.; 30 cm

Tese, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.

1. Doença coronariana. 2. Fatores de risco psicossociais. 3. Comportamento de risco. 4. Intervenção cognitivo-comportamental. 5. Qualidade de vida. 6. Depressão 7. Ansiedade

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliana Camargo Vilela

Efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre fatores de risco e qualidade de vida em pacientes cardíacos.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição:_____**Assinatura:**_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____**Assinatura:**_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____**Assinatura:**_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____**Assinatura:**_____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____**Assinatura:**_____

Aos meus pais Nelita e Wanderley por vosso amor, compreensão e paciência. Por terem me ensinado o valor do estudo, da dedicação e do trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Dr. Ricardo Gorayeb, por ter acreditado em minha capacidade. Pelo apoio incansável e disponibilidade constante em orientar-me. Obrigada por suas sugestões sábias e oportunas e pela competência profissional com que me conduziu.

Para o meu marido Sérgio pela paciência, compreensão e por ter sido meu companheiro durante minha caminhada em prol de meus ideais.

Aos meus irmãos Camila e Junior pelo apoio e auxílio nos momentos difíceis.

À minha avó Angelita por todo carinho e amor.

Às psicólogas e secretárias do Serviço de Psicologia do HCFMRP, por terem me permitido compartilhar de sua companhia e amizade durante a minha coleta de dados.

Às minhas amigas Gláucia e Caroline pelo apoio, disponibilidade e atenção dispensada quando precisei.

Às pessoas que concordaram em participar dessa pesquisa, pela disponibilidade e atenção oferecidas, foi devido a elas que pude realizar esse estudo.

RESUMO

As doenças cardiovasculares se apresentam como uma das principais causas de morte e incapacidade na atualidade. Tais alterações compreendem a doença arterial coronariana ou isquêmica e apresentam etiologia multi-fatorial. No presente estudo objetivou-se avaliar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre a qualidade de vida, sintomas depressivos, ansiosos e sob fatores de risco em pacientes isquêmicos que haviam apresentado um episódio agudo da doença nos últimos três meses. Participaram do estudo 71 pacientes, os quais foram divididos em dois grupos; controle (n=35) e experimental (n=36) e avaliados em três momentos: logo após o primeiro contato com pesquisadora; após 14 semanas (reavaliação) e depois de seis meses (seguimento). Nas avaliações os pacientes responderam a uma entrevista estruturada, ao Inventário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQUOL), ao Inventário de depressão de Beck (BDI) e ao Inventário de ansiedade de Beck (BAI). O grupo experimental foi submetido a um programa de intervenção cognitivo-comportamental, entre as duas primeiras avaliações. Este programa foi estruturado em oito sessões grupais semanais, com duração de duas horas cada. Durante as sessões foram trabalhadas técnicas de manejo de ansiedade, relaxamento e visualização, técnicas de resolução de problemas e discutidas informações sobre a doença cardíaca e seus fatores de risco (psicoeducação). Dentre os participantes, a maioria era do sexo masculino, tinham mais de 55 anos, era casada, haviam estudado por um período máximo de dez anos e se encontravam aposentados. Com relação aos dados sociodemográficos, não foram encontradas diferenças estatísticas entre os dois grupos. Verificou-se uma diminuição significativa do peso corporal e do índice de massa corpórea dentre os sujeitos do grupo experimental no decorrer das avaliações, bem como um aumento no número de atividades de lazer. Os resultados sugerem ainda uma diminuição dos sintomas depressivos dos pacientes do grupo experimental em relação aos do grupo controle, na reavaliação e no seguimento, e uma melhora na qualidade de vida do grupo experimental no decorrer das progressivas avaliações, o que não foi observado com relação ao grupo controle. Considera-se que o programa de intervenção cognitivo-comportamental apresentou resultados positivos na reabilitação de pacientes isquêmicos e na prevenção secundária da doença arterial coronariana, promovendo alterações físicas e emocionais importantes.

Palavras chave: intervenção cognitivo-comportamental, prevenção secundária, doença arterial coronariana, fatores de risco, depressão, ansiedade, qualidade de vida.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are presented as a major cause of death and disability in actuality. These changes include coronary artery disease or ischemic etiology and present multi-factorial. This study aimed to evaluate the effects of a cognitive-behavioral intervention on quality of life, depression, anxiety and under risk factors in ischemic patients who had shown an episode of acute illness in the last three months. Study participants were 71 patients, who were divided into two groups; control (n = 35) and experimental (n = 36) and evaluated in three times: soon after the first contact with researcher; after 14 weeks (revaluation) and after six months (follow up). In assessments the patients responded to a structured interview, the inventory quality of life of the World Health Organization (WHOQUOL), the Beck Depression Inventory (BDI) and the anxiety of Beck Inventory (BAI). The experimental group was subjected to a program of cognitive-behavioral intervention, between the top two ratings. This program has been structured into eight weekly group sessions, with duration of two hours each. During the sessions were worked techniques of management of anxiety, relaxation and visualization, techniques for solving problems and discussed information about heart disease and its risk factors. Among the participants, the majority were male, had more than 55 years, was married, had studied for a maximum period of ten years and were retired. With respect to sociodemographic data, no statistical differences were found between the two groups. There was a significant decrease in body weight and body mass index among the subjects of the experimental group in the course of the evaluations, as well as an increase in the number of leisure activities. The results also suggest a decrease in depressive symptoms of patients in the experimental group in relation to the control group, and following the revaluation, and an improvement in the quality of life of the experimental group in the course of progressive evaluations, which was not observed with respect the control group. It is considered that the programme of cognitive-behavioral intervention showed positive results in the rehabilitation of patients ischemic and secondary prevention of coronary artery disease, promoting physical and emotional changes important.

Keywords: heart disease, secondary prevention, cognitive-behavioral intervention, risk factors, depression, anxiety, life quality.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **11**
1. A doença arterial coronariana e sua epidemiologia 11
2. Os fatores de risco para a doença arterial coronariana 12
2.1 Fatores de risco não modificáveis . 12
2.1.1 Gênero e idade 13
2.1.2 Histórico familiar positivo 14
2.2 Fatores de risco modificáveis 15
2.2.1 Tabagismo . 15
2.2.2 Consumo de álcool 16
2.2.3 Hábitos alimentares 16
2.2.4 Obesidade 17
2.2.5 Dislipidemias 18
2.2.6 Diabete Mellitus 18
2.2.7 Hipertensão arterial sistêmica 19
2.2.8 Sedentetarismo e prática de exercícios físicos 20
2.2.9 Variáveis sociais 21
Status socioeconômico 21
Suporte social 21
2.2.10 Variáveis psicológicas 22
Depressão 22
Ansiedade 24
Personalidade tipo A 25
Estresse 26
3. Aspectos da Prevenção secundária 27
4. Terapia cognitivo-comportamental e a doença arterial coronariana 38

OBJETIVOS **40**
METODOLOGIA **41**
1. Delineamento do estudo 41
2. Participantes 41
3. Materiais e instrumentos 42

3.1 Entrevista estruturada . 42
3.2 Word Health Organization Quality of Life – WHOQOL–Bref 43
3.3 Inventário de depressão de Beck 43
3.4 Inventário de ansiedade de Beck 44
4. Procedimentos 44
4.1 Abordagem dos participantes 44
4.2 Avaliação inicial 45
4.3 Reavaliação 45
4.4 Seguimento 46
4.5 Intervenção psicológica 46
4.5.1 As sessões 47
5. Análise dos dados 55
5.1 Tratamento estatístico dos dados 57
5.2 Categorias para análise das variáveis estudadas 57
6. Aspectos éticos 60

RESULTADOS 61
1. Seleção dos participantes 61
2. Descrição dos participantes 62
3. Variáveis orgânicas 64
4. Hábitos de vida 67
5. Atribuição de causalidade, percepção da gravidade da doença e episódio de estresse 70
6. Inventário de depressão de Beck 74
7.Inventário de ansiedade de Beck 76
8.Instrumento de qualidade de vida – WHOQOL –Bref 77

CONSIDERAÇÕES FINAIS 81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 83

APÊNDICES 96
APÊNDICE A1 e A2 Termo de consentimento livre e esclarecido 97
APÊNDICE B1, B2 e B3 Entrevista semi estruturada 99
APÊNDICE C Folheto explicativo sobre a doença arterial coronariana 112

APÊNDICE D Folheto explicativo acerca dos fatores de risco da doença arterial coronariana 115
APÊNDICE E Folheto explicativo sobre o estresse 122
APÊNDICE F Informações sobre os princípios da terapia cognitivo-comportamental 126
APÊNDICE G Registro de situações de alteração de humor, pensamentos automáticos e emoções subseqüentes 127
APÊNDICE H Registro de situações de alteração de humor, pensamentos automáticos, emoções e comportamentos subseqüentes 128
APÊNDICE I Registro de hierarquia de comportamentos relacionados à doença arterial coronariana 129

ANEXOS **130**
ANEXO A Inventario de qualidade de vida – WHOQOL-Bref 131
ANEXO B Inventário de depressão de Beck – BDI 135
ANEXO C Inventário de ansiedade de Beck – BAI 139
ANEXO D Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP 141

INTRODUÇÃO

1. A doença arterial coronariana e sua epidemiologia

As condições atuais de vida, trabalho, modificações econômicas e políticas, assim como o aumento da expectativa de vida da população em geral, vêm gerando um aumento significativo das doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças vasculares (LESSA, 1994; LOTUFO, 1996; COLOMBO, AGUILLAR, 1997).

Dentre tais doenças, as chamadas doenças cardiovasculares se apresentam como as principais causas de morte e incapacidade nos países desenvolvidos e em grande parte dos países de terceiro mundo, sendo responsáveis por 16,6 milhões de óbitos por ano no mundo. Estima-se que, no Brasil, cerca de 300 mil pessoas sejam vítimas de doenças cardiovasculares por ano, considerando que o conjunto destas enfermidades constitui a principal causa de gastos em assistência médica, correspondendo a mais de 30% das internações anuais do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresentando-se como a primeira causa de internação de pacientes com mais de 65 anos (TAVARES et al., 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; DATASUS, 2000).

As principais doenças cardiovasculares compreendem a doença arterial coronariana, as doenças cerebrovasculares[1], a hipertensão arterial sistêmica[2] e a insuficiência cardíaca[3] (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A doença arterial coronariana ou doença isquêmica consiste em uma alteração das paredes das artérias que irrigam o coração, geralmente por aterosclerose[4], levando a uma limitação do fluxo sanguíneo e do volume de oxigênio no miocárdio. Dentre suas principais

---

[1] As doenças cerebrovasculares caracterizam-se pela ocorrência de uma lesão isquêmica ou hemorrágica no cérebro, geralmente secundárias à aterosclerose, hipertensão ou combinação de ambas. As síndromes clínicas que acompanham as lesões são chamadas acidente vascular cerebral e derrame (BERKOW, et al.,1989).

[2] A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocorre pelo fato da largura interna das artérias diminuírem, gerando uma maior pressão do fluxo sanguíneo nas paredes das mesmas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

[3] Insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica decorrente da incapacidade do coração de manter suficiente volume de ejeção de sangue para o organismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

[4] Aterosclerose caracteriza-se por alterações no calibre dos vasos e artérias, devido ao depósito de gordura em suas paredes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

manifestações clínicas apresentam-se a angina[5], o infarto agudo do miocárdio[6] e a morte súbita (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

Hoje, considera-se que as doenças cardiovasculares apresentam etiologia multi-fatorial, ou seja relacionada a 'fatores de risco', termo este que surgiu pela primeira vez quando kanner et al. (1961) divulgaram os achados do *Framingham Heart Study*. Esse estudo pioneiro realizou seguimento de uma amostra populacional de aproximadamente 5000 indivíduos de ambos os sexos, residentes na cidade de Framingham, Massachusetts, objetivando identificar fatores de risco ao se comparar indivíduos que tinham desenvolvido a doença arterial coronariana com aqueles que não tinham. Posteriormente os resultados encontrados foram relacionados a uma maior incidência da doença e foram chamados de fatores de risco, isto é, fatores que desempenham um papel no desenvolvimento das doenças cardiovasculares (KANNER et al, 1961; MANCILHA-CARVALHO, 1992).

Tais fatores de risco podem ser divididos em dois grupos, primeiramente o grupo formado pela hereditariedade, gênero e idade, os quais são considerados não modificáveis; posteriormente, o grupo dos fatores que podem ser controlados e/ou alterados, composto pela hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias[7], tabagismo, Diabete Mellitus[8], obesidade, consumo abusivo de álcool, sedentarismo, variáveis psicológicas (estresse, depressão, ansiedade e padrão de personalidade "tipo A") e fatores sociais (condições socioeconômicas, suporte social, nível de escolaridade) (GIANNOTTI, 2002; MCINTYRE; FERNANDES; ARAÚJO-SOARES, 2000).

2. Os fatores de risco para doença arterial coronariana

2.1 Fatores de risco não modificáveis

[5] Angina é a dor torácica que acontece quando o coração não recebe uma quantidade adequada de oxigênio. A dor normalmente é causada pela obstrução das artérias do coração (BERKOW, et al., 1987).
[6] O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) caracteriza-se por uma completa obstrução de uma artéria coronariana ou de um de seus ramos, o que faz com que parte do músculo cardíaco deixe de receber oxigênio e sofra necrose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).
[7] Dislipidemias são alterações das frações lipoprotéicas do sangue, que podem ocorrer devido a um aumento do colesterol total, aumento do triglicérides, aumento do LDL-colesterol e triglicérides e redução do HDL-colesterol (DUTRA-DE-OLIVEIRA; MARCHINI, 2000).
[8] O Diabete Mellitus é um distúrbio metabólico caracterizado pelo aumento da glicose sanguínea, por deficiência de insulina ou por resistência periférica à ação desta (MION; NOBRE, 2002).

2.1.1 Gênero e a idade

As doenças cardíacas apresentam prevalência de 30% nas mulheres, após a menopausa, e de 50% em homens após os 40 anos de idade, observando-se que pesquisas vêm sendo desenvolvidas no sentido de indicar que esta diferença estaria relacionada aos hormônios sexuais. Desta forma, a testosterona foi relacionada à agressividade e competitividade, e consequentemente se mostra como um fator contribuinte para a evolução das doenças cardiovasculares em homens, além de gerar um aumento nos níveis do LDL-colesterol. O estrógeno, por sua vez, contribui para uma redução do LDL-colesterol e aumento do HDL-colesterol, considerando que este quadro hormonal se altera quando a mulher atinge a menopausa, momento este em que se desenvolve uma deficiência de estrógeno, fazendo com que o risco de surgimento de uma doença cardiovascular se apresente aumentado (STRAUB, 2005).

Portanto diferenças entre os sexos, com relação ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares diminuem com a idade e aproximadamente aos 75 anos de idade o risco de morte torna-se similar em ambos os sexos (SILVA, SOUSA, SCHARGODSKY, 1998; KANNEL, et al., 1998).

Observa-se, entretanto uma maior incidência de hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus e sinais clínicos de insuficiência cardíaca. Além de um aumento da ocorrência de reinfarto e mortalidade em mulheres, como decorrência de doenças cardiovasculares, se comparado aos homens, fato que pode ser explicado pelo acometimento em idade mais avançada e pela diferença na incidência dos vários fatores de risco (WOODFIELD et al., 1997; VACARINO et al., 1999; WEXLER, 1999; JOUSILAHTI, et al., 1999; CONTIRAS, et al., 2002).

Por outro lado, ao investigar a existência de possíveis diferenças entre homens e mulheres adultos jovens, após infarto agudo do miocárdio, ainda durante a internação Contiras et al. (2002) não observaram diferenças quanto aos fatores de risco, características clínicas e

hemodinâmicas, observando que as mulheres foram submetidas à trombólise química e angioplastia menos vezes e tiveram tratamento mais tardio.

Em se tratando da idade, apesar da maioria dos indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares se apresentarem com mais de 65 anos, a ocorrência de infarto agudo do miocárdio em indivíduos com menos de 45 anos não é infrequente em nosso país (SILVA et al., 1998). Apenas nos hospitais brasileiros credenciados pelo Sistema Único de Saúde, durante o ano de 2004, quase 5000 pacientes com menos de 45 anos de idade foram internados devido a um episódio agudo de tal patologia (DATASUS, 2000).

Há uma apresentação clínica peculiar do infarto agudo do miocárdio na população jovem, que possui características etiopatogênicas, anatômicas e prognósticas próprias, diferenciando-a dos pacientes mais velhos. Os jovens, após o infarto agudo do miocárdio, por adoecerem durante seus anos de maior produtividade, parecem apresentar conseqüências psicossociais e econômicas ainda mais graves (ZIMMEMAN et al., 1995; FOUMIER et al., 1996; FULHAAS, et al., 1997; DA LUZ, LOLIEMENE, 1999).

2.1.2 História familiar positiva

A hereditariedade é um fator de risco independente e muito significativo para as doenças coronarianas. Indivíduos jovens com histórico de patologias cardiovasculares na família apresentam maiores chances de desenvolverem doenças deste grupo (SILVA et al., 1998).

Fatores genéticos podem ainda influenciar a ocorrência de outros fatores de risco das doenças cardiovasculares, apresentando-se como predisponentes ao desenvolvimento e permanência do tabagismo, alcoolismo, hipertensão arterial sistêmica, obesidade e Diabete Mellitus (SILVA, 1996; PEARSON, 1996).

Ao investigar os fatores de risco para ocorrência de infarto agudo do miocárdio no Brasil, Silva et al. (1998) investigaram 299 pacientes que haviam apresentado infarto agudo do miocárdio e 292 indivíduos sem registro de manifestação da doenças arterial coronariana, em 20

centros médicos de todo o país. A comparação entre os dois grupos mostrou que a presença de história de doença arterial coronariana nos genitores foi significativamente maior entre os infartados, quer se considere a mãe ou o pai.

2.2 Fatores de risco modificáveis

2.2.1 Tabagismo

Estima-se que aproximadamente 40% das mortes por doença coronariana podem ser atribuídas ao hábito de fumar. São diversos os efeitos prejudiciais do cigarro ao sistema cardiovascular, dentre eles um aumento da pressão sanguínea, redução do fluxo de oxigênio e diminuição do HDL-colesterol, podendo levar à aterosclerose (SILVA, 1996; ISSA, 1996). O risco de ocorrência de infarto agudo do miocárdio é duas vezes maior em homens fumantes do que em não-fumantes. Nas mulheres na fase de pré-menopausa a situação ainda é mais grave, nestes casos, possivelmente o tabagismo aumente em até seis vezes a ocorrência de infarto agudo do miocárdio, alem de aumentar o risco de desenvolvimento de doenças cardíacas de modo geral (BATC-MUJANOVIC et al., 2006; ISSA, 1996).

Evidências indicam que a manutenção do tabagismo, após a ocorrência de eventos cardiovasculares ateroscleróticos, leva a uma maior morbidade e mortalidade, independente da influência de qualquer outro fator de risco. Os efeitos cardiovasculares são dependentes da dose e aparentemente não-cumulativos; quanto maior o número de cigarros consumidos ao dia, maior será o risco de doença cardiovascular (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1983). Por conseguinte, sugere-se que a interrupção deste hábito determina um declínio imediato na freqüência cardíaca e uma redução na prevalência das doenças cardiovasculares, embora seus efeitos nocivos ao organismo continuem sendo observados por vários anos (ISSA, 1996; WARD, GARVEY, BLISS, 1992; MION, NOBRE, 2002). Em revisão da literatura acerca dos efeitos do habito de fumar após ocorrência de um episodio coronariano agudo, Critchley e Capewell (2003) analisaram 20 estudos e observou que uma diminuição do

risco de mortalidade de 36% entre pacientes que pararam de fumar, comparando-se aos que continuaram fumando, independentemente do gênero, idade ou tipo de evento cardíaco.

Estudos relatam que uma diminuição dos níveis de colesterol sérico, regressão de lesões ateroscleróticas e um declínio da taxa de mortalidade, em função das doenças cardiovasculares, podem estar relacionadas a mudanças de estilo de vida, especificamente no que concerne a uma dieta balanceada, abandono do fumo, atividade física regular e manejo do estresse (GOLDMAN, COOK,1984; ORNISH et al., 1990).

2.2.2 Consumo de álcool

A literatura tem apontado para os efeitos benéficos ao coração de uma ingestão pequena e diária de álcool. Tal efeito é atribuído à capacidade do álcool de elevar a concentração de HDL – colesterol e influenciar a hemostasia[9], inibindo a ação plaquetária[10]. Entretanto, há controvérsias em relação a estes efeitos benéficos, considerando que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas pode ocasionar distúrbios no ritmo cardíaco, aumento da pressão arterial sistêmica, do peso corporal e da glicemia, além de maiores chances do paciente cardíaco apresentar morte súbita. Por conseguinte, o potencial de risco em consumir diariamente doses pequenas de álcool, ao que parece, não compensa o eventual benefício, à medida que este, aparentemente, é impreciso (PEARSON, 1996; SILVA, 1996).

2.2.3 Hábitos Alimentares

Uma nutrição adequada pode alterar a incidência e a gravidade das doenças cardiovasculares. Uma dieta balanceada se apresenta como a primeira atitude terapêutica recomendada para pessoas que apresentam propensão à doença arterial coronariana. Dentre os fatores dietéticos importantes à saúde cardiovascular, podemos citar as gorduras saturadas (ácidos graxos), que estão presentes principalmente na gordura animal, leite integral e derivados

[9] Hemostasia é a ação ou efeito de estancar uma hemorragia (BUENO, 1999).
[10] As plaquetas são corpúsculos do sangue de importância na coagulação do mesmo (BUENO,1999).

e constituem-se como a principal causa alimentar de elevação do colesterol plasmático; os flavonóides, que são substâncias encontradas em vegetais e frutas e desempenham uma ação antioxidante no LDL-colesterol, atividade antiplaquetária e antiinflamatória; as fibras solúveis, que estão presentes nos legumes, aveia, leguminosas e frutas e podem reduzir os níveis de colesterol total e levar a um controle do Diabete Mellitus e do sobrepeso. Finalmente o consumo excessivo de sal de cozinha (cloreto de potássio), se mostra relacionado a níveis elevados de pressão arterial. (MONTEIRO, VAZ ALMEID, 2007; RIQUE, SOARES, MEIRELLES, 2002; FONSECA et al., 1998).

2.2.4 Obesidade

A obesidade pode ser considerada como a desordem nutricional mais importante da atualidade, observando-se que, nos últimos anos, sua prevalência vem aumentando no mundo todo. O excesso de peso é considerado um fator de risco para diversas doenças crônicas não transmissíveis e especialmente para as doenças cardiovasculares, sendo ainda responsável por um aumento da mortalidade relacionada a tais enfermidades. De acordo com os estudos em Framingham (HUBERT et al., 1983) o ganho de peso durante a idade adulta aumenta o risco das doenças ateroscleróticas em ambos os sexos, independente da presença de outros fatores de risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Além de contribuir de forma direta às doenças cardiovasculares, exigindo um maior esforço ao coração, a obesidade está correlacionada a outros fatores de risco, tais como a hipertensão arterial sistêmica, o Diabete Mellitus e as dislipidemias, caracterizando-se, portanto, como uma importante condição clínica que requer uma abordagem efetiva, especialmente no que se refere à prevenção primária e secundária das coronariopatias (EGEDE, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

2.2.5 Dislipidemias

As dislipidemias, ou alterações nas taxas lipídicas do sangue, vêm sendo apontadas como o fator primário para o desenvolvimento de aterosclerose e conseqüentemente, das doenças coronarianas.

Goldbourt, et al. (1997) demonstraram a existência de uma associação entre uma diminuição do HDL e um aumento do risco para o infarto agudo do miocárdio, morte súbita e desenvolvimento prematuro de aterosclerose. Por outro lado um aumento tanto do colesterol total quanto do LDL parece contribuir para ocorrência das doenças cardiovasculares (WILSON, et al. 1998).

Portanto o controle das alterações lipídicas parece ser fundamental à prevenção das doenças coronarianas e vincula-se basicamente a uma dieta alimentar balanceada, redução do consumo de álcool, combate ao tabagismo, prática de atividades físicas, controle do peso corporal e, em alguns casos, a ingestão de medicamentos específicos (TOTH, 2004; DUTRA-DE-OLIVEIRA; MARCHINI, 2000).

Pesquisas têm demonstrado que uma diminuição do colesterol total está associada à redução da doença coronariana, a partir de uma diminuição da progressão da aterosclerose e de um aumento da sobrevida global dos pacientes. Sendo assim, programas de prevenção, tanto primária quanto secundária, são fundamentais no que diz respeito a práticas educativas e informativas, visando mudanças nos hábitos de vida e comportamentos de risco (TOTH, 2004; MUSTAD et al., 1997).

2.2.6 Diabete Mellitus

O Diabete Mellitus é um distúrbio metabólico que, além de prejudicar a circulação sanguínea, provoca uma modificação na estrutura do LDL-colesterol impedindo sua metabolização pelo organismo, o que ocasionaria a produção de aterosclerose (MION, NOBRE, 2002).

Pesquisas têm demonstrado que indivíduos que apresentam Diabete Mellitus, especialmente aqueles que o desenvolveram na vida adulta, apresentam uma maior propensão ao desenvolvimento de doença coronariana, além de apresentarem um maior número de eventos recorrentes, após o desenvolvimento da mesma. Observa-se ainda que a prevalência do Diabete Melittus parece aumentar com a idade e estar relacionada, particularmente, à presença de obesidade (VOKONAS, KANNEL, 1996).

Williams et al. (2002) apontam para a importância de tratamentos que enfatizem a prevenção e controle do Diabete Mellitus, através da prática regular de atividades físicas e programas destinados à redução do peso corporal e controle da glicemia.

2.2.7 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é um dos fatores de risco que contribui de forma mais intensa para a ocorrência do infarto agudo do miocárdio, além de aumentar o risco de eventos recorrentes após o primeiro episódio agudo da doença. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), indivíduos hipertensos apresentam três vezes mais chances de desenvolverem ataques cardíacos (BITTENCOURT et al. 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

A hipertensão é um problema que atinge igualmente homens e mulheres e apresenta sua etiologia vinculada a características hereditárias, dietas ricas em sal, estresse, obesidade, sedentarismo e consumo excessivo de álcool. Sendo assim, além de se caracterizar como um significativo fator de risco independente para as doenças cardiovasculares, na maioria das vezes aparece associada a outros fatores de risco, como a obesidade, as dislipidemias, o Diabete Mellitus, o estresse e a ansiedade (SMITH et. al , 2004).

Atualmente, recomenda-se que o tratamento da hipertensão arterial sistêmica tenha como referência o valor de ≥140/90 mmHg, sendo que tanto o valor da pressão sistólica, quanto o da

pressão diastólica parecem influenciar no surgimento das doenças coronarianas (BITTENCOURT et al., 2004; SMITH et al., 2004).

2.2.8 Sedentarismo e prática de exercícios físicos

Exercícios físicos apresentam efeito protetor sobre a doença isquêmica, inversamente o sedentarismo está associado a uma maior incidência desta doença. Pesquisas têm demonstrado que pessoas mais ativas fisicamente vivem mais e apresentam menores chances de vir a falecer em decorrência de doenças de origem cardiovascular (RIQUE, et al., 2002; SHERMAN et al., 1994).

De acordo com Fonseca et al. (1998) a prática regular de exercícios e não sua intensidade propicia amplos benefícios e segurança, tornando-se outra importante modificação no estilo de vida capaz de prevenir doenças cardiovasculares ou atenuar sua progressão.

A prática de exercícios, além de estar relacionada à prevenção das cardiopatias, se mostra eficiente no controle da obesidade, redução da pressão sanguínea, dos níveis de colesterol total e controle do Diabete Mellitus, além de favorecer a redução dos sintomas depressivos e ansiosos e provocar uma melhora na qualidade de vida (RIQUE, SOARES, MEIRELLES, 2002; KUGLER, SEELBACH, KRUSKELMPER, 1994). Por outro lado a atividade física periódica poderia reduzir a vulnerabilidade para arritmia ventricular fatal e o requerimento de oxigênio pelo miocárdio (FONSECA et al., 1998).

O estudo de Framingham demonstrou que pessoas mais ativas fisicamente viveram mais e tiveram menor morbidade e menor mortalidade de origem cardiovascular. A mortalidade cardiovascular e coronária diminuiu à medida que foi maior a freqüência de atividade física em todas as idades, incluindo nos idosos (HUBERT, 1983).

O tipo de exercício que vem demonstrando efeitos mais substanciais em relação aos fatores cardíacos é o aeróbio e recomenda-se à uma boa saúde cardiovascular uma pratica de no mínimo 30 minutos, três a cinco vezes por semana (RIQUE, SOARES, MEIRELLES, 2002).

2.2.9 Variáveis sociais

2.2.9.1 Status socioeconômico

Status socioeconômico, definido como ocupação individual, recursos econômicos, nível educacional e posição social (KAPLAN; LYNCH, 1997) tem sido considerado como um poderoso preditor das doenças cardiovasculares. Ao que parece, indivíduos que demonstram um baixo status socioeconômico, em comparação com pessoas que tem melhores condições socioeconômicas, apresentam maiores chance de desenvolver Diabete Mellitus, hipertensão arterial sistêmica, bronquite, efisema pulmonar, tuberculose e problemas cardíacos, além de apresentarem maiores chances de vir a óbito em decorrência destas últimas (NATIONAL HEART , LUNG AND BLOD INSTITUTE, 1998).

Em relação às doenças cardiovasculares, estas aparentemente se apresentam em maior prevalência em classes socioeconômicas mais baixas, uma vez que esta população tende a ter uma maior exposição a fatores de risco como, por exemplo, dietas com alto teor de gorduras, tabagismo e experiências estressantes diárias. Além disso, pode-se observar nesta população um acesso mais limitado aos serviços de saúde e benefícios que o mesmo pode proporcionar (JENKINS, 1988; NATIONAL HEART , LUNG AND BLOD INSTITUTE, 1998; STRAUB, 2005).

2.2.9.2 Suporte social

O suporte social vem sendo considerado um importante fator, tanto para manutenção da saúde quanto para a recuperação de doenças (DUARTE, 2002), tratando-se assim de uma variável que, de acordo com Athkinson et al. (1995), deve ser estudada através de parâmetros objetivos, os quais incluem religião, existência de grupo social, relacionamento afetivo estável, situação de moradia e parâmetros subjetivos, como a percepção individual sobre a existência e garantia de apoio.

Pesquisas realizadas com indivíduos que passaram recentemente por um episódio de infarto agudo do miocárdio afirmam a existência de uma relação direta entre o isolamento social, o surgimento de estresse e um aumento da morbi-mortalidade em decorrência da doença isquêmica, bem como atentam para o fato de que a presença de suporte social parece favorecer o desaparecimento de sintomas depressivos que tenham se desenvolvido em decorrência do episódio coronariano agudo (FREASURE-SMITH et al., 2000; FARMER et al., 1996).

Krumholz, Butler e Miller (1998) analisaram 292 pacientes idosos em relação à presença de suporte social e à gravidade dos eventos cardiovasculares e observaram que a ausência de suporte social está associada a um significante aumento do risco de ocorrência de eventos adversos e aumento das chances de eventos cardiovasculares fatais.

A interação entre suporte social e baixo nível educacional, ao que parece, também exerce certo impacto sobre a mortalidade após o infarto agudo do miocárdio. Ruberman et al. (1984) verificaram que homens com baixo nível educacional eram mais isolados socialmente e apresentavam-se mais estressados em comparação aos homens com altos níveis educacionais.

A ausência de suporte social pode, ainda influenciar a mortalidade em pacientes que já apresentam doença cardiovascular preexistente. Ruberman et al. (1984) observaram que homens isolados socialmente apresentavam maiores chances de óbito após um infarto agudo do miocárdio. Similarmente, Williams et al. (2002) encontraram que os sujeitos que viviam sozinhos tinham mais probabilidades de morte nos cinco anos após o infarto agudo do miocárdio do que indivíduos casados ou com um amigo que ocupasse o lugar de confidente.

2.2.10 Variáveis psicológicas

2.2.10.1 Depressão

Sintomas depressivos podem ser observados em até 50% dos pacientes portadores de cardiopatias. Aparentemente a depressão e a doença cardiovascular podem estar vinculadas de três maneiras. Primeiramente, a depressão pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de

doença cardiovascular. Por outro lado, as doenças cardiovasculares podem facilitar o aparecimento de sintomatologia depressiva. Finalmente, a depressão e doença cardiovascular não são associadas entre si, mas relacionam-se com fatores de risco comuns a ambas (FRASURE-SMITH, LESPÉRANCE, 2008; FRASURE-SMITH, LESPÉRANCE, 2006; O'CONNOR, JOYNT, 2004; RUMSFELD et al., 2003; SWENSON et al., 2003; RAFANELLI et al. 2003; LESPÈRANCE et al., 2000).

Rumsfeld et al. (2003) analisaram estudos realizados a partir da década de 50 e encontraram uma forte associação entre uma história anterior de depressão e o surgimento de angina. Da mesma forma, O'Connor e Joynt (2004) apontam para o fato de que estresse psicológico e depressão são predisponentes de moléstias cardíacas, considerando ainda a depressão como uma comorbidade freqüentemente associada às doenças isquêmias. Essas evidências são confirmadas por Lespèrance et al. (2000) que, ao investigar 430 pacientes internados por angina instável, constataram depressão em 41% destes pacientes.

Perez (2005), ao investigar uma possível correlação entre a presença de depressão, características sócio demográficas, tabagismo, consumo de álcool e ansiedade em pacientes hospitalizados por síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis, verificou entre os 345 pacientes observados uma freqüência da depressão de 46,7%, sendo que aparentemente mulheres apresentaram níveis mais graves de depressão e ansiedade. Já os homens com depressão eram freqüentemente mais jovens e em sua maioria fumantes.

Por outro lado, a ocorrência de depressão após episódio coronariano agudo parece prejudicar a recuperação dos pacientes ocasionando uma piora no estado de saúde dos mesmos, aumentando as chances de episódios recorrentes, além de trazer prejuízos à sua qualidade de vida (SWENSON et al., 2003; LESPÈRANCE et al., 2000).

Gravely-Witte et al. (2007) investigaram a existência de relação entre presença de angina e histórico de doença cardíaca e a qualidade de vida e depressão em pacientes que haviam passado por um episodio agudo da doença arterial coronariana nos últimos seis meses e

observaram que a presença de histórico de doença cardíaca esta associada à depressão, e a ocorrência de episódios de angina é influenciada tanto pela presença de depressão, quanto por uma má qualidade de vida.

Anda et al. apontam para existência de alguns mecanismos patofisiológicos da depressão que influenciam diretamente a evolução de uma doença cardiovascular, dificultando a adesão do paciente ao tratamento médico e às mudanças de estilo de vida necessárias, devido à sintomatologia própria desta patologia, geralmente descrita na literatura como déficits comportamentais, afetivos ou cognitivos (CAVALCANTE, 1997). Outro fator ressaltado pelos autores se relaciona à dificuldade de identificação da depressão nestes pacientes, uma vez que é freqüente se observar os sintomas somáticos da depressão em maior número e intensidade. Tais sintomas seriam: cansaço excessivo, falta de energia e lentidão motora, em detrimento dos sintomas psicológicos de um quadro clínico típico, como rebaixamento do humor, diminuição do prazer e interesse pelas pessoas e sentimentos de inutilidade.

2.2.10.2 Ansiedade

A ansiedade pode ser definida como um sentimento difuso de desconforto, apreensão e/ou temor, freqüentemente acompanhado por sintomas autonômicos do organismo, tais como cefaléia, perspiração, palpitações, aperto no peito e leve desconforto abdominal, podendo ainda levar a alterações do pensamento, memória, atenção e percepção. Em outras palavras, caracteriza-se como um sinal de alerta a um perigo iminente, perigo este não necessariamente conhecido do indivíduo ou específico (DALGALARRONDO, 2000; GUIMARÃES, 2001).

A ansiedade vem sendo apontada como a resposta psicológica mais freqüente ao episódio de infarto agudo do miocárdio. Em se tratando das coronariopatias, altos níveis de ansiedade têm sido relacionados a um pior prognóstico, à incidência de episódios agudos recorrentes, à ocorrência de taquicardia, além de estar associada a um aumento da mortalidade em decorrência

de tais doenças (ROTHENBACHER et al., 2007; MOSER et al., 2003; FRASURE-SMITH, LESPÈRANCE, TALAJIC, 1995).

A relação entre ansiedade e as doenças cardiovasculares se encontra, principalmente, na estimulação do sistema nervoso autônomo, o que vem proporcionar diversas manifestações periféricas, dentre as quais se pode destacar a taquicardia enquanto principal sintoma cardiovascular. Por esta razão, muitas vezes os sintomas físicos da ansiedade (palpitação, taquicardia, sudorese) são confundidos e mal-interpretados como uma alteração cardíaca, tanto pelo médico como pelo paciente, o que resulta numa interpretação errônea desta manifestação (DALGALARRONDO,2000; ROZANSKI et al., 2005).

2.2.10.3 Personalidade Tipo A

A descrição e conceitualização da Personalidade Tipo A surgiram na literatura médica com Jenkins et al. (1971) a partir de observações realizadas na década de 50. De acordo com estes autores, existiria um padrão de comportamentos que se relacionaria a uma maior propensão à cardiopatia isquêmica.

Atualmente a personalidade denominada 'tipo A' caracteriza-se pela presença de um padrão comportamental constituído por componentes formais (voz alta, fala rápida e excessiva atividade psicomotora), condutas manifestas (urgência de tempo, pressa, hiperatividade, com implicações para o trabalho), aspectos motivacionais (busca de êxito, competitividade e ambição), atitudes e emoções (hostilidade, impaciência, raiva e agressividade) e aspectos cognitivos (necessidade de controle do ambiente) (FERNANDEZ-ABASCAL; DIAS, 1994).

Aparentemente o padrão de comportamento denominado Tipo A, em especial seus componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, formam um esquema cognitivo desadaptativo, que em conjunto com os acontecimentos do meio ambiente, produzem com mais freqüência estados de raiva, levando a alterações fisiológicas e contribuindo ao surgimento de doenças circulatórias, especialmente as doenças coronarianas (FERNANDEZ-ABASCAL;

DIAS, 1994; WILLIAMS et al., 2002). Dentre os padrões comportamentais constituintes da personalidade tipo A, a raiva, a hostilidade e a agressividade se apresentam como os fatores mais relevantes ao surgimento das doenças cardíacas (KEWLEY et al., 1987 apud FERNANDEZ-ABASCAL; DIAS, 1994).

Além disso, pesquisas têm demonstrado que a presença da personalidade tipo A, além de estar relacionada ao desenvolvimento das doenças coronarianas, parece se relacionar também ao aumento da mortalidade e pior prognóstico das mesmas, além de estar vinculada à presença de estresse (MATTHEWS et al., 2004).

2.2.10.4 Estresse

Pesquisas recentes indicam que o meio ambiente social pode afetar a saúde das pessoas. Sabe-se, hoje, que situações estressantes relacionadas ao ambiente de trabalho, à demanda familiar e a situações inesperadas, produzem alterações fisiológicas no organismo. Duarte (2002) considera que o estresse pode ser estudado de três maneiras: avaliando-se a resposta fisiológica e psicológica do organismo diante de estímulos ambientais; investigando-se os estímulos indutores do estresse, os chamados estressores ambientais e, finalmente, estabelecendo-se a relação entre o organismo que responde e o ambiente.

As alterações físicas causadas pelo estresse ao sistema cardiovascular refletem em um aumento da freqüência cardíaca, da contratibilidade dos músculos cardíacos e da pressão arterial sistêmica, podendo ocasionar arteriosclerose, infarto agudo do miocárdio ou mesmo morte súbita (KRANTZ; MCCENEY, 2002; SILVA, 1996).

A resposta ao estresse é individual e resultado da interação entre as características do sujeito e as demandas sociais, englobando aspectos comportamentais, cognitivos e fisiológicos. (SAVOIA, 1999, SEIDL, 2001; MARGIS et al., 2003). Com relação ao nível cognitivo, a pessoa fará uma avaliação da situação estressora, baseada em quatro componentes: avaliação inicial ou afetiva da situação, da demanda da situação, das capacidades para lidar com tal situação

estressora e estruturação dos comportamentos voltados à ação ou seleção da resposta à demanda percebida (CERQUEIRA, 2000; SEIDL, 2001).

Os efeitos do estresse no indivíduo podem se caracterizar como agudos ou crônicos. De acordo com Lipp e Novaes (2000), o estresse agudo se trata de uma reação imediata do organismo a algo inusitado e pode desaparecer tão depressa quanto se originou. Já o estresse crônico, apesar de se iniciar da mesma forma que o agudo, apresenta duração mais prolongada, podendo permanecer por meses ou mesmo anos.

A literatura cita alguns sintomas do estresse, importantes às cardiopatias, como o isolamento social, o estresse ocupacional, a depressão e ansiedade pós infarto agudo do miocárdio, a precipitação de eventos cardíacos agudos (CASE, 1992), a elevação da pressão arterial, do colesterol total e dos triglicérides. Além de aumentar a probabilidade da manifestação de hábitos nocivos à saúde, como tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e comer em excesso, levando a um aumento progressivo da aterosclerose e, portanto, ao surgimento da doença arterial coronariana (LIPP, NOVAES, 2000; KRANTZ, MCCENEY, 2002; GIANOTTI, 2002). De acordo com Chandola et al. (2008) o estresse, em especial relacionado ao trabalho, pode exercer influencia no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em especial entre indivíduos economicamente ativos. Por conseguinte, o estresse se mostra como um fator de risco altamente modificável e sujeito a presença de muitos fatores de proteção, tais como: a presença de suporte social, exercícios físicos regulares, treino em redução de estresse, senso de humor, otimismo e altruísmo (DAS, O'KEEFE, 2006).

3. Aspectos da prevenção Secundária

Nos últimos anos, com o aumento da perspectiva de vida da população brasileira e as mudanças significativas ocorridas nos hábitos de vida dos indivíduos (tabagismo, sedentarismo, e alteração nos hábitos alimentares), tem-se observado um aumento na prevalência das doenças coronarianas. Em contrapartida, verifica-se uma diminuição na mortalidade decorrente destas

patologias, o que pode ser explicado pelo aprimoramento dos tratamentos cardiológicos de urgência e reabilitação, e pelo desenvolvimento de políticas de prevenção secundária (REGO, BERARDO, RODRIGUES, 1990). De acordo com Kim; kim e kim (2007) a alteração de hábitos de vida pode manter a saúde das pessoas e com isso prevenir doenças cardíacas.

Em geral, os estudos realizados com pacientes pós ocorrência de eventos coronarianos agudos (infarto agudo do miocárdio, episódio agudo de angina instável) indicam uma pronunciada deterioração física, social e psicológica. O período que segue o episódio coronariano agudo implica, para muitos doentes, numa diminuição da capacidade de lidar com novas situações, dificuldade em assumir papéis sociais que desempenhava antes da internação, dificuldades em retornar às atividades diárias, alterações na atividade sexual e diminuição das atividades físicas (OLDENBUR, PERKINS, ANDREWS, 1985; MCINTYRE, FERNANDES, ARAÚJO-SOARES, 2000). Sendo assim para recuperação dos pacientes coronariopatas, é fundamental a modificação de alguns comportamentos habituais, além da necessidade do desenvolvimento de novas maneiras de lidar com os fatores de risco psicológicos, os quais, especificamente, influenciam a evolução do quadro clinico da doença (STRAUB, 2005).

As reações emocionais mais freqüentemente observadas após um episódio coronariano agudo são: ansiedade, depressão, negação da enfermidade, preocupação excessiva com seu estado de saúde, retraimento social, sintomas somáticos funcionais (por exemplo: palpitações, dores nos braços, fadiga), sentimentos de inutilidade, pessimismo acerca do futuro. Tais reações, ao que parece, contribuem de forma negativa à evolução da doença, prognóstico e adesão ao tratamento, aumentando a incidência de mortes (KRANTZ, MCCENEY, 2002; GARCÌA, WILKE, BAYÈS DE LUNA, 1988).

Além das reações emocionais, existem outros fatores que podem contribuir para um pior prognóstico da doença coronariana. Tais fatores seriam: fatores médicos (gravidade da disfunção ventricular, severidade da alteração coronariana, presença de arritmias ventriculares graves), a presença do padrão de comportamento tipo A, a percepção do paciente sobre a doença e a falta

de apoio social (MATTHEWS et al., 2004; FREASURE-SMITH et al., 2000; BUCETA, BUENO,1993).

De acordo com Meischke (2000) e Levine (1997, apud DUARTE, 2002) a percepção da saúde geral, o nível de conhecimento do paciente, crenças, atitudes, valores e conceitos pessoais também são fatores predisponentes da doença coronariana. Ao que parece a forma como o paciente percebe sua enfermidade, especificamente no que diz respeito aos sintomas, causas e expectativas de cura e/ou controle, tratamento e conseqüências a longo prazo, se mostra como um fator de total relevância aos programas de reabilitação cardíaca, bem como preditor da participação dos pacientes em tais programas e da adesão dos pacientes ao tratamento (SOUSA, 1999; THOMPSON, LEWIN, 2000).

Por outro lado, a severidade, a duração da doença e a resposta individual à terapêutica podem influenciar de forma direta a qualidade de vida dos pacientes à medida que a qualidade de vida pode ser entendida como percepção e/ou sentimentos do ser humano a respeito de sua condição física, afetiva e cognitiva, em relação a seus relacionamentos sociais, sobre sua própria saúde ou sobre outros aspectos de sua vida (REIS; GLASHAN, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998).

De acordo com Lipp, Novaes (2000), para se obter uma boa qualidade de vida é necessário que o sujeito alcance um sucesso relativo em pelo menos quatro áreas de sua vida: social, afetiva, profissional e saúde. Esta autora sugere que o viver bem se refere a ter uma vida equilibrada nestas áreas, sendo que uma das maneiras de se alcançar isto é através do controle do estresse emocional.

Dentre os programas de intervenção psicológica citados na literatura, aqueles relacionados à prevenção secundária das doenças coronarianas, criados com o objetivo de modificar crenças e comportamentos, parecem ser os mais efetivos. As estratégias utilizadas em tais programas envolvem treino em relaxamento, ensino de habilidades de vida, estratégias de resolução de problemas, técnicas de reestruturação cognitiva e mudanças comportamentais,

manejo de estresse e ansiedade, orientação familiar, exercícios físicos e conscientização e educação sobre fatores de risco. Tais programas têm mostrado resultados satisfatórios, em especial quando é realizada a comparação entre grupos controle e experimental, tanto no que diz respeito a um aumento da sobrevida e redução de recorrência, quanto em relação à diminuição de estresse, ansiedade, depressão, alteração da personalidade Tipo A e modificações nos hábitos de vida (tabagismo, sedentarismo, prática de exercícios físicos e hábitos alimentares (REES et al., 2004; LINCOLN; FLANNAGHAN, 2003; LISSPERS et al., 1999b; LINDEN, STOSSEL, MAURICE, 1996).

Daubenmier et al. (2007) investigaram os efeitos de um programa de prevençao secundaria à doença arterial coronariana sob os fatores de risco e fatores psicossociais. Tal programa foi desenvolvido com 869 pacientes não fumantes, e teve duração de três semanas e envolvia mudanças comportamentais, tais como o estímulo ao consumo de alimentos ricos em fibras e com menor concentração de gorduras saturadas, pratica de exercícios físicos e controle do estresse. Significantes alterações nos fatores de risco da doença cardíaca foram observadas. Verificou-se uma diminuição do peso corpora, do colesterol, triglicérides, estresse e hostilidade.

Choo, Burke e Pyo Hong (2007) verificaram os efeitos de um programa de reabilitação cardíaca, com 60 pacientes que haviam sofrido um primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio, em relação a qualidade de vida e capacidade física. Os participantes foram divididos em dois grupos, grupo controle e experimental e este último recebeu, durante oito semanas, sessões individuais de orientação e educação sobre a doença cardíaca e passou por sessões semanais de exercício físico supervisionado. Os pesquisadores constataram que o grupo experimental apresentou melhoras significativas em sua qualidade de vida e capacidade física, em relação ao grupo controle.

Van Dixhoorn e Duivenvoorden (1999) ao avaliar em relação entre os efeitos do treino em relaxamento e a recorrência de eventos cardíacos pós infarto agudo do miocárdio, em paciente que participavam de um programa de reabilitação física, observaram que, a longo prazo,

o curso da doença cardíaca é influenciado favoravelmente pela prática do relaxamento, este sendo complementar a um programa de reabilitação física.

Lisspers et al. (1999a) investigaram os efeitos de um programa de intervenção comportamental sobre os fatores de risco da doença coronariana, em pacientes recentemente submetidos ao procedimento de angioplastia. O programa de intervenção foi realizado em 12 sessões grupais, que consistiam basicamente de práticas educativas, introdução de técnicas de mudanças comportamentais, discussão sobre fatores de risco e comportamentos saudáveis, manejo de estresse e treino em relaxamento. Em relação ao grupo controle, que não foi submetido ao programa de intervenção, o grupo experimental demonstrou significante modificação positiva em seus hábitos de vida (tabagismo, sedentarismo e hábitos alimentares). Entretanto, foram observados poucos efeitos em relação às variáveis psicológicas, bem como em relação à morbidade e retorno ao trabalho.

Em outro estudo, Lisspers et al. (1999b) desenvolveram um programa de prevenção secundária com pacientes cardíacos que sofreram infarto agudo do miocárdio recentemente. A primeira parte do programa foi desenvolvida em quatro semanas, onde foi focalizada a educação sobre comportamentos saudáveis e estratégias de mudanças comportamentais. Em um segundo momento, era mantido um contato regular, por telefone, entre o paciente e uma enfermeira, por um período de um ano. Constatou-se ao fim do programa uma diminuição da morbi-mortalidade, melhora na qualidade de vida dos pacientes, controle da taxa de lipídeos no sangue, alterações em relação ao comportamento tipo A e diminuição do estresse.

Lincoln e Flannaghan (2003) investigaram os efeitos de um programa de intervenção psicoterápica para depressão em pacientes infartados, baseado na teoria cognitivo-comportamental. Os pacientes investigados foram divididos em três grupos. O primeiro não foi submetido ao programa de intervenção (n=41), um segundo grupo (n=41) recebeu terapia cognitivo-comportamental e finalmente o último grupo (n=43) recebeu um programa de atendimento denominado de placebo. A intervenção cognitivo-comportamental consistiu de 10

sessões semanais com uma hora de duração, onde eram utilizadas técnicas de modificação de comportamento e crenças disfuncionais e fornecidas informações sobre a doença cardíaca (psicoeducação). Os pacientes que receberam a intervenção placebo foram visitados em suas casas durante 10 semanas. Durante tais visitas, com duração de uma hora, os pesquisadores enfocavam as ocorrências do dia a dia e discutiam acerca dos efeitos físicos do infarto e mudanças comportamentais. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos de pacientes com relação à diminuição dos sintomas depressivos, independência em funções diárias e satisfação com a saúde. De acordo com os autores, os resultados desfavoráveis observados talvez se devam à pequena amostra investigada ou aos métodos de seleção dos sujeitos, à medida que intervenções cognitivo-comportamentais para depressão frequentemente apresentam resultados positivos.

Acreditando na influência do gênero na resposta a programas de intervenção pós ocorrência da doença coronariana, Winberg e Friklund (2002) investigaram 240 mulheres admitidas em 18 hospitais da Suécia logo após o primeiro infarto agudo do miocárdio. Tais mulheres foram divididas em dois grupos e avaliadas em três momentos distintos, logo após o episodio da doença, após um e quatro anos, considerando que apenas um dos grupos de pacientes foi submetido ao programa de reabilitação cardíaca. Tal programa incluía educação sobre saúde, suporte social e prática de exercícios físicos, foi realizado também por um terço dos cônjuges das pacientes e teve duração de 12 semanas. Verificou-se que na primeira avaliação (linha de base) existiam diferenças significativas entre os dois grupos, em especial considerando a ocorrência de estresse e hipertensão arterial. Quanto às avaliações posteriores, observou-se que as mulheres apresentaram alterações comportamentais positivas, independente da participação no programa de reabilitação.

Considerando a influência dos fatores psicossociais no desenvolvimento das doenças cardiovasculares e na morbi-mortalidade de pacientes acometidos por tais enfermidades, Black et al. (1998) examinaram os efeitos de uma intervenção psicológica em 380 pacientes pós

hospitalização por angina, infarto agudo do miocárdio, angioplastia ou colocação de marca-passo. Tal intervenção incluía de uma a sete sessões semanais de terapia comportamental, as quais eram constituídas por treino em relaxamento, introdução de técnicas cognitivo-comportamentais de manejo de estresse e ansiedade, discussões sobre a importância do seguimento do tratamento médico, modificação de hábitos alimentares e prática de exercícios físicos; objetivando assim, uma maior adesão ao tratamento. Foi observada uma redução significante das medidas de depressão dentre os sujeitos submetidos ao programa de intervenção, em relação ao grupo controle. Todavia, não foi observada uma redução significativa em relação ao estresse e ao número de re-hopitalizações.

McIntyre, Fernandes e Araújo-Soares (2000) observaram os efeitos de uma intervenção psicológica com 32 pacientes portugueses recentemente infartados, distribuídos em dois grupos (experimental e controle) e com idades entre 35 e 65 anos. O programa de intervenção utilizado se apresentava em 10 sessões terapêuticas e duas sessões de avaliação e teve como objetivo geral auxiliar os pacientes no processo de reabilitação e modificar hábitos e estilo de vida nocivos à saúde cardíaca. Os procedimentos específicos utilizados não foram descritos. Após o programa de intervenção verificou-se modificações positivas nos hábitos alimentares, prática de exercícios físicos, consumo de bebidas alcoólicas e ainda uma diminuição significativa nos níveis de ansiedade e depressão.

Em estudo semelhante, Michalsen et al. (2005) verificaram os efeitos de uma intervenção voltada à redução do estresse e modificação de hábitos de vida em pacientes coronarianos que haviam recentemente realizado angioplastia ou cateterismo cardíaco. Os 101 participantes do estudo foram divididos em dois grupos, sendo que um deles foi submetido à intervenção. O programa de intervenção aconteceu em 100 horas distribuídas em um ano e os pacientes eram atendidos em grupos de 10 a 12 pacientes. O programa enfocava redução e manejo de estresse, recomendações nutricionais e recomendações direcionadas a prática de exercícios físicos. Tais objetivos eram trabalhados a partir de técnicas de relaxamento, meditação, yoga, técnicas de

conhecimento corporal, visualização, técnicas cognitivo-comportamentais de reestruturação cognitiva e psicoeducação. Após a avaliação, o grupo controle recebeu pelo correio informações acerca do manejo de estresse e dieta. De acordo com os autores, os pacientes apresentaram excelente aderência ao tratamento, considerando-se a freqüência às sessões e prática de relaxamento em casa. Verificou-se uma melhora na qualidade de vida dos pacientes que passaram pela intervenção, em especial relacionada ao aspecto físico, e ainda uma redução da necessidade de medicação para isquemia. Finalmente, considerando diferenças entre os gêneros, as mulheres demonstraram redução de sintomas depressivos e raiva, enquanto não foram constatados benefícios psicológicos específicos em relação aos homens.

Outro estudo, visando avaliar os efeitos de um programa de reabilitação psicológica após episodio de infarto agudo do miocárdio, foi realizado por Jones e West (1996). Neste estudo foram analisados 2328 pacientes cardíacos e divididos em dois grupos: experimental (1168 pacientes submetidos ao programa) e controle (1160 pacientes apenas avaliados). Todos os pacientes foram avaliados em três momentos, através de entrevistas estruturadas, primeiramente, logo após o infarto, após 6 meses e após 12 meses da alta hospitalar. A entrevista continha questões de identificação e socioeconômicas, acerca do quadro clínico do paciente, história da doença cardíaca, fatores de risco, suporte social, ansiedade e depressão, atitudes frente ao infarto e expectativas quanto a vida futura. A intervenção aconteceu em sete sessões e tinha como principais objetivos informar os pacientes acerca de seu quadro clínico, diminuir estresse e ansiedade, ensinar técnicas de relaxamento, promover possível ajustamento à doença. Não foram observadas diferenças significativas entre os pacientes do grupo experimental e controle com relação às variáveis estudadas, em qualquer das avaliações posteriores.

Com objetivos semelhantes, Aldana et al. (2006) descreveram os efeitos de um programa estruturado de prevenção cardiovascular e de um programa tradicional de reabilitação cardíaca em relação a fatores psicossociais de risco e qualidade de vida. Os pacientes selecionados para o estudo eram todos coronariopatas e foram submetidos a um dos dois tipos de reabilitação

cardíaca, ou constituíram o grupo controle e apenas receberam as instruções sobre sua doença e prognóstico fornecidas pela equipe de saúde no momento da consulta clínica. O programa de reabilitação cardíaca tradicional tinha duração de entre um e três meses e os pacientes eram submetidos a sessões de exercícios físicos e participavam de palestras educativas onde eram informados sobre fatores nutricionais, interação medicamentosa, controle de estresse, doença cardiovascular e importância da prática de exercícios físicos regulares. O programa estruturado de intervenção tinha duração de 12 semanas e era dividido em três etapas. Na primeira delas os pacientes participavam de sessões semanais de psicoeducação, onde eram enfocados manejo de estresse e modificações alimentares, alem de sessões de exercício físico. Para manejo de estresse os pesquisadores utilizaram-se de relaxamento muscular progressivo, yoga, meditação, visualização e técnicas de respiração. Na segunda etapa os pacientes eram estimulados a modificar seus comportamentos diários. Nesta fase, apesar da disponibilidade de participação em sessões grupais de suporte, a atividade dos sujeitos era em sua quase totalidade auto regulada. Por conseguinte na terceira etapa eram reforçadas modificações dos hábitos de vida e a independência e segurança dos pacientes. Todos os pacientes foram avaliados no primeiro momento, após três e seis meses. Os pesquisadores observaram que tanto os pacientes que participaram do programa estruturado de reabilitação, como aqueles que foram submetidos ao programa regular de reabilitação demonstraram redução nos escores de depressão e melhora na qualidade de vida. Entretanto, os pacientes da intervenção estruturada apresentaram significantemente mais alterações positivas com relação a estas variáveis. Observou-se ainda que os pacientes da intervenção estruturada apresentaram mudanças favoráveis em relação ao estresse, suporte social e hostilidade.

Objetivando verificar os efeitos das formas de tratamento farmacológico e psicoterápico sobre os sintomas depressivos e em relação à promoção de saúde física e psicológica em pacientes infartados, Anderson, Hackett e House (2004) revisaram 12 estudos, incluindo 1245 pacientes. Identificaram certa influência dos procedimentos psicoterapêuticos na melhora do

humor (alteração de sintomas depressivos), entretanto não foram observados efeitos provenientes de psicoterapia ou tratamento farmacológico sobre a prevenção de sintomas depressivos. Os autores consideram que tais resultados podem estar relacionados à heterogeneidade de procedimentos, métodos de analise e medidas clínicas utilizadas pelos estudos.

Estudo semelhante foi realizado por Mcalister et al.(2001), onde tentou-se, a partir de uma revisão bibliográfica, examinar possíveis efeitos positivos de programas de prevenção secundária no prognóstico de pacientes infartados. Foram analisados 11 estudos entre os anos de 1980 a 1999 e verificou-se uma diminuição no número de hospitalizações e redução de fatores de risco.

Em recente revisão acerca dos programas de intervenção psicológica para doenças cardíacas Rees et al. (2004), analisaram a influencia de tais programas em sintomas de estresses, mortalidade, fatores psicológicos, qualidade de vida e modificação de fatores de risco. A partir dos 36 programas analisados verificou-se uma pequena redução dos sintomas depressivos e ansiosos. Não foram encontradas evidencias acerca dos efeitos da intervenção psicológica na diminuição da mortalidade cardíaca. Os autores apontam para a grande heterogeneidade entre os estudos analisados, tanto em relação aos instrumentos de medida utilizados, quanto em relação às diferentes formas de intervenção, ou seja, a não sistematização dos mesmos, e ainda, o pequeno número de sujeitos investigados por algumas destas pesquisas, o que poderia se relacionar à ocorrência de resultados negativos.

Com o intuito de determinar os efeitos de intervenções psicoeducacionais em pacientes com quadros crônicos de angina estável, Mcgillion et al. (2004) revisaram quatro estudos com tal objetivo e verificaram efeitos positivos como conseqüência aos programas de intervenção, em especial no que se refere aos sintomas da angina, estresse e funcionamento físico. Entretanto, como, de acordo com os autores, os estudos investigados apresentavam problemas metodológicos relacionados à amostra, controle experimental e intervenção e não houve possibilidade de generalização dos resultados obtidos.

No Brasil, Giannotti (2002) descreveu um programa de prevenção secundária da doença coronariana implantado em um hospital da cidade de São Paulo que consistia em palestras, ministradas por profissionais da saúde de diferentes especialidades, os quais abordavam temas relevantes à suas áreas de atuação. A autora descreve em seu artigo um resumo do conteúdo das apresentações realizadas pela área da psicologia, ou seja, discute em seu texto o papel das emoções, questões relacionadas ao estresse e aos fatores de risco da doença cardíaca e levanta questões de como os pacientes cardíacos poderiam encontrar maneiras de promover alterações individuais objetivando um maior cuidado com sua saúde. O estudo não inclui avaliação dos sujeitos, bem como possíveis resultados gerados pela participação dos mesmos no programa de prevenção.

De um modo geral, os objetivos dos programas de prevenção cardíaca secundária devem consistir em facilitar a readaptação psicossocial dos pacientes após um episódio coronariano agudo, reduzir a probabilidade de ocorrência de novos episódios a longo prazo, além de promover a saúde por meio de ações educativas, gerando auto-responsabilidade, adoção de um estilo de vida saudável, redução dos fatores de risco, redução dos sintomas da doença crônica e melhoria da qualidade de vida (BUCETA; BUENO, 1993).

Desta forma os programas de intervenção voltados à reabilitação cardíaca devem incluir quatro áreas fundamentais: 1) informar o paciente acerca de sua condição clínica e fatores de risco associados; 2) desenvolver estratégias produtivas com o paciente, para que este possa lidar de modo mais adequado com o estresse e depressão, decorrentes de seu estado de saúde; 3) gerar modificações necessárias no estilo de vida; 4) retornar às atividades diárias (MCINTYRE, FERNANDES, ARAÚJO-SOARES, 2000).

No Brasil verifica-se uma escassez de dados de pesquisa acerca do impacto dos fatores psicossociais na reabilitação pós-episódio coronariano agudo, em especial pesquisas voltadas ao desenvolvimento de programas sistematizados de intervenção, destinados à prevenção secundária da doença coronariana.

4. Terapia cognitivo-comportamental e a doença arterial coronariana

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) utiliza os conceitos da terapia comportamental e da terapia cognitiva, os quais são condicionamento clássico e condicionamento operante, aprendizagem social e dessensibilização sistemática (BECK, 1979). Ela supõe que os transtornos psicológicos decorrem de um modo distorcido de perceber os acontecimentos, o que levaria a pensamentos de caráter automático e disfuncional e influenciaria de forma negativa os afetos e os comportamentos (BECK, 1997). O que não quer dizer que os pensamentos levam a problemas emocionais, mas que eles modulam e mantém as emoções disfuncionais, independentemente de suas origens (RANGÉ,2001).

Segundo Falcone (2001) o principal objetivo da TCC é a modificação de crenças que a pessoa tem sobre si própria, afinal deve-se adotar como princípio a idéia de que a maneira com que os pacientes percebem e conseqüentemente estruturam seu mundo é o que determina seus desajustes (Beck, 1976; apud Caballo, 2002). Beck (1979) propõe que durante o processo terapêutico da TCC a pessoa desenvolva um processo de metacognição, ou seja, pense sobre como seus pensamentos acontecem e de que forma afetam seu humor, sentimentos, comportamentos e como essa cadeia se retro-alimenta, levando ao desenvolvimento de estresse, hábitos não saudáveis e contribuindo para a manutenção de comportamentos inadequados.

Além do caráter terapêutico, a abordagem cognitivo-comportamental apresenta uma função educacional. De acordo com Blair e Ramones (1997) a psicoeducação se caracteriza como um componente fundamental ao processo de mudanças comportamentais necessárias aos pacientes que apresentam doenças crônicas, à medida que contribui para o desenvolvimento de habilidades, centralizando-se nos aspectos afetivos, comportamentais e interpessoais desse processo.

A terapia cognitivo-comportamental pode ser ministrada individualmente ou em grupo, considerando que quando em grupo, de acordo com Caballo (2002) segue os mesmos pré supostos da individual, podendo variar apenas em objetivos terapêuticos e métodos utilizados.

Por conseguinte, o atendimento psicoterapêutico em grupos diminui os custos do tratamento, o que significa uma razoável economia de tempo e de dinheiro, tanto para o doente quanto para a instituição, além de propiciar alguns benefícios relacionados diretamente à dinâmica do grupo e ao procedimento de intervenção psicoterápica (YALLOW, 1995).

Tais benefícios seriam basicamente: possibilidade de reforçamento diferencial de respostas adequadas, possibilidade do surgimento de crenças disfuncionais, fornecimento de oportunidade para identificação, teste e revisão das regras subjacentes que norteiam o comportamento social; surgimento de reforço positivo e respostas adaptativas dentro do próprio grupo, possibilidade de sociabilização e fornecimento de modelos sociais adequados (CABALLO, 2002; WELLS-FEDERMAN, 1997). De acordo com Rangé (2001) os grupos de terapia apresentam uma série de fatores considerados terapêuticos por facilitarem a aprendizagem de novos comportamentos e cognições, bem como a extinção de antigos padrões. A terapia cognitivo-comportamental de grupo intera procedimentos puramente educacionais e psicológicos em um modelo psicoterápico que envolve em suas diretrizes um programa de treinamento de habilidades psicoeducacionais.

Na prevenção das doenças cardiovasculares e reabilitação de pacientes cardíacos, a TCC pode se tornar útil à medida que leve à alteração de percepções distorcidas sobre a doença e a modificação de hábitos de vida considerados nocivos e que constituam fatores de risco, proporcionando uma maior adesão ao tratamento, melhora da qualidade de vida e melhor prognóstico da doença.

OBJETIVOS

Objetivos Gerais

Avaliar efeitos de uma intervenção cognitivo comportamental e a qualidade de vida e fatores de risco em pacientes coronarianos.

Objetivos Específicos

- ✓ Verificar presença de fatores de risco nos pacientes;
- ✓ Avaliar o conhecimento dos fatores de risco por parte dos pacientes;
- ✓ Avaliar a qualidade de vida dos pacientes investigados;
- ✓ Investigar a presença de sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes;
- ✓ Verificar efeitos imediatos e após seis meses de um programa de intervenção psicológica sobre os fatores de risco modificáveis, qualidade de vida, sintomas de ansiedade e depressão e o conhecimento dos pacientes acerca dos fatores de risco.

METODOLOGIA

1. Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa experimental caracterizada por um estudo clínico com delineamento quase-experimental, realizado no Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP - USP). Para tal estudo foi utilizada uma amostra de conveniência, dividida em grupo controle e experimental e uma estratégia quantitativa de coleta de dados.

2. Participantes

Foram convidados e aceitaram participar deste estudo 71 pacientes cardíacos que haviam sido internados por apresentarem episódio agudo da doença arterial coronariana (angina instável ou infarto agudo do miocárdio) nos últimos três meses e que freqüentavam os ambulatórios de Isquemia Cardíaca, Angioplastia e Cardiologia Geral do HCFMRP-USP dentre os meses de janeiro de 2005 a janeiro de 2006.

Critérios de inclusão dos participantes:

- ter apresentado episódio agudo da doença arterial coronariana (diagnóstico de infarto agudo do miocárdio ou angina instável) nos últimos 90 dias, de acordo com informação obtida no prontuário do paciente;
- ter idade maior que 18 anos;
- ambos os sexos;
- ser alfabetizado;
- não ter participado de nenhum programa de intervenção psicoterápica nos últimos dois anos;
- aceitar voluntariamente participar desta pesquisa, após a leitura e assinatura do 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido' (APÊNCICE A_1 e A_2).

Critérios de exclusão. Caracterizaram-se por condições que dificultassem a avaliação dos sujeitos:

- presença de problemas neurológicos e/ou psiquiátricos graves, deficiência mental, quadros demenciais, déficit de audição, linguagem e atenção. Tais variáveis foram avaliadas a partir da percepção do pesquisador durante o contato telefônico ou entrevista preliminar ou através de dados obtidos no prontuário do paciente;
- residir a mais de duzentos e cinqüenta quilômetros da cidade de Ribeirão Preto;
- pacientes que não tinham um número de telefone em seus registros do hospital.

3. Materiais e instrumentos

3.1. Entrevista estruturada

O roteiro sistematizado de entrevista foi construído a partir das variáveis e instrumentos propostos por Bittencourt et al. (2004), Cherrington (2004), Oliveira (2004), Duarte (2002) e de um estudo piloto, realizado pela própria pesquisadora. Tal estudo ocorreu durante o mês de setembro de 2004 e consistiu na aplicação de uma entrevista semi-estruturada, construída com base nos objetivos da pesquisa, a dez pacientes infartados há menos de seis meses e freqüentadores do Ambulatório de Isquemia Cardíaca do HCFMRP-USP. A aplicação preliminar do roteiro de entrevista possibilitou a adequação da linguagem do instrumento aos propósitos da pesquisa.

O roteiro final da entrevista estruturada continha os seguintes itens gerais: a) Identificação e dados sócio-demográficos; b) Presença dos fatores de risco para doenças coronarianas; c) Conhecimento dos sujeitos quanto aos fatores de risco; e) Presença de estressores, i) Antecedentes psiquiátricos (APÊNDICE B_1).

O roteiro de entrevista foi reestruturado, levando-se em conta os dados obtidos na avaliação inicial para duas avaliações subsequentes. Foram retiradas questões relacionadas a

dados já coletados, tais como, sexo e estado civil e acrescidas questões acerca de possíveis alterações comportamentais (APÊNDICE B_2 e B_3).

3.2 Word health organization quality of life - WHOQOL-Bref

Instrumento proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para indivíduos adultos, o WHOQOL-Bref é uma versão reduzida do World Health Organization Quality of Life Instrument 100 (WHOQOL-100) e é composto de 26 questões que almejam saber a percepção dos sujeitos investigados sobre alguns setores de sua vida. As questões são divididas da seguinte forma: duas delas acerca da qualidade de vida geral e as outras 24 divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As pontuações das respostas às questões são obtidas por meio de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, podendo variar entre 1 e 5. A versão brasileira do WHOQOL-Bref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde no Brasil foi a utilizada neste estudo (FLECK, et al.,2000) (ANEXO A).

3.3 Inventário de depressão de Beck - BDI

Medida objetiva das manifestações comportamentais da depressão, contendo 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade pode variar de zero a três. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. A classificação brasileira foi realizada com cinco mil casos, propondo o seguinte critério de classificação: 0 a 11 - mínimo; 12 a 19 - leve; 20 a 35 - moderado; e 36 a 63 - grave (CUNHA, 2001) (ANEXO B).

3.4 Inventário de ansiedade de Beck - BAI

Escala constituída por uma lista de 21 sintomas físicos e comportamentais da ansiedade, com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. Este instrumento foi validado no Brasil por Cunha (2001) e a classificação brasileira propõe os seguintes critérios de classificação: 0 a 9 mínimo; 10 a 16 leve; 17 a 29 moderado; e 30 a 63 grave (CUNHA, 2001) (ANEXO C).

4. Procedimentos

4.1 Abordagem dos participantes

O primeiro contato com os participantes foi realizado a partir de listas de registro de internação no HCFMRP-USP, dos meses de janeiro à dezembro de 2005, obtidas na Unidade Coronariana (UCO) e Unidade de Terapia Intensiva de Cirurgia do Tórax (UTI). Os pacientes com diagnóstico confirmado (informações do prontuário médico) de infarto agudo do miocárdio ou angina instável e que aparentemente não apresentavam nenhum dos critérios de exclusão desta pesquisa, foram contatados via telefone momento que ocorreram a apresentação da pesquisadora e a explicação dos objetivos da pesquisa, atividades envolvidas na participação e o caráter voluntário da mesma. As ligações foram realizadas obedecendo à ordem de internação dos pacientes no HCFMRP-USP, sendo que, primeiramente foi estabelecido o grupo experimental e posteriormente o grupo controle, caracterizando uma distribuição aleatória dos participantes.

Foram realizadas entre uma e três tentativas de contato telefônico com cada paciente. Quando não foi possível estabelecer o contato, o paciente foi excluído das possibilidades de integrar o estudo.

Quando o paciente aceitava participar, era agendado um horário individual para a realização de uma primeira avaliação. Após esta primeira avaliação, os participantes que apresentavam as características exigidas pelo estudo foram ainda avaliados após

aproximadamente dois meses e meio (reavaliação) e após seis meses da segunda avaliação (seguimento). O grupo experimental foi submetido a um programa de intervenção psicológica, entre as duas primeiras avaliações. Os procedimentos das avaliações e do programa de intervenção psicológica serão discutidos abaixo

4.2 Avaliação inicial

A primeira avaliação dos participantes aconteceu individualmente, em uma sala privada do Serviço de Psicologia, localizado no 3^0 andar do HCFMRP-USP, durante um encontro pré agendado e com duração média de 60 minutos. Neste primeiro momento o paciente leu e assinou o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", respondeu às perguntas da Entrevista Semi Estruturada e os Inventários de depressão, ansiedade e de qualidade de vida (WHOQOL-Bref). Tais instrumentos foram entregues aos participantes para que os mesmos marcassem as respostas desejadas. Entretanto, considerando a possibilidade de alguns apresentarem problemas de leitura, oftalmológicos e de entendimento, cada questão era lida, uma por vez, em voz alta pela pesquisadora. Tal procedimento foi repetido nas três avaliações.

Aos componentes do grupo controle foi entregue um material educativo sobre a doença arterial coronariana, acerca dos fatores de risco da doença arterial coronariana e sobre o estresse. Tal material foi o mesmo utilizado durante as sessões de intervenção com o grupo experimental (APÊNDICE C, D e E). Ao término desta sessão, a reavaliação foi agendada com os sujeitos do grupo controle, enquanto os participantes do grupo experimental foram informados sobre o início das sessões de intervenção psicológica grupal.

4.3 Reavaliação

Objetivando verificar os possíveis efeitos imediatos do programa de intervenção psicológica grupal desenvolvido com os pacientes do grupo experimental, todos os participantes, tanto os do grupo controle, como os do grupo experimental, foram reavaliados, em média 14

semanas após a primeira avaliação. A reavaliação aconteceu em um encontro individual, com duração de aproximadamente 60 minutos, numa sala do Serviço de Psicologia do hospital e em dias e horários preestabelecidos. Para tal avaliação foram utilizados os mesmos instrumentos e procedimentos da avaliação inicial - Inventários de depressão e ansiedade de Beck, Inventário de qualidade de vida (WHOQOL- Bref) e Entrevista Semi Estruturada. Ao final deste encontro os horários e dias para o seguimento foram agendados, sendo que os mesmos foram confirmados, via telefone, com uma semana de antecedência.

4.4 Seguimento

O seguimento aconteceu seis meses após a reavaliação e os participantes de ambos os grupos foram avaliados em uma sala do Serviço de Psicologia, em uma sessão individual de aproximadamente 60 minutos, a partir dos mesmos instrumentos e procedimentos utilizados nas duas primeiras avaliações - Inventários de depressão e ansiedade de Beck, Questionário de qualidade de vida (WHOQOL- Bref) e Entrevista semi estruturada.

4.5 Intervenção psicológica

Os integrantes do grupo experimental foram submetidos a um programa de intervenção psicológica, entre as duas primeiras avaliações. Tal programa foi realizado em grupo e fundamentado a partir da teoria e de técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental. Tal programa se deu em oito encontros semanais, com sete grupos fechados e formados por um número máximo de oito pacientes. As sessões em grupo tinham caráter terapêutico, informativo e psicoeducativo.

Os encontros grupais ocorreram em uma sala privada do Serviço de Psicologia, localizado no 3^0 andar do Hospital das Clínicas, em dias e horários preestabelecidos, tiveram duração média de duas horas e foram coordenados pela psicóloga responsável pela pesquisa. Durante os encontros os pacientes e a psicóloga sentavam-se em círculo e para realização de

procedimentos de relaxamento os pacientes deitavam-se em colchonetes dispostos pelo chão.

4.5.1 As sessões

As sessões foram estruturadas a partir dos objetivos propostos pela pesquisa, levando-se em conta a experiência clínica da pesquisadora com pacientes cardíacos no HCFMRP-USP, a experiência do Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP com diversos tipos de grupos terapêuticos para diferentes doenças (GORAYEB, 2004; GORAYEB et al., 2005), bem como os trabalhos de Koszycki et al. (2004), Lincon e Flannaghan (2002), Lispers et al. (1999a).

Vide descrição das sessões no Quadro 1, considerando que as atividades desempenhadas durante as sessões estão descritas em ordem de ocorrência e as técnicas citadas encontram-se descritas no texto adiante.

Quadro 1 - Descrição sistematizada das sessões de intervenção psicoterápica em grupo com pacientes coronariopatas.

Sessão	Objetivos da sessão	Tarefas mediadoras	Tarefa para casa
1	Apresentação dos participantes.	Explanação oral.	
	Explicação aos pacientes sobre objetivos gerais do programa de intervenção e acerca de normas para o funcionamento do grupo.		
	Estabelecimento do contrato verbal de sigilo, visando estabelecimento de vínculo terapêutico.		
	Levantamento de expectativas individuais dos sujeitos, quanto ao processo terapêutico.	Os pacientes foram incentivados a falar sobre si mesmos e a psicóloga estabeleceu relação entre expectativas individuais e grupais.	
	Estabelecimento de metas grupais.		
	Sensibilização dos pacientes sobre a necessidade de participação ativa nas sessões e as responsabilidades individuais na prevenção e reabilitação cardíaca.		
	Introdução das técnicas de respiração e relaxamento, visando manejo de estresse e ansiedade.	Respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo.	Executar relaxamento de uma a duas vezes ao dia e/ou todas as vezes em que se sentir ansioso ou nervoso.
2	Breve discussão sobre sessão anterior.	Discussão oral, coordenada pela psicóloga.	
	Auto-conhecimento, aceitação de sentimentos relacionados à doença e identificação de pensamentos disfuncionais.	Dinâmica de grupo: "A percepção dos sentimentos".	
	Introdução de alguns conceitos básicos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).	Explanação oral e discussão do folheto explicativo acerca da TCC (APÊNDICE F).	

	Auto monitoramento.	Tarefas para casa.	Registro de situações de alteração de humor, pensamentos automáticos e emoções subseqüentes a estas (APÊNDICE G).
	Autocontrole, manejo de estresse e ansiedade.	Treino em relaxamento e controle da respiração.	
3	Autocontrole, manejo de estresse e ansiedade.	Treino em relaxamento, controle da respiração e visualização.	
	Reforço positivo e diferencial, visando estabelecimento de generalizações, discriminações e introdução de técnicas voltadas à reestruturação cognitiva.	Verificação da tarefa de casa e discussão sobre seu conteúdo.	
	Auto monitoramento, auto controle e reestruturação cognitiva.		Registro de situações de alteração de humor, pensamentos automáticos, emoções e comportamentos subseqüentes a estas (APÊNDICE H).
	Educação sobre a doença arterial coronariana , visando maior adesão ao tratamento.	Discussão de material informativo sobre a doença arterial coronariana (APÊNDICE C).	
4	Autocontrole, manejo de estresse e ansiedade.	Treino em relaxamento, controle da respiração e visualização.	
	Reforço positivo e diferencial visando estabelecimento de generalizações e discriminações, reestruturação cognitiva e introdução da técnica de resolução de problemas.	Verificação da tarefa de casa e discussão acerca de seu conteúdo.	Construção e registro de uma hierarquia de comportamentos indesejáveis e/ou problema, relacionadas à doença arterial coronariana e sugestões de possíveis mudanças para tais comportamentos (APÊNDICE I).
	Informação quanto aos fatores de risco da doença arterial coronariana.	Discussão de material informativo sobre os fatores de risco da doença arterial coronariana. (APÊNDICE D) .	
5	Autocontrole, manejo de estresse e ansiedade.	Treino em relaxamento, controle da respiração e visualização.	
	Informação quanto aos fatores de risco da doença arterial coronariana.	Discussão de material informativo sobre os fatores de risco da doença arterial coronariana, enfatizando uma melhoria na qualidade de vida (APÊNDICE D).	
	Sensibilização com relação a hábitos nocivos à saúde e apreensão da técnica de resolução de problemas, visando uma alteração de hábitos e uma melhoria na qualidade de vida.	Discussão sobre conteúdo da tarefa de casa.	
6	Autocontrole, manejo de estresse e ansiedade.	Treino em relaxamento, controle da respiração e visualização.	
	Informação quanto aos fatores de risco da doença arterial coronariana.	Discussão de material informativo sobre os fatores de risco da doença arterial coronariana, enfatizando uma melhoria na qualidade de vida (APÊNDICE D).	Ler material explicativo sobre fatores de risco da doença arterial coronariana.
7	Autocontrole, manejo de estresse e ansiedade.	Treino em relaxamento, controle da respiração e visualização.	
	Sensibilização dos pacientes quanto à importância do estresse no contexto dos cuidados com o coração.	Discussão de material explicativo sobre o estresse (APÊNDICE E).	
	Prevenção de recaídas.	Discussão sobre os possíveis efeitos benéficos da intervenção.	

8	Feedback.	Os pacientes foram levados a expressar sua opinião geral sobre a participação no grupo, bem como a psicóloga a respeito dos objetivos alcançados.	
	Retorno individual dos pacientes.	As sessões destinadas à reavaliação foram agendadas pela psicóloga.	
	Prevenção de recaídas.	Discussão sobre a manutenção dos possíveis efeitos benéficos da intervenção.	
	Encerramento.	Explanação oral.	

Importante considerar que apesar da estruturação sistemática das sessões, durante as mesmas procurou-se trabalhar com as informações oferecidas pelos pacientes, por meio de suas colocações verbais e tarefas de casa, visando assim aproximar os mesmos dos temas discutidos no grupo, fortalecendo o vínculo terapêutico e aumentando a adesão ao processo psicoterápico. Durante as sessões os pacientes foram levados, pela terapeuta, a assumir uma postura ativa em relação a seu tratamento e incentivados a participar das discussões propostas e a cumprir as tarefas de casa.

No decorrer das sessões, a psicóloga utilizou técnicas cognitivo-comportamentais conforme descritas:

- ***Identificação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais*:** técnica utilizada a partir da identificação de uma situação na qual o paciente apresenta pensamentos intrusivos ou desagradáveis. Tal treino pode inicialmente acontecer durante as sessões e posteriormente ser realizado em casa pelos próprios pacientes (RANGÉ, 2001).

Algumas perguntas puderam auxiliar tal exercício: Que pensamentos passaram pela sua cabeça na ocasião? Que tipo de emoção você sentiu? Qual foi seu comportamento a partir de então? (CORDIOLI, 2004).

- ***Registro de comportamentos e pensamentos***: refere-se ao registro escrito, efetuado pelos pacientes por meio de tarefas de casa e que pode auxiliar no processo de identificação de pensamentos, sentimentos e comportamentos em um dado momento, normalmente quando estão passando por alguma situação negativa. Constitui-se de uma descrição de comportamentos,

eventos antecedentes e eventos conseqüentes, o que permite aos paciente identificar as variáveis controladoras de seu comportamento. Dentre os objetivos do registro de comportamentos e pensamentos, tem-se a conscientização, a auto-regulação e o surgimento de respostas adaptativas (GUIMARÃES, 2001; WHITE, FREEMAN, 2003).

- ***Reestruturação cognitiva:*** basicamente as estratégias de reestruturação cognitiva objetivam ensinar aos pacientes: observação e controle dos pensamentos irracionais e negativos; exame das evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos distorcidos e correção das interpretações tendenciosas por interpretações baseadas na realidade (BECK, EMERY, GREENBERG, 1985; CLARK, WELLS, 1995; LINCOLN, FLANNAGHAN, 2003). Para execução da reestruturação cognitiva a psicóloga, na pesquisa em questão, utilizou técnica de questionamento socrático, descrita no parágrafo adiante.

- ***Questionamento Socrático:*** técnica utilizada para a modificação de cognições errôneas. Consiste na revisão detalhada de evidências que confirmam ou negam as hipóteses do paciente acerca de pensamentos e crenças disfuncionais. De acordo com Wells (1997), o Questionamento Socrático pode ser feito utilizando-se diferentes questões, por exemplo: Que evidencias eu tenho de que o que passa pela minha cabeça tem fundamento? Como a maioria das pessoas se comporta em situações semelhantes?

- ***Parada de pensamento:*** é um procedimento de autocontrole desenvolvido para eliminação de pensamentos obsessivos ou perseverantes que são improdutivos, irreais e tendem a inibir a execução do comportamento desejado ou a iniciar uma seqüência de comportamentos desadaptados. É realizada sugerindo ao paciente que se comporte de maneira específica todas as vezes que algum pensamento indesejável vier à mente, como por exemplo, pensar em algo ou emitir um som (CABALLO, 2002).

- ***Resolução de problemas:*** tal procedimento visa ajudar os pacientes a identificar os problemas causadores de disforia, reconhecer os recursos que possuem para elaborar suas dificuldades, ensinar-lhes um método sistemático de superar os problemas atuais, incrementar seu senso de controle sobre os problemas e oferecer-lhes um método para lidar com problemas futuros (WELLS, 1997).

Tal procedimento pode ser dividido em alguns passos: primeiramente implica em uma definição clara do problema. Depois utiliza o enfoque de *tempestade de idéias* com o intuito de provocar no paciente tantas soluções possíveis, independente de serem lógicas, razoáveis ou eficazes. A avaliação das possíveis soluções é realizada posteriormente, onde são examinadas as vantagens e desvantagens de cada solução. Finalmente, o paciente escolhe uma solução e planeja como realizá-la (CABALLO, 2002).

- ***Prevenção de recaídas:*** procedimento utilizado especialmente ao final do processo psicoterápico, com intuito de reforçar junto aos pacientes o oferecimento de um conjunto de habilidades para a vida, em vez de visar simplesmente à cura de sintomas atuais, ou seja, fomenta-se a capacidade de lidar com os ativadores e padrões que têm causado problemas (WHITE, FREEMAN, 2003).

- ***Discriminação:*** Processo que leva a um aumento da freqüência de respostas na presença do um estímulo discriminativo e a uma diminuição da freqüência de outros estímulos. Em outras palavras, consiste em reforçar positivamente um comportamento na presença de um estímulo e extinguir a ocorrência deste comportamento na presença de outros estímulos (RANGÉ et al., 1995).

- ***Generalização:*** Procedimento que aumenta a probabilidade de ocorrência da resposta reforçada na presença de estímulos que tenham características semelhantes ao estímulo discriminativo (RANGÉ et al., 1995).

A dinâmica de grupo utilizada na segunda sessão foi denominada "Dinâmica de Percepção dos Sentimentos": em um primeiro momento foram solicitados aos pacientes que desenhassem em uma folha sulfite algo que representasse seu coração e os sentimentos que atualmente mantêm em relação a este órgão. Foram solicitados ainda que neste primeiro momento não estabelecessem comunicação entre si. Para execução dos desenhos foram disponibilizadas canetas hidrográficas, giz de cera, lápis preto, lápis de cor e borracha e uma música ambiente (JALOWITZKI, 2001) .

Depois de aproximados 15 minutos, os participantes afixavam seus desenhos na parede e diziam o que sentiam ao olhar ou imaginavam significar cada um dos desenhos ali expostos. Cada autor dos desenhos (paciente) expressou o que imaginara ao desenhá-los e qual o significado dos mesmos. Ao final das exposições a psicóloga estabeleceu possíveis relações entre as verbalizações dos pacientes e refletiu com estes sobre as diferentes formas de se representar o mesmo sentimento, sobre a influência destes sentimentos nos comportamentos e a respeito da necessidade de se lidar com os aqueles considerados negativos.

O relaxamento utilizado seguiu o modelo do relaxamento muscular progressivo proposto por Jacobso e McGuigan (Apud CABALLO 2002, pg. 154). Iniciou-se com a explanação da psicóloga a respeito dos objetivos do aprendizado e utilização das técnicas de relaxamento. Posteriormente era solicitado aos pacientes que se deitassem em colchonetes espalhados pelo chão e respirassem a partir da técnica de respiração diafragmática (citada adiante). A psicóloga então dava as seguintes instruções: *"Agora você vai tentar deixar seu corpo o mais confortável possível sobre o colchão e permitir que este fique solto e cada vez mais pesado, você vai deixar que apenas o colchão te segure. Neste momento você deve se concentrar apenas em sua*

respiração, apenas no ar que está entrando e saindo de seus pulmões e trazendo tranqüilidade e calma. Agora vou pedir pra que você contraia alguns músculos por alguns segundos (Quadro 2) *e posteriormente relaxe os mesmos, tentando se atentar ao contraste entre a tensão e o relaxamento, ou seja, procurando conhecer melhor seu corpo. Caso você não compreenda alguma das instruções não se preocupe, faça como entendeu e caso necessário repetirei as orientações de forma mais detalhada. Algo muito importante, é que você deve sempre respirar profundamente e imaginar que seu corpo esta cada vez mais solto".*

Quadro 2 - Grupos musculares e exercícios trabalhados durante o relaxamento muscular, utilizado em intervenção psicoterápica grupal com pacientes cardíacos (CABALLO, 2002).

	Músculos	Exercício
1	Testa	Franze-se a testa.
2	Olhos	Fecha-se fortemente os olhos.
3	Nariz	Franze-se o nariz.
4	Boca	Aperta-se a os lábios. Abre-se a boca. Aperta-se a língua contra o céu da boca.
5	Pescoço	Dobra-se para frente, contra o peito,como se fosse encostar o queixo no peito.
6	Ombros	Empurra-se para cima como se fossem encostar nas orelhas.
7	Mão e antebraço	Fecha-se fortemente os punhos Sente-se a pressão nos dedos, nas articulações dos punhos e nos músculos do antebraço.
8	Abdômen	Contrai-se os músculos, encolhendo fortemente o estômago.
9	Perna	Tenta-se contrair a musculatura das coxas. Dobra-se o pé para cima estirando, sem tirar o calcanhar do chão.
10	Pé	Volta-se o pé para dentro e dobram-se os dedos para dentro.

Posteriormente a contração (Quadro 2) e relaxamento dos diversos grupos musculares era sugerido que os pacientes se concentrassem novamente em sua respiração e no peso de seu corpo sobre o colchão. Neste momento iniciava-se a técnica de visualização a partir das seguintes instruções: *"Agora você deve imaginar que e*stá *num lugar muito bonito, neste lugar existe muito verde. É um lugar onde as árvores são cheirosas, você pode escutar barulho de água e sentir o vento batendo em seu rosto. Então você caminha pelo lugar e chega a um campo de flores. Tais flores são lindas e de todas as cores, então você pode sentir o cheiro das mesmas e se sentir em paz. Este lugar, onde você se encontra, é um lugar de muita tranqüilidade onde apenas sentimentos e lembranças boas acontecem".*

Após tal instrução, como encerramento, pedia-se que os pacientes que continuassem

respirando e depois de aproximadamente três minutos sugeria-se que: *"Agora você vai começar a se despedir, mas sabendo que sempre poderá voltar, pois é um lugar só seu. Você vai voltar e vai trazer apenas os sentimentos bons consigo. Quem quiser pode começar a se mexer, pode abrir os olho, e depois se levantar, mas tudo isto bem devagar e ainda respirando profundamente".*

O processo de respiração utilizado foi o denominado respiração diafragmática, que ocorre da seguinte forma: a cavidade abdominal e a cavidade torácica são separadas pelo diafragma – músculo transversal que está situado no corpo em forma de cúpula. Quando inspiramos, o diafragma abaixa-se e a cavidade toráxica aumenta. Com este movimento, os pulmões dilatam-se, o que provoca uma instantânea rarefação do ar, mas até o fim da inspiração, os pulmões estão novamente repletos. Na expiração, o diafragma eleva-se e os pulmões contraem-se, expelindo o ar (GOMES, 2003).

As instruções fornecidas aos pacientes com relação à respiração diafragmática eram basicamente as seguintes: *"A partir de agora você deve respirar pelo nariz e prestar atenção apenas em sua respiração. Deixe seu corpo o mais confortável possível e comece a sentir os movimentos de sua barriga, imagine que há um balão dentro dela (barriga) e que quando você puxa o ar (inspirar) ele se enche e, quando você solta o ar (expirar) ele se esvazia. Tente sentir os movimentos de sua barriga com suas mãos e não levantar os ombros ou estufar o peito enquanto respira".*

Com relação às tarefas de casa, estas eram planejadas semanalmente a partir de temas relacionados à sessão atual e visando possibilitar discussões sobre de outros assuntos ou tópicos, em sessões posteriores (CABALLO, 2002; RANGÉ et al., 1998). Observa-se, no Quadro 3, um exemplo de tarefa proposta. Todas as tarefas utilizadas se encontram em anexo (APÊNDICE G, H e I).

Quadro 3 - Tarefa sugerida na segunda sessão do programa de intervenção psicológica: Registro de situações de alteração de humor, pensamentos automáticos e emoções contingentes.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – HCFMRP- USP

HCFMRP- USP, Programa de Prevenção da Doença Coronariana – **PPDC**

Docente responsável: **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**

Psicóloga Responsável: **Juliana Camargo Vilela**

Nome do Paciente: Data:

REGISTRO DE CUIDADOS COM O CORAÇÃO

♥ **Instruções**: Quando algo te deixar triste, chateado, com raiva, preocupado, com medo, ou seja, quando seu humor piorar, pergunte a si mesmo "O que está passando pela minha cabeça agora?" e, assim que possível, anote a situação desencadeadora, o pensamento e o que você sentiu na hora.

Data/hora	Situação	Pensamento(s) automático (s)	Emoção (ões)
Diga o dia da semana, o mês e o horário que a situação e o sentimento desagradável aconteceram.	***1. O que aconteceu que o fez sentir algo desagradável, ou seja, triste, com raiva, com medo, de mau humor, etc.?***	***1. O que você pensou ou o que imaginou quando começou a sentir mal?***	***1. O que você sentiu no momento? (tristeza/ ansiedade/ raiva/ etc.)***

A intervenção envolveu ainda um processo psicoeducativo, o qual se deu por meio de discussões acerca das percepções dos pacientes em relação à doença cardíaca e seus fatores de risco. Tais discussões objetivaram a sensibilização e informação dos pacientes sobre a doença arterial coronariana, acerca de hábitos de vida nocivos à saúde cardíaca e conseqüentes alterações comportamentais e identificação e manejo de estresse. Para tal foram utilizados três folhetos explicativos (APÊNDICE C, D e E), os quais foram elaborados pela pesquisadora com base na literatura.

De acordo com Smith, Hart e Hole (1998) a educação pode influenciar diretamente a saúde a partir do aumento do conhecimento sobre comportamentos saudáveis e acerca da promoção de atributos psicológicos como auto-eficácia.

5. Análises dos dados

As analises foram realizadas a partir de três focos principais. Primeiramente foi realizada uma descrição dos participantes a partir das variáveis estudadas. Posteriormente, correlacionou-se os resultados apresentados por um mesmo grupo nos três momentos de avaliação e finalmente, objetivando verificar possíveis diferenças entre os grupos, foram comparados os resultados

obtidos pelos mesmos na avaliação, reavaliação e seguimento.

O conhecimento dos pacientes acerca das causas da doença arterial coronariana foi analisado de forma qualitativa, de acordo com a freqüência de respostas obtidas a partir de cada um dos 71 pacientes. Para análise de tais fatores, as respostas obtidas foram interpretadas por meio da análise de conteúdo e similaridade de significados (TAYLOR, BOGDAN, 1998; BARDIN, 2004) e agrupadas em categorias operacionais, citadas em seqüência no texto.

Para as análises dos Inventários de depressão (BDI) e ansiedade (BAI), os pontos de corte utilizados foram os propostos pela classificação brasileira feita por Cunha (2001). Para o BDI: 0 a 11 – mínimo, 12 a 19 – leve, 20 a 35 – moderado, e 36 a 63 – grave e com relação ao BAI: 0 – 10 mínimo, 11 – 19 leve, 20 – 30 moderado e 31 – 63 grave. Sendo assim foi considerada a presença de sintomas depressivos para valores maiores do que 11 (PINTON, et al. 2006) e de sintomas ansiosos para resultados maiores do que 10. Os resultados obtidos nas escalas de depressão e ansiedade também foram comparados nos diferentes momentos de avaliação em um mesmo grupo e entre os grupos.

Os resultados do Instrumento de qualidade de vida (WHOQOL-Bref) foram analisados considerando as instruções da Organização Mundial de Saúde e citadas por FLECK (2000). Primeiramente foi avaliada a qualidade de vida geral, a partir das duas questões iniciais do instrumento. Tais questões foram calculadas em conjunto, gerando assim um único escore independente dos escores dos domínios. Para analise das 24 questões restantes foram considerados quatro domínios: físico, social, meio ambiente e psicológico. Os domínios foram assim avaliados: <u>físico</u> (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), <u>psicológico</u> (questões 5, 6, 7, 11, 19, e 26), <u>social</u> (questões 20, 21 e 22) e <u>meio ambiente</u> (questões 8, 9, 12, 13, 14, 24 e 25). Cada domínio foi analisado isoladamente e tanto os domínios como a qualidade de vida geral foram medidos em direção positiva, ou seja, escores mais altos denotam melhor qualidade de vida, com exceção das questões de números 3, 4 e 26 que em um primeiro momento deveriam ter seus valores de resposta invertidos (5=1, 4=2, 3=3, 2=4, 5=1).

Cumpre enfatizar que tanto o WHOQOL-Bref como o WHOQOL-100 não permitem o estabelecimento de um escore total único. Ambos os instrumentos foram desenvolvidos a partir da premissa de que qualidade de vida é um construto multidimensional, havendo, portanto, maior coerência ao se considerar cada domínio e respectivo escore individualmente (FLECK et al., 2000).

5.1 Tratamento estatístico dos dados

Os dados quantitativos foram descritos por média e desvio padrão. Nas variáveis categóricas foi utilizado o percentual. O resultado dos grupos experimental e controle nas três avaliações e a comparação entre os grupos foram analisados pelo teste *t* de Student e pelo teste do Qui-quadrado, com exceção dos domínios do instrumento de qualidade de vida, onde foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney para comparação entre os grupos. Já a comparação entre os resultados obtidos nas três avaliações por um mesmo grupo foi feita pelo teste *t* de Student para dados pareados, do teste Regra de Sinais de Descartes e pelo Teste de Friedman. O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$

5.2 Categorias para análise das variáveis estudadas

As categorias foram definidas considerando-se as variáveis relevantes à análise dos fatores de risco da doença arterial coronariana e a partir de dados da literatura.

A. Renda: Para verificação da renda média pessoal dos participantes, dividiu-se a renda de todos os membros da família que residam na casa pelo número de pessoas e estabeleceram-se categorias considerando o salário mínimo em vigor na época da investigação (R$300,00- Trezentos reais). Categoria I- Até um salário mímino; Categoria II- Entre um e dois salários

mínimos; Categoria III- Entre dois e cinco salários mínimos; Categoria IV- Entre cinco de dez salários mínimos; Categoria V- Acima de dez salários mínimos (DUARTE, 2002).

B. Grau de Instrução: Foi estratificado em quatro grupos a partir do número de anos de estudo: alfabetizado/primário (entre 1 e 6 anos de estudo); primeiro grau (entre 7 e 10 anos de estudo); segundo grau (entre 11 e 13 anos de estudo); superior (mais do que 13 anos de estudo).

C. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Melittus (DM): Para presença de diabetes e hipertensão foi considerada a presença de controle medicamentoso e/ou alimentar para tais

D. Dislipidemias: Relato de alterações nas taxas de colesterol e triglicérides caracterizadas pelo controle medicamentoso e/ou alimentar por parte dos pacientes (SILVA, et al., 1998).

E. Índice de massa corpórea – IMC: Foi calculado por meio da divisão do peso (quilogramas) pela altura (metros) ao quadrado. Posteriormente, o resultado obtido foi categorizado a partir das recomendações propostas pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998) para adultos e indicadas no Quadro 4. As informações sobre altura e peso basearam-se nos relatos dos pacientes.

Quadro 4 - Classificação de obesidade, segundo a OMS – Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Classificação	IMC (Kg/M_2)	Risco de comorbidade
Normal	18,5 – 24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0 – 29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0 – 34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0 – 39,9	Grave
Obeso Classe III	>40	

F. Prática de exercícios físicos: Foram utilizadas três categorias, citadas por Egede (2003): Sedentários- indivíduos que não praticam nenhum tipo de atividade física; Prática insuficiente - quando a prática de exercícios ocorre por um período inferior a 40 minutos, de uma a três vezes

por semana; Prática recomendada – exercícios em sessões de no mínimo 40 minutos, com uma freqüência de três a sete vezes semanais.

G. Tabagismo: Consideraram-se três grupos: I- fumantes: pessoas que afirmaram fumar por um período mínimo de um mês, qualquer quantidade de cigarros; II- antigos fumantes: aqueles que relataram já ter fumado qualquer quantidade de cigarros por dia, durante um período mínimo de um mês consecutivo e III - nunca fumaram (BITTENCOURT et al., 2004).

H. Consumo de álcool: Foi estratificado em três grupos, primeiramente o grupo dos pacientes que nunca consumiram álcool, depois os que consomem atualmente; pessoas que afirmaram consumir bebidas alcoólicas no momento com uma freqüência de pelo menos uma vez por semana e aqueles que consumiam anteriormente; pacientes que relataram já ter consumido álcool, em qualquer quantidade.

I. Causalidade da doença: Essa categoria compreendeu a explicação que o próprio paciente forneceu acerca da causalidade da doença arterial coronariana, foi definida e subdividida levando-se em consideração os fatores de risco da doença (DUARTE, 2002) e a partir dos procedimentos descritos por Taylor e Bogdan (1998) e Bardin (2004).

1. Estressores externos – Engloba respostas relativas a eventos externos ao indivíduo, relacionados ao trabalho, situação financeira, perdas, conflitos interpessoais, mudanças, lazer, excesso de esforço físico ou mental, cansaço e/ou fadiga;
2. Emoções negativas – Esta categoria abrange as emoções e sentimentos que foram auto referidos e/ou inferidos por relato dos sujeitos, os quais definem seu estado emocional, influenciando suas interações com o ambiente, consigo mesmo e seu estado de saúde física e que têm significado para a ocorrência da doença coronariana.
3. Variáveis fisiológicas - Fizeram parte desta categoria os fatores de risco para doença

arterial coronariana relacionados a alterações fisiológicas e hereditariedade: Diabete Mellitus, Dislipidemias (alterações nas taxas de colesterol e triglicérides), Hipertensão Arterial Sistêmica,

4. Fatores comportamentais - Esta categoria foi composta pelos fatores de risco para a doença arterial coronariana que têm relação com hábitos comportamentais nocivos à saúde cardíaca: excesso de peso corporal, dieta inadequada, sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool;
    - A subcategoria 'dieta inadequada' foi composta por respostas que apresentavam relação com o comportamento alimentar: comer gordura, se alimentar 'mal' ou em excesso, comer doces, carne vermelha, sal em excesso, café em demasia.

6. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e aprovado em reunião do dia 14 de fevereiro de 2005 de acordo com o processo HCRP n^0 12489/2004 (ANEXO D).

Após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética iniciou-se à coleta de dados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado seguindo as orientações da Resolução 196 do CONEP/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (APÊNDICE A1, A2).

Caso algum dos pacientes envolvidos neste estudo apresentasse necessidade de atendimento psicoterápico individual deveria ser encaminhado ao Serviço de Psicologia do hospital para atendimento. Nenhum dos pacientes apresentou necessidade de atendimento psicoterápico individual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Seleção dos participantes

Após delineados os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, foram solicitadas as listas de internação da UCO e UTI do HCFMRP-USP (dos meses de janeiro à dezembro de 2005) e foi realizado um levantamento nos prontuários médicos dos pacientes, quando foram excluídos pacientes que não apresentavam diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e angina instável, que residiam a mais de duzentos e cinqüenta quilômetros da cidade de Ribeirão Preto e/ou pacientes que não tinham um número de telefone em seus registros do hospital. Estando dentro dos critérios, o paciente era convidado a participar do estudo, via telefone. Primeiramente, considerando os pacientes internados entre os meses de janeiro e julho de 2005 foi constituído o grupo experimental, em seguida, a partir da lista de internações dos meses de agosto a dezembro de 2005, foi formado o grupo controle.

Do total de 205 pacientes contatados deu-se o seguinte:

- 55 não foram encontrados (21 em função de número telefônico errado ou telefone desprogramado, 25 não atenderam ao telefone e nove não foram encontrados em casa),
- cinco sujeitos ainda se encontravam internados,
- um não era alfabetizado,
- 13 pacientes não puderam comparecer às entrevistas em função de problemas de saúde,
- 31 não quiseram participar (nove alegaram morar muito longe do hospital, cinco disseram apresentar dificuldades físicas de locomoção, sete não aceitaram em função de trabalhar e 10 não deram explicação),
- 100 dos contatados aceitaram participar do estudo e agendaram horários para avaliação inicial.

Dos 100 pacientes agendados, os primeiros 57 foram convidados a participar do grupo experimental e os seguintes 43 do grupo controle. Considerando-se o grupo experimental, sete pacientes não compareceram à avaliação inicial, cinco foram submetidos à avaliação inicial, mas

não compareceram a nenhuma das sessões de intervenção em grupo e nove iniciaram o grupo, entretanto tiveram seus dados excluídos do estudo por não apresentarem uma freqüência mínima de participação à cinco sessões. Dos 36 participantes que concluíram as sessões do programa de intervenção psicológica, quatro não retornaram para a reavaliação e 14 para o seguimento.

Com relação ao grupo controle, dos 43 sujeitos agendados, oito não compareceram à avaliação inicial, sete pacientes foram avaliados, entretanto não retornaram para reavaliação, apesar do agendamento anterior, e 15 não foram avaliados no seguimento.

As razões para o não comparecimento dos pacientes ao hospital nos dias e horário pré agendados não foram obtidas. Nenhum dos pacientes do estudo veio a óbito durante a coleta de dados da pesquisa.

Foi feita uma comparação entre os participantes da pesquisa e os sujeitos que não aceitaram participar, em relação às variáveis sexo e idade e não foi verificada diferença estatística.

2. Descrição dos participantes

Participaram do estudo 71 pacientes, sendo 36 do grupo experimental e 35 do grupo controle. Os dados sócio demográficos destes participantes estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis sócio demográficas obtidas em avaliação inicial de pacientes coronariopatas submetidos à intervenção psicológica e seu grupo controle.

Variável	Grupo Controle		Grupo Experimental	
	n	%	N	%
Sexo				
Masculino	24	68,6	27	75,0
Feminino	11	31,4	9	25,0
Total	**35**	**100,0**	**36**	**100,0**
Idade				
36 - 45	3	8,6	5	13,9
46 – 55	7	20,0	8	22,2
56 – 65	14	40,0	12	33,3
> 65	11	31,4	11	30,6
Total	**35**	**100,0**	**36**	**100,0**

Anos de Estudo				
Até 6 anos (alfabetização)	21	60,0	23	63,9
7 – 10 (até 1º grau)	6	17,1	4	11,1
11 – 13 (até 2º grau)	4	11,4	3	8,3
>14 (Nível superior)	4	11,4	6	16,7
Total	**35**	**100,0**	**36**	**100,0**
Estado Civil				
Solteiro	2	5,7	2	5,6
Casado	23	65,7	28	77,8
Divorciado	5	14,3	3	8,3
Viúvo	5	14,3	3	8,3
Total	**35**	**100,0**	**36**	**100,0**
Renda pessoal por salários mínimos mensais (SMM)				
Até 1 SMM	13	37,1	15	41,7
Entre 1 e 2 SSM	12	34,3	13	36,1
Entre 2 e 5 SMM	9	25,7	6	16,7
Entre 5 e 10 SMM	–	0,0	1	2,8
Acima de 10 SMM	1	2,9	1	2,8
Total	**35**	**100,0**	**36**	**100,0**
Condição Empregatícia				
Empregado	7	20,0	5	13,9
Aposentado	21	60,0	16	44,4
Desempregado	7	20,0	15	41,7
Total	**35**	**100,0**	**36**	**100,0**

Como se pode verificar, quanto ao gênero, houve predominância do sexo masculino, ou seja, dos 71 entrevistados 51 eram homens, representando um total de 78,8% da amostra, disparidade esta descrita anteriormente nos estudos de Guimarães (1992) e Duarte (2002). Já com relação à idade, dentre os integrantes do grupo controle verificou-se uma média etária de 59,6 anos, enquanto o grupo experimental apresentou idade média de 58,0 anos. As idades do total de pacientes, variaram entre 36 e 81 anos, sendo verificado um predomínio de sujeitos com idades superiores a 56 anos. Os dados encontrados refletem características da população de pacientes coronariopatas semelhantes às descritas em estudos realizados no Brasil, por Lotufo (1996), Silva (1998) e Duarte (2002).

No que diz respeito ao grau de instrução da população entrevistada, tem-se que mais da metade dos pesquisados, 44, freqüentaram a escola por um período de até seis anos, o que demonstra um baixo nível de instrução e vai de encontro à descrição de Duarte (2002) em seu

estudo com pacientes coronariopatas no primeiro mês após ocorrência de episódio de infarto agudo do miocárdio.

Quanto ao estado civil e condição empregatícia, houve um predomínio de participantes casados e sem ocupação remunerada; dentre estes últimos, 37 se encontravam aposentados e 22 desempregados.

Já com relação à renda pessoal, dos 71 investigados, 53 tinham renda de até dois salários mínimos, enquanto apenas três apresentaram renda pessoal superior a cinco salários mínimos, refletindo assim a baixa condição econômica da população entrevistada e atendida no HCFMRP-USP.

Foi realizado o balanceamento estatístico, por meio do Teste Qui-quadrado com correção de Yates, entre os dados do grupo experimental e do grupo controle, para as variáveis de identificação e socioeconômicas citadas e não foram encontradas diferenças significativas.

3. Variáveis orgânicas

Na Tabela 2 é apresentada a distribuição das variáveis clínicas observadas (Diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias) nos três momentos de avaliação.

Do total de pacientes investigados na avaliação inicial (71), verifica-se um predomínio de participantes apresentando alterações lipídicas 44 (62%) e hipertensão arterial sistêmica 63 (88,7%). Entretanto, apenas 24 (33,8%) pacientes relataram ingerir medicamentos e/ou fazer controle alimentar para a Diabetes Mellitus.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos controle e o experimental na primeira avaliação e na reavaliação com relação à presença de nenhuma das variáveis clínicas estudadas. No seguimento, tanto a presença de Diabetes Mellitus como de hipertensão arterial sistêmica não apresentaram diferenças significativas, entretanto observou-se uma maior porcentagem de pacientes fazendo controle das dislipidemias entre os sujeitos do grupo experimental em comparação aos pacientes do grupo controle ($p = 0,025$). A comparação

entre os resultados da reavaliação e seguimento em relação à avaliação inicial nos dois grupos não apresentou diferenças significativas.

Tabela 2 - Pacientes distribuídos em grupos e pela presença de Diabete Melittus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Dislipidemias nos três momentos de avaliação.

Variável	Grupo Controle						Grupo Experimental					
	Avaliação		Reavaliação		Seguimento		Avaliação		Reavaliação		Seguimento	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Diagnóstico das dislipidemias												
Sim	20	57,1	15	53,6	11	55	24	66,7	23	71,9	19	86,4
Não	15	42,9	13	46,4	9	45	12	33,3	9	28,1	3	13,6
Total	***35***	***100***	***28***	***100***	***20***	***100***	***36***	***100***	***32***	***100***	***22***	***100***
Diagnóstico da DM												
Sim	10	28,6	10	35,7	8	40	14	38,9	13	40,6	9	40,9
Não	25	71,4	18	64,3	12	60	22	61,1	19	59,4	13	59,1
Total	***35***	***100***	***28***	***100***	***20***	***100***	***36***	***100***	***32***	***100***	***22***	***100***
Diagnóstico de HAS												
Sim	31	88,6	24	85,7	17	85	32	88,9	28	87,5	21	95,5
Não	4	11,4	4	14,3	3	15	4	11,1	4	12,5	1	4,5
Total	***35***	***100***	***28***	***100***	***20***	***100***	***36***	***100***	***32***	***100***	***22***	***100***

Em função dos resultados citados foi realizado um levantamento, posterior ao final da coleta de dados, nos prontuários médicos dos pacientes que participaram deste estudo e verificou-se que, diferentemente dos resultados obtidos nas entrevistas, houve uma manutenção da presença ou ausência de diabetes, hipertensão e dislipidemias, nos pacientes durante as três avaliações. Tal disparidade nos resultados pode estar relacionada aos procedimentos de coleta de tais informações durante as entrevistas, os quais se basearam apenas no relato verbal dos participantes. Pode-se supor que tais variáveis não apresentaram alteração quanto sua presença ou ausência, por se tratar de condições fisiológicas crônicas.

Com relação ao índice de massa corporal (IMC), dentre os 71 investigados 18 (25,3%) demonstraram algum tipo de obesidade na avaliação inicial, 20 na reavaliação (28,17%) e 14 no seguimento (19,72%), como se pode observar na Tabela 3. Importante ressaltar os altos níveis de obesidade encontrados, principalmente por se tratar de pacientes isquêmicos.

Tabela 3 – Pacientes distribuídos por grupos e em função do índice de massa corporal (IMC), nos três momentos de avaliação.

IMC	Grupo Controle						Grupo Experimental					
	Avaliação		Reavaliação		Seguimento		Avaliação		Reavaliação		Seguimento	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
18,5 – 24,5 Peso normal	13	37,1	9	32,1	5	25	10	27,8	7	21,9	4	18,2
25,0 – 29,9 Sobrepeso	15	42,9	11	39,3	7	35	15	41,7	13	40,6	12	54,5
30,0 – 34,9 Obesidade I	3	8,6	6	21,4	6	30	8	22,2	10	31,3	4	18,2
35,0 – 39,9 Obesidade II	2	5,7	1	3,6	1	5	2	5,6	2	6,3	2	9,1
> 40 Obesidade III	2	5,7	1	3,6	1	5	1	2,8	-	0	-	0
Total	**35**	**100**	**28**	**100**	**20**	**100**	**36**	**100**	**32**	**100**	**22**	**100**

Comparando-se os resultados obtidos nas três avaliações para cada um dos dois grupos (experimental e controle), observou-se que entre a avaliação e a reavaliação não existiram alterações significativas do índice de massa corporal (IMC) em nenhum dos dois grupos, entretanto, constatou-se diminuição significativa do peso dos integrantes do grupo experimental ($p = 0,049$), bem como diminuição do IMC ($p = 0,025$) comparando-se os resultados da primeira avaliação e os do seguimento, fato este que não foi observado no grupo controle.

Tanto os integrantes do grupo experimental como os do grupo controle receberam orientações gerais e folhetos explicativos sobre a doença arterial coronariana (APÊNDICE C, D e E), entretanto apenas os participantes do grupo experimental passaram por um processo de sensibilização sobre os fatores de risco da doença cardiovascular, que envolvia orientação sobre a doença, discussão sobre fatores de risco, (como a importância de uma alimentação balanceada e dos benefícios da prática regular de exercícios físicos) e ainda desenvolvimento de técnicas de manejo da ansiedade e estresse, além dos benefícios do grupo terapêutico, já citados. Desta forma supõe-se que a participação no grupo psicoterapeutico pode ter contribuído de forma positiva à redução do IMC e do peso dos participantes do grupo experimental comparando-se a avaliação e o seguimento.

De acordo com Lau-Walker (2007) intervenções pós ocorrência de eventos isquêmicos, voltadas ao desenvolvimento do auto controle, crenças positivas acerca da doença e compreensão de sintomas após a alta hospitalar contribuem à efetividade dos programas de reabilitação cardíaca, como um todo, levando a mudanças no estilo de vida proporcionadas e a manutenção das mesmas a longo prazo.

4. Hábitos de vida

Quanto à prática de exercícios físicos, na avaliação inicial, considerando tanto os integrantes do grupo experimental como os do grupo controle, 39 (54,9%) disseram se exercitar, entretanto somente 17 (23,9%) apresentaram uma prática recomendada, como se observa na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes dos grupos experimental e controle em relação à prática de exercícios físicos nos três momentos de avaliação.

Prática de Exercícios Físicos	Grupo Controle						Grupo Experimental					
	Avaliação		Reavaliação		Seguimento		Avaliação		Reavaliação		Seguimento	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prática Recomendada	9	25,7	8	28,6	7	35,0	8	22,2	14	43,8	11	50,0
Prática Insuficiente	9	25,7	12	42,9	10	50,0	13	36,1	7	21,9	6	27,3
Sedentarismo	17	48,6	8	28,6	3	15,0	15	41,7	11	34,4	5	22,7
Total	**35**	**100**	**28**	**100**	**20**	**100**	**36**	**100**	**32**	**100**	**22**	**100**

Considerando-se apenas a categoria ‘prática recomendada’ em comparação a uma outra categoria proveniente da união entre a ‘prática insuficiente’ e o ‘sedentarismo’ pode-se verificar que o grupo experimental apresenta uma diminuição desta última e, por conseguinte um aumento do número de sujeitos praticando exercícios físicos regularmente, fato que também pode ser observado com relação ao grupo controle, entretanto com menor variação. Comparando-se os resultados da avaliação com os do seguimento, observa-se uma diferença significativa nos resultados provenientes do grupo experimental (p= 0,030), o que não foi observado no grupo

controle (Gráficos 1 e 2). Este fator pode ter contribuído para a diminuição do IMC dos participantes do grupo experimental.

A prática regular de exercícios físicos traz amplos benefícios à saúde cardíaca, tanto considerando a prevenção primária quanto a secundária. Esta prática estaria relacionada à prevenção de doenças isquêmicas, ao controle da obesidade, redução da pressão arterial, redução dos níveis de colesterol total e controle do Diabete Mellitus, além de favorecer a redução dos sintomas depressivos e ansiosos e provocar uma melhora na qualidade de vida (CHOO, BURKE, PYO HONG, 2007; RIQUE, SOARES, MEIRELLES, 2002; KUGLER, SEELBACH, KRUSKELMPER, 1994).

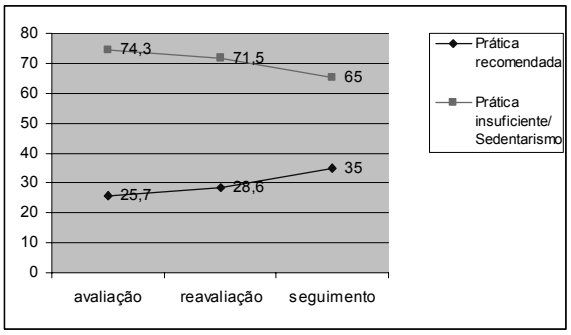


Gráfico 1: Distribuição dos pacientes do grupo controle em relação à prática de exercícios físicos nos três momentos de avaliação

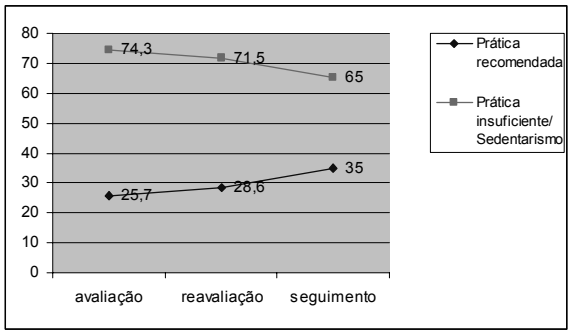


Gráfico 2: Distribuição dos pacientes do grupo experimental em relação à prática de exercícios físicos nos três momentos de avaliação

Dentre os pacientes que se exercitavam um relatou fazer musculação enquanto o restante praticava exercícios aeróbios, mais especificamente caminhada.

No que se refere a tirar férias, na primeira avaliação, 80,3% dos 71 pesquisados relataram não apresentar tal hábito, sendo 27 do grupo controle e 30 do grupo experimental. Já com relação a atividades de lazer 37 (52,1%) participantes afirmaram, na primeira avaliação, não apresentar tais atividades em sua rotina, como se observa na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes em relação às atividades de lazer nas três avaliações.

Apresenta atividades de lazer	Grupo Controle		Grupo Experimental	
	n	%	n	%
Avaliação				
Sim	15	42,9	19	52,8
Não	20	57,1	17	47,2
Total	**35**	**100,0**	**36**	**100,0**
Reavaliação				
Sim	12	42,9	23	71,9
Não	16	57,1	9	28,1
Total	**28**	**100,0**	**32**	**100,0**
Seguimento				
Sim	12	60,0	13	59,1
Não	8	40,0	9	40,9
Total	**20**	**100,0**	**22**	**100,0**

Ainda com relação ao lazer, na primeira avaliação e no seguimento não foram constatadas diferenças entre os grupos experimental e controle. Já na reavaliação, verificou-se um aumento no número de pacientes do grupo experimental que apresentavam atividades deste tipo em sua rotina (p = 0,023), em comparação com o grupo controle que se manteve sem alterações. O aumento na freqüência de atividades de lazer do grupo experimental pode estar correlacionado a diminuição dos sintomas depressivos e melhora na qualidade de vida geral observadas a seguir e ainda se mostrar como um beneficio secundário das sessões em grupo, que envolviam sociabilização, manejo de estresse e informações sobre a doença.

No que diz respeito ao hábito de fumar, na avaliação inicial, dos 71 pacientes avaliados 40,85% (29) relataram nunca ter fumado, enquanto 12,7% (9) fumavam atualmente (Tabela 6). Os dois grupos de pacientes investigados não se mostraram diferentes acerca do hábito de fumar em nenhuma das três avaliações ou ao se comparar a primeira avaliação com a reavaliação e o seguimento.

Em se tratando do consumo de bebidas alcoólicas, descrito na Tabela 6, na avaliação inicial, mais da metade dos pesquisados, considerando os grupos experimental e controle, já havia consumido ou ainda consumia pelo menos uma vez na semana (63,4%), enquanto 16

(22,5%), nunca havia consumido. Não foram observadas diferenças estatísticas significantes entre os grupos, com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, nas três avaliações e ao se comparar a primeira avaliação com a reavaliação e o seguimento.

Tabela 6 – Pacientes distribuídos em grupos e em função do consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, nas três avaliações.

Variáveis	Grupo Controle						Grupo Experimental					
	Avaliação		Reavaliação		Seguimento		Avaliação		Reavaliação		Seguimento	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Tabagismo												
Nunca fumou	17	48,6	11	39,3	10	50,0	12	33,3	9	28,1	6	27,3
Já fumou	12	34,3	12	42,8	7	35,0	21	58,3	22	68,7	16	72,7
Fuma atualmente	6	17,1	5	17,9	3	15,0	3	8,3	1	3,1	_	_
Total	**35**	**100**	**28**	**100**	**20**	**100**	**36**	**100**	**32**	**100**	**22**	**100**
Consumo de álcool												
Nunca consumiu	14	40,0	11	39,3	10	50,0	10	27,8	8	25,0	7	31,8
Já consumiu	14	40,0	10	35,7	3	15,0	15	41,7	12	37,5	5	22,7
Consome atualmente	7	20,0	7	25,0	7	35,0	11	30,5	12	37,5	10	45,5
Total	**35**	**100**	**28**	**100**	**20**	**100**	**36**	**100**	**32**	**100**	**22**	**100**

5. Percepção da gravidade da doença cardíaca e atribuição de causalidade

Com o intuito de verificar a percepção dos pacientes acerca da gravidade de sua doença cardíaca foi utilizada a questão: *"Em relação à gravidade de sua doença, o senhor (a) acredita que seja: nenhum pouco grave, pouco grave, moderadamente grave, totalmente grave"* e obteve-se que nas três avaliações houve um predomínio de pacientes que disseram acreditar na total gravidade da doença, tanto no grupo experimental como no grupo controle. Não foram constatadas diferenças significantes entre os dois grupos em nenhuma das avaliações. As respostas acerca da gravidade da doença cardíaca encontram-se dispostas na Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição das freqüências dos pacientes dos grupos experimental e controle em função de sua opinião acerca da gravidade da doença arterial coronariana (DAC), nos três momentos de avaliação.

Opinião acerca da gravidade da DAC	Grupo Controle						Grupo Experimental					
	Avaliação		Reavaliação		Seguimento		Avaliação		Reavaliação		Seguimento	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhum pouco grave	4	11,4	5	17,9	1	5,0	3	8,3	1	3,1	1	4,5
Pouco grave	1	2,9	7	25,0	4	20,0	5	13,9	3	9,4	2	9,1
Moderadamente grave	7	20,0	4	14,3	2	10,0	9	25,0	6	18,8	5	22,7
Totalmente grave	23	65,7	12	42,9	13	65,0	19	52,8	22	68,8	14	63,6
Total	**35**	**100,0**	**28**	**100,0**	**20**	**100,0**	**36**	**100,0**	**32**	**100,0**	**22**	**100,0**

Com relação a seguir as instruções da equipe de saúde, 45 (63,4%) de todos os pacientes investigados, nas três avaliações, afirmaram sempre seguir tais instruções, enquanto outros 26 (36,6%) relataram seguir as instruções da equipe de saúde quase sempre. Nenhum paciente mencionou não seguir as instruções, dado que demonstra uma boa adesão dos pacientes ao tratamento médico e medicamentoso.

Para se verificar a crença dos pacientes no "bom resultado" de seu tratamento para a doença isquêmica, utilizou-se a pergunta: *"Em que medida o senhor (a) acredita que seu tratamento será eficaz ou terá um bom resultado?"*, e observou-se que mais da metade do total dos pesquisados, em todos os momentos de avaliação, afirmaram "acreditar totalmente" no resultado positivo do tratamento, o que pode ser entendido como uma percepção positiva num bom prognóstico da doença. Os dados relativos a tal questão se encontram dispostos na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição das respostas dos pacientes, do grupo experimental e do controle, acerca da crença no bom resultado do tratamento para a doença arterial coronariana (DAC), nos três momentos de avaliação.

Crença no bom tratamento da DAC	Grupo Controle						Grupo Experimental					
	Avaliação		Reavaliação		Seguimento		Avaliação		Reavaliação		Seguimento	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acredita totalmente	29	82,9	21	75,0	18	90,0	27	75,0	27	84,4	21	95,5
Acredita parcialmente	-	-	2	7,1	2	10,0	4	11,1	2	6,3	1	4,5
Não sabe responder	6	17,1	5	17,9	-	0,0	5	13,9	3	9,4	-	-
Total	**35**	**100,0**	**28**	**100,0**	**20**	**100,0**	**36**	**100,0**	**32**	**100,0**	**22**	**100,0**

Estudos sobre a percepção dos pacientes cardíacos sobre o episódio de infarto agudo do miocárdio indicam uma significante relação entre uma percepção positivas sobre a doença e uma maior capacidade de adequação aos hábitos de vida diária, melhor prognostico e restabelecimento mais rápido da saúde após episódio coronariano agudo. Por outro lado uma percepção negativa da doença parece relacionada a uma maior demora para retorno ao trabalho, presença de sintomas neuróticos, transtornos do sono, sintomas depressivos e ansiosos e complicações de saúde durante o período de internação (CANDANCE; CHERRINGTON, 2004; LADWIG et al., 2003; GREIF et al., 1995). De acordo com MILLER (1998) a avaliação cognitiva do infarto agudo do miocárdio bem como seus riscos e danos, tem sido associados a altos níveis de depressão e ansiedade.

Com intuito de se verificar a atribuição de causalidade à doença cardíaca, pelos entrevistados, as respostas à questão: *"O que o senhor (a) acredita ter causado seu infarto ou episódio de angina? Além destes fatores citados o que mais pode contribuir para o desenvolvimento da doença cardíaca isquêmica?",* foram agrupadas a partir de cinco categorias pré estabelecidas: emoções negativas, estressores externos, fatores comportamentais, variáveis fisiológicas e outros. Os resultados dos relatos se encontram dispostos na Tabela 9.

Tabela 9 – Freqüência de respostas com relação a possíveis causas da doença, considerando categorias pré – estabelecidas, nas três avaliações.

Categorias de respostas	**Grupo Controle**						**Grupo Experimental**						**TOTAL**	
	Avaliação		**Reavaliação**		**Seguimento**		**Avaliação**		**Reavaliação**		**Seguimento**			
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Fatores comportamentais	44	48,9	67	48,2	45	58,4	59	64,9	42	60,0	28	62,2	**285**	**55,7**
Emoções negativas	22	24,4	39	28,1	17	22,1	20	21,9	16	22,9	10	22,2	**124**	**24,2**
Variáveis fisiológicas	14	15,6	31	22,3	12	15,6	5	5,5	1	1,4	5	11,1	**68**	**13,3**
Estressores externos	9	10,0	1	0,7	2	2,6	6	6,6	10	14,3	1	2,2	**29**	**5,7**
Outros	1	1,1	1	0,7	1	1,3	1	1,1	1	1,4	1	2,2	**6**	**1,2**
TOTAL	**90**	**100,0**	**139**	**100,0**	**77**	**100,0**	**91**	**100,0**	**70**	**100,0**	**45**	**100,0**	**512**	**100,0**

Para tal questão, relacionada à atribuição de causalidade da doença cardíaca, foi realizada uma analise descritiva dos relatos verbais das respostas dos participantes, a medida que as respostas se caracterizam como qualitativas.

Houve um predomínio de atribuição de causalidade aos fatores comportamentais, considerando os dois grupos investigados, nas três avaliações. Dentre tais fatores comportamentais, tem-se que as variáveis relacionadas à dieta inadequada foram as mais citadas (133 citações), somando-se as respostas dos três momentos de avaliação, seguidos pelo tabagismo (79), sedentarismo (48) e obesidade (25). Com relação à alimentação inadequada percebe-se que quase todos os pacientes citaram somente o consumo de gordura e o excesso de alimentação em geral e muito raramente outros tipos de alimentos ricos em colesterol, ou com elevado teor de sódio. Tal constatação pode ser relacionada às diminuições do peso e do IMC observados entre os pacientes do grupo experimental. Observa-se ainda que apesar da razoável freqüência da prática de exercícios físicos apresentada pelos entrevistados, o sedentarismo foi citado poucas vezes durante as três avaliações.

Quanto à categoria emoções negativas os itens mais citados foram: estresse, 44 vezes e nervoso, 40 vezes. Já com relação às variáveis fisiológicas, estas foram menos citados do que os fatores comportamentais e as emoções negativas, o que aparentemente demonstra uma supervalorização dos aspectos emocionais e comportamentais em detrimento das questões orgânicas. Dentre as variáveis fisiológicas citadas, as dislipidemias, em especial a elevação dos índices de colesterol e triglicérides, foram as mais mencionadas pelos pacientes, aparecendo 27 vezes, enquanto a hereditariedade se apresentou como o fator mais desconhecido, sendo citada sete vezes. O Diabete Mellitus e a hipertensão também foram itens pouco mencionados, 14 e 20 vezes respectivamente.

Dos pacientes que descreveram possíveis causas da doença isquêmica, mais da metade (80%), citaram mais do que três ou mais fatores de risco, o que levanta a hipótese de que existe certa noção de multicausalidade da doença.

Observa-se ainda que uma pequena parte de todos os entrevistados (13 na avaliação, três na reavaliação e três no seguimento) relatou "não saber" da existência de algo relacionado à ocorrência da doença.

6. Inventário de depressão de Beck (BDI)

Com relação ao Inventário de depressão de Beck – BDI, a pontuação média encontrada na primeira avaliação foi de 12,03 (DP 8,63) para o grupo controle e de 11,44 (DP = 6,27) para o grupo experimental. A Tabela 10 apresenta os dados relativos ao Inventário de depressão.

Tabela 10 - Pacientes distribuídos por grupos e índices nas categorias do Inventário de Beck de Depressão – BDI, nos três momentos de avaliação.

Categorias do BDI	Grupo Controle						Grupo Experimental					
	Avaliação		Reavaliação		Seguimento		Avaliação		Reavaliação		Seguimento	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mínimo	21	60,0	11	39,3	11	55,0	21	58,3	23	71,9	20	90,9
Leve	8	22,9	10	35,7	5	25,0	12	33,3	7	21,9	2	9,1
Moderado	6	17,1	6	21,4	4	20,0	3	8,3	2	6,3	0	0,0
Grave	_	0,0	1	3,6	_	0,0	_	0,0	0	0,0	_	0,0
Total	**35**	**100**	**28**	**100**	**20**	**100**	**36**	**100,0**	**32**	**100**	**22**	**100**

Observa-se que na primeira avaliação 40% (14) dos pacientes do grupo controle e 41,6% (15) dos do grupo experimental apresentaram sintomas depressivos (BDI >10), por conseguinte não foram observadas diferenças significantes entre os dois grupos neste primeiro momento.

Na reavaliação, comparando-se os dois grupos, foi verificada uma diferença estatisticamente significante (p= 0,037). Tal diferença foi também verificada no seguimento (p= 0,025), o que sugere uma diminuição dos sintomas depressivos dos pacientes do grupo experimental em relação aos integrantes do grupo controle, como pode ser observado no Gráfico 3.

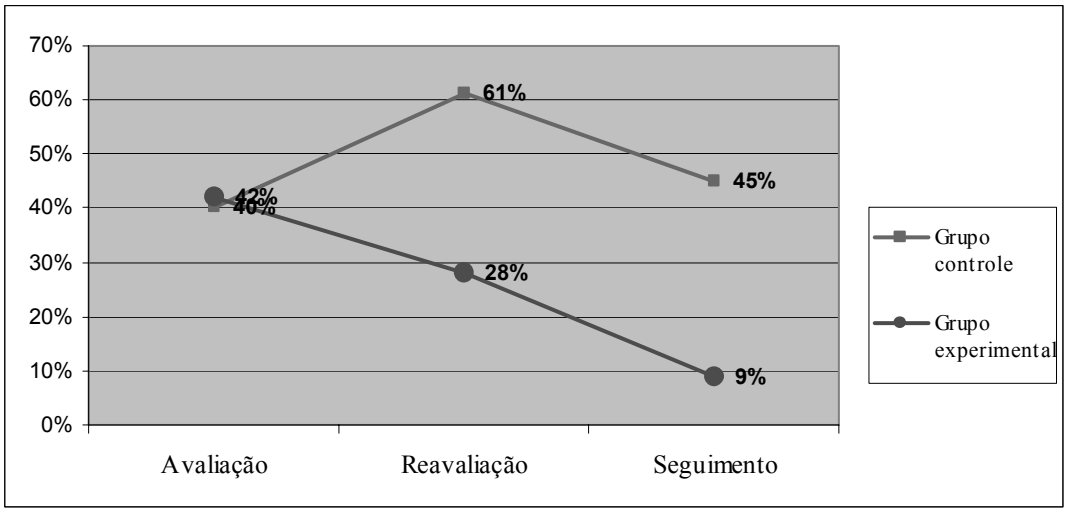


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos pacientes, do grupo experimental e controle, que apresentaram sintomas depressivos (BDI > 10) nos três momentos de avaliação.

Ao se comparar os resultados apresentados pelos pacientes, na primeira avaliação com o seguimento, observa-se que o grupo experimental apresenta uma diminuição significativa nos índices de depressão (p= 0,016.), fato que não é observado com relação ao grupo controle. Não foi observada diferença significante entre os resultados da avaliação e reavaliação em ambos os grupos.

Resultados semelhantes foram citados em estudos anteriores, os quais avaliaram os efeitos de um programa de reabilitação e/ou intervenção psicológica com pacientes coronarianos, após ocorrência de episódio agudo da doença cardíaca e verificaram uma diminuição significativa nos níveis de depressão, ansiedade, raiva, hostilidade e uma melhora na qualidade de vida (VERRIL et al., 2001; MCINTYRE, FERNANDES, ARAÚJO-SOARES, 2000; BLAK et al., 1998; LINDEN et al.,1996).

O controle de sintomas depressivos poderia ainda diminuir a incidência de episódios recorrentes da doença isquêmica. De acordo com Gravely-Witte et al. (2007) a presença de angina, seis meses após um episódio agudo da doença isquêmica está significantemente associados a presença de depressão.

Além disto, sintomas depressivos após ocorrência de episódios coronarianos agudos têm sido associados a uma maior mortalidade, episódios de angina e dificuldades de retorno a atividades sociais e de lazer (FRASURE-SMITH et al, 2000; MAYOU et al., 2000), e podem estar associados a outros fatores de risco, como consumo excessivo ou desbalanceado de alimentos ricos em gordura, obesidade, tabagismo e sedentarismo. Estas considerações reforçam a necessidade de programas de reabilitação cardíaca que visem alterar hábitos nocivos à saúde e sintomas depressivos. De acordo com Parashar e Vaccarino (2007) o tratamento da depressão em pacientes coronarianos deve incluir terapia cognitivo comportamental e inibidores de serotonina.

7. Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

Quanto ao Inventário de ansiedade de Beck – BAI, a pontuação média encontrada na primeira avaliação foi de 10,17 (DP 10,27) para o grupo controle e de 10,53 (DP = 9,31) para o grupo experimental. A partir dos resultados dispostos na Tabela 11, observa-se que os dois grupos de participantes apresentaram uma diminuição relativa na porcentagem de indivíduos com sintomas ansiosos.

Tabela 11 - Pacientes distribuídos por grupos e índices nas categorias do Inventário de Beck de Ansiedade – BAI, nos ter momentos de avaliação.

Categorias do BAI	Grupo Controle						Grupo Experimental					
	Avaliação		Reavaliação		Seguimento		Avaliação		Reavaliação		Seguimento	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Mínimo	19	54,3	18	64,3	15	75,5	23	63,9	24	75,0	18	81,8
Leve	12	34,3	6	21,4	3	15,0	7	19,4	6	18,8	3	13,6
Moderado	2	5,7	1	3,6	2	10,0	4	11,1	2	6,3	1	4,5
Grave	2	5,7	3	10,7	-	-	2	5,6	-	-	-	-
Total	**35**	**100**	**28**	**100**	**20**	**100**	**36**	**99,9**	**32**	**100**	**22**	**100**

Na primeira avaliação 16 (45,7%) dos pacientes do grupo controle e 13 (36,1%) dos do grupo experimental apresentaram sintomas de ansiedade - BAI >11. Na reavaliação observam-se

dez participantes do grupo controle (35,7%) e oito do grupo experimental (28,6%) com sintomas de ansiedade, enquanto no seguimento cinco (25%) dos integrantes do grupo controle e quatro (18%) do grupo experimental apresentam tais fatores.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas com relação aos resultados obtidos no Inventário de Beck de Ansiedade, considerando-se as pontuações dos grupos experimental e controle nas três avaliações e ainda comparando-se os resultados apresentados pelos grupos ao se comparar a primeira avaliação com a reavaliação e o seguimento.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas com relação aos resultados obtidos no Inventário de Beck de ansiedade, considerando-se as pontuações dos grupos experimental e controle nas três avaliações e ainda comparando-se os resultados apresentados pelos grupos ao se comparar a primeira avaliação com a reavaliação e o seguimento.

Programas de reabilitação cardíaca tendem a beneficiar pacientes ansiosos, entretanto alguns estudos anteriores não mostram resultados positivos (REES, 2004; FRIEDLUND, HOGSTEDT, LIDELL, LARSSON, 1991). Tais resultados negativos podem ser atribuídos à natureza da escala de avaliação utilizada, ao tamanho da amostra, aos procedimentos de manejo de ansiedade e estresse utilizados durante o programa de reabilitação.

8. Instrumento Qualidade de Vida – WHOQOL- Bref

Os escores médios obtidos pelos sujeitos do grupo experimental e controle, nos quatro domínios do instrumento de qualidade de vida – WHOQOL-Bref e nas questões que medem a qualidade de vida geral são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 – Comparação entre médias e desvio padrão, dos resultados obtidos nos domínios do inventário de qualidade de vida - WHOQOL – Bref, entre o grupo experimental e o grupo controle, nas três avaliações.

Domínios	Grupo Controle						Grupo Experimental					
	Avaliação		Reavaliação		Seguimento		Avaliação		Reavaliação		Seguimento	
	média	desvio padrão	média	desvio padrão	Média	desvio padrão	média	desvio padrão	média	desvio padrão	Média	desvio padrão
Qualidade de vida geral	6,6	1,48	6,89	4,55	7,65	1,14	6,72	1,56	7,61	1,17	7,64	1,29
Físico	22,91	5,11	23,11	4,82	25,9	4,89	23,31	5,41	24,64	4,41	26,41	4,71
Psicológico	21,63	3,39	21,89	5,31	22,05	3,86	21,36	4,28	24,18	3,09	24,95	2,55
Social	10,23	1,83	10,32	1,91	10,35	2,08	10,5	2,3	12,18	1,24	12,57	1,31
Meio ambiente	25,94	5,36	25,89	4,01	24,8	4,11	26,39	4,93	26,52	3,73	25,92	3,58

Na segunda avaliação pode-se verificar que o grupo experimental mostrou melhores pontuações, comparando-se ao grupo controle, em especial nos domínios psicológico (p = 0,041) e social (p = < 0,001), onde se observaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 12 e Gráficos 2 e 3) .

Já na terceira avaliação as pontuações dos dois grupos com relação à qualidade de vida geral se mostraram muito semelhantes, entretanto, como aconteceu na reavaliação, o grupo experimental mostrou melhores resultados nos domínios psicológico (p= 0,002) e social (p = <0,001), sendo verificadas diferenças significativas (Tabela 12 e Gráfico 4 e 5).

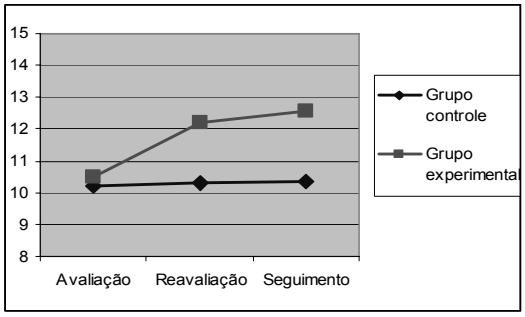


Gráfico 4: Comparação entre a pontuação média dos sujeitos dos grupos experimental e controle, no domínio psicológico do Inventário de qualidade de vida (Whoqol-Bref) durante os três momentos de aval

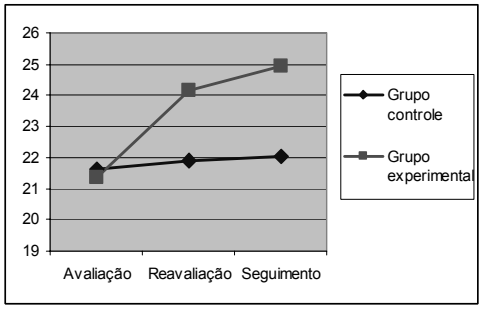


Gráfico 5: Comparação entre a pontuação média dos sujeitos dos grupos experimental e controle, no domínio social do Inventário de qualidade de vida (Whoqol-Bref) durante os três momentos de avaliação.

No que se refere aos escores obtidos no instrumento de qualidade de vida, eles representam uma escala positiva, ou seja, quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida, sendo que não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar a qualidade de vida como “ruim” ou “boa”, portanto considera-se que o grupo experimental apresentou uma melhora da qualidade de vida a partir das progressivas avaliações, fato que não se aplica ao grupo controle.

O domínio psicológico apresenta questões que envolvem a percepção do paciente sobre sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos. Os itens avaliados por este domínio correspondem a alguns dos objetivos da terapia cognitivo comportamental, que envolvem o aprendizado de novos comportamentos e cognições durante as sessões, bem como a generalização destes para o cotidiano do cliente, possibilitando assim uma maior ocorrência de pensamentos positivos, uma melhora da auto-estima e imagem corporal (RANGÉ, 2001).

Já o domínio social, ou das relações sociais envolve a análise da percepção dos participantes com relação às relações pessoais, suporte ou apoio social e atividade sexual. As alterações relacionadas a estes itens, apresentadas pelos sujeitos do grupo experimental podem ser justificadas a partir de alguns dos benefícios e/ou efeitos gerados pelo processo de terapia em grupo cognitivo comportamental. De acordo com Rangé (2001), além de se beneficiar das técnicas da terapia individual, o grupo cria um ambiente que gera interações entre o terapeuta e o cliente e também entre os próprios pacientes, funcionando assim como instrumento de mudança e como gerador de reforçamento adicional. Além disto os grupos terapêuticos fazem com que os participantes se sintam pertinentes a uma comunidade, que divide com ela coisas semelhantes e lhe fornece suporte social.

Talvez a inalteração observada em relação aos domínios físico, nível de independência e meio ambiente seja justificada pela própria condição física e de saúde dos pacientes, considerando que os mesmos passaram recentemente por problemas graves relacionados a saúde

cardíaca e ainda se encontravam em tratamento médico e tais domínios do teste envolvem presença de dor, fadiga, sono e repouso (domínio físico), mobilidade, atividades de vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento, capacidade de trabalho (nível de independência), segurança física e proteção,ambiente no lar, recursos financeiros e cuidados de saúde e sociais (meio ambiente).

Conforme esperado, a avaliação de qualidade de vida pelo instrumento genérico Whoqol-Bref comprovou, de forma estatística, uma percepção de melhor qualidade de vida, na segunda e terceiras avaliações, nos pacientes que participaram do grupo terapêutico, comparando-se aqueles do grupo controle.

Resultados semelhantes foram encontrados por Bagheri, Memarian e Alhani (2007) que ao investigar os efeitos de um programa terapêutico em grupo, com encontros semanais de duas horas, com pacientes infartados, observaram que ao se comparar o grupo controle ao experimental, o segundo apresentou uma melhora na qualidade de vida geral. De acordo com estes autores o desenvolvimento de grupos terapêuticos deve ser estimulado em vários módulos sociais, objetivando uma intensificação dos cuidados com a saúde e uma melhora na qualidade de vida das pessoas.

A melhora na qualidade de vida obtida neste estudo pode ainda ser correlacionada à alterações nos sintomas depressivos apresentados pelos pacientes. De acordo com Dudek et al. (2007) desordens depressivas, após um programa de intervenção secundária podem afetar a qualidade de vida e vice versa.

CONSIDERAÇOES FINAIS

De acordo com os dados discutidos anteriormente, é possível destacar alguns pontos relevantes, observados na pesquisa e delinear algumas sugestões:

- A partir dos resultados obtidos comparando-se o grupo experimental e o controle verifica-se que o primeiro apresentou aumento do número de atividades de lazer, diminuição do peso corporal e IMC e aumento no número de sujeitos praticando exercícios físicos regularmente. Observa-se ainda uma diminuição dos sintomas depressivos e uma melhora na qualidade de vida, em especial relacionada aos domínios social e psicológico do teste utilizado.
- Considera-se que o programa de intervenção cognitivo-comportamental apresentou resultados positivos na reabilitação de pacientes coronariopatas e na prevenção secundária da doença arterial coronariana, promovendo alterações físicas e emocionais importantes.
- Alguns fatores da risco da doença isquêmica foram caracterizados, entretanto não constituíram objeto de intervenção deste estudo, tais como obesidade, tabagismo e consumo de álcool e por conseguinte não apresentaram alterações positivas. Importante ressaltar que tais fatores merecem intervenção e estudos futuros, pois apresentaram valores importantes, em especial se consideramos pacientes cardíacos.
- Não foram observadas alterações significativas nos níveis de ansiedade do grupo experimental, o que pode ser atribuído ao tamanho da amostra utilizada, aos procedimentos de manejo de ansiedade e estresse utilizados durante o programa de reabilitação e ainda ao instrumento de avaliação escolhido para mensurar tal variável.
- O estudo aponta para importância do desenvolvimento de programas terapêuticos voltados a reabilitação e prevenção secundária da doença arterial coronariana, visando apoio, orientação e sensibilização com relação aos fatores de risco, alterações comportamentais e

adesão ao tratamento. Sugere-se que tais programas sejam constituídos por equipes multiprofissionais, integrando, por exemplo, programas de reabilitação física e psicológica.

- Observa-se que o estudo foi realizado a partir de uma amostra de conveniência. Sugere-se então que outros estudos sejam realizados com um maior número de sujeitos, agrupados a partir de outras técnicas de amostragem.
- Verifica-se a necessidade de investimentos no desenvolvimento de escalas de medida psicológicas voltadas especificamente a área da saúde, como por exemplo, escalas de ansiedade, adesão ao tratamento e percepção da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDANA, S.G. et al. Effect of intense lifestyle modification and cardiac rehabilitation on psychosocial cardiovascular disease risk factors and quality of life. **Behahavior Modification**. v.30, n.4. p. 507-525, 2006.

ANDA, R.F. et al. Depression and the dynamics of smoking. **JAMA**, v. 264, p. 1541-49, 1990.

ANDERSON, C.S.; HACKETT, M.L.; HOUSE, A.O. Interventions for preventing depression after stroke. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.2, 2004.

ATKINSON, R.L. et al. **Introdução à psicologia**. Tradução de Dayse Batista Kerbary. 11˚ ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BAGHERI, H., MEMARIAN, R., ALHANI, F. Evaluatin of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life. **J. Clin. Nurs.** v16, n.2, p.402-406, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3^0 edição. Lisboa: Edições 70, 2004.

BATIC-MUJANOVIC, O.; ZILDZIC, M.; BEGANLIC, A. et al. The effect of cigarette smoking on HDL-cholesterol level. **Med. Arh.**, n.60, v.6, p.90-92, 2006.

BATIC-MUJANOVIC, O.; ZILDZIC, M.; BEGANLIC, A. et al. The effect of cigarette smoking on HDL-cholesterol level. **Med. Arh.**; v.60, n.6, p.90-2, 2006;

BECK, A. T. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, 1979.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BERKOW, R., editor chefe. **Manual Merck de medicina: diagnóstico e tratamento.** 15˚edição, São Paulo: Roca, 1989.

BITTENCOURT, R.J. et al. Validação do inquérito de risco referido para vigilância em saúde, de fatores de risco de doença arterial coronariana em servidores públicos estaduais de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.20,n.3, p.761-770, 2004.

BLAIR, T.; RAMONES, V. Education as psychiatric intervention: the cognitive-behavioral context. **J. Psychosoc. Nurs.,** v. 35, n.12, p. 26-31, 1997.

BLACK, J.L. et al. Effects of intervention for psychological distress on rehospitalization rates in cardiac rehabilitation patients. **Psychossomatics**, v. 39, p.134-143, 1998.

BUCETA, J.M.; BUENO, A.M. **Modificaciòn de conducta y salud.** Madrid: Ed. de la Universidad Complumense, 1993.

CABALLO, V.E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 2° ed., São Paulo: Editora Santos, 2002.

CANDANCE; CHERRINGTON (2004**)** Illness representation after acute myocardial: impact on in-hospital recovery – CE Online. http://www.looksmart.com/. Acessed Juny 15, 2007.

CASE. R.B. Living alone after myocardial infarction. **JAMA**, v. 267, p. 515-519, 1992.

CAVALCANTE, S.N. Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 17, n. 2, p. 2-12, 1997.

CHANDOLA T.; TRITTON, A.; BRUNNER, E. et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? **Eurp. Heart J.** v. 23, 2008.

CHO, J.; BURKE, L.E.; PYO HONG, K. Improved quality of life with cardiac rehabilitation for pos-myocardial infarction patients. **Korea. Eurp. J. Cardiovasc. Nurs.** v.6, n.3, p. 166-71, 2007.

CLARK, D.M.; WELLS, A.A. Cognitive model of social phobia. In: HEIMBERG, M. R. et al. **Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment**. New York: Guilford, p. 69-93, 1995.

COLOMBO, R.C.R.; AGUILLAR, O.M. Estilo de vida e pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Rev. Latino-am Enfermagem**; v.5, n.2, p. 69-82, 1997.

CONTIRAS et al. Comparação entre homens e mulheres jovens com infarto agudo do miocárdio. **Arq Bras Cardiol**, v. 79, n.5, p. 510-517, 2002.

CORDIOLI, A.V. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. Disponível em: <http:// www.ufrgs.br/toc/tcc.pdf. Acesso em: 20 novembro de 2004.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DA LUZ P.L; LOLIEMENE, M.C. Peculiaridades da doença arterial coronariana na mulher. **Ver. Assoc. Med. Brás.**, v. 45, p.45-54, 1999.

DAS, S.; O'KEEFE, J.H. Behavioral cardiology: recognizing and addressing the profound impact of psychosocial stress on cardiovascular health. **Curr. Atheroscler. Rep.**, v. 8, n.2, p. 111-8, 2006.

DAUBENMIER J.J. ET AL. The contribution of changes in diet, exercise, and stress management to changes in coronary risk in women and men in the multisided cardiac lifestyle intervention program. **Ann. Behav. Med**., v.33, n.1, p.57-68, 2007

DATASUS, banco de dados. Disponível em: http//www.datadsus.gov.br/cgi. Acesso em 10 de novembro de 2004.

DUARTE, M.S.Z. **Análise dos fatores psicossociais de risco em pacientes de primeiro infarto agudo do miocárdio.** Dissertação (Mestrado) – FFCLRP- Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

DUDEK, D. et al. The quality of life related to depressive symptoms in coronary artery disease patients after successful coronary angioplasty: one-year follow up. **Psychiatr. Pol**., v.41, n.2, p.229-242, 2007

DUTRA-DE-OLIVEIRA, J.E., MARCHINI, M. **Ciências nutricionais.** São Paulo: Ed. Sarvier, 2000.

EGEDE, L.E. Implementing behavioral counseling interventions in primary care to modify cardiovascular disease risk in adults with diabetes. **Cardiov. Rev. rep.,** v. 24, n.6, p. 306-312, 2003.

ELLIS, A. Irrational ideas that cause and maintain neuroses. In: Ellis, A. **Reason and emotion in psychotherapy,** New York: Stuart, p. 78-94, 1962.

FALCONE, E. Terapia cognitiva. In: RANGÉ, B. Organizador. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**, Porto Alegre: Artmed, 2001.

FARMER, I.P. et al. Higher levels of social support predict greater survival following acute myocardial infarction: the corpus christi heart project. **Behavioral Medicine**, v.22, n.2, 1996.

FERNANDEZ-ABASCAL, E.; DIAZ, M.D.M. El Síndrome AHI! Y su relacion com los transtornos cardiovasculares. **Ansiedad. y Estrès**, v.0, p. 25-36, 1994.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Saúde Coletiva**, v.5, p.33-38, 2000.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da verão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF'. **Rev. Saúde Pública**, v.34, p. 178-183, 2000.

FONSECA, J.A.H. et al. Modificações dos hábitos de vida e outras opções terapêuticas . **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado São Paulo**, v.9, n.1, 1998.

FOUMIER J.A. et al. A myocardial infarction in men 40 years or less: a prospective clinical-angiographic study. **Clin. Cardiol.**, v.19, p. 631-636, 1996.

FRASURE-SMITH, N.; LESPÈRANCE, F.; TALAJIC, M. Depression and 18-mounth prognosis after myocardial infarction. **Circulation**, v. 91, p. 999-1005, 1995.

FRASURE-SMITH, N. et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. **Circulation,** v.101, p.1919, 2000.

FRASURE-SMITH, N.; LESPÉRANCE, F. Recent evidente linking coronary heart disease and depression. **Can. J. Psychiatry**, v.51, n.12, p.730-737, 2007.

FRASURE-SMITH, N. LESPÉRANCE, F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. **Arch Gen Psychiatry**, v. 65, n.1, p. 2-71, 2008.

FRIEDLUND, B.; HOGSTEDT, B.; LIDELL, E.; LARSSON, P.A. Recovery after myocardial infarction: Effects of a caring rehabilitation program. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 5, n.1, p.23-32, 1991.

FULHAAS, J.U. et al. Long term prognosis of young patients after myocardial infarction in the trombolytic era. **Clin. Cardiol.**, v. 20, p. 993-998, 1997.

GARCÌA, S.; WILKE, M.; BAYÈS DE LUNA, A. Readaptaciòn psicossocial trás cardipatìa isquêmica, planteamiento de um programa de intervenciòn. In: Valdès, M., Flores, T.; Garcia, S. Coords.: **Estrès y cardiopatìa coronária.** Barcelona: Alamex, 1988.

GIANNOTTI, A. Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. **Psicologia: USP**, v.13, n.1, 2002.

GOLDBOURT U., et al. Isolated low HDL cholesterol as a risk factor for coronary heart disease mortality: a 21-year follow-up of 8000 men. **Arterioscler Ghromb. Vasc. Biol.**, v. 17, p. 107-113, 1997.

GOLDMAN, L.; COOK, E.F. The decline in isquemic heart disease mortality rates. An analyses of the comparative effects of medical intervention and changes in lifestyle. **Ann. Intern. Méd.**, v. 101, n.6, p. 285-292, 1984.

GORAYEB et al. Programa de Promoção de saúde na comunidade: ensino de habilidades de vida em escolas- HCFMRP/USP. Descrição dos encontros: quarto magistério, 2003. Não publicado.

GORAYEB, R. comunicação pessoal, 2004.

GRAVEÇY-WITTE, S.et al. The impact of angina and cardiac history on health-related quality of life and depression in coronary heart disease patients. Chronic Illn. 2007. 3(1):66-76.

GREIF, H; KREITHER, S.; KAPLINSKY, E.; BEHAR, S.; SCHEINOWITZ, M. The effects of short-term exercise on the cognitive orientation for health and adjustment in myocardial infarction patients. Behavior Medicine. 1995; 21:75-85.

GUIMARÃES, F.S. et al. Ansiedade experimental humana. In: HETEM, L.A.B.; GRAEFF, F.G. **Transtornos de ansiedade**. São Paulo: Atheneu, p.75-106, 2004.

GUIMARÃES, S.S. Técnicas cognitivas e comportamentais. In: RANGÉ, B. (Org.) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**, Porto Alegre: Artmed, 2001.

HUBERT, H.B. et al. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-yars follow-up of participants in the Framingham heart study. **Circulation**, v. 67, n.5, p.968-77, 1983.

ISSA, J.S. Fumo e doenças cardiovasculares: prevenção primária e secundária. **Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo,** v.6, n.5, p.590-595, 1996.

JALOWITZKI, M. **Jogos e técnicas vivenciais nas empresas: guia prático de dinâmica de grupo**. São Paulo: Ed. Madras, p.75, 2001.

JENKINS, C.D. et al. Progress toward validation of a computer-scored test for the type a coronary-prone behavior pattern. **Psychosomatic Medicine**, vol. 33, n.3, p.193-202, 1971.

JENKINS, C.D. Epidemiology of cardiovascular diseases. **Jounal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 56, n. 3, p. 324-332, 1988.

JONES, D.A.; WEST, R.R. Psychological rehabilitation after myocardial infarction: multicenter randomized controlled trial. **BMJ**, v. 313, n. 7071, p. 1517-21, 1996.

JOUSILAHTI, P. et al. Sex, age, cardiovascular risk factors and coronary heart disease. **Circulation**, v. 9, p. 1165-72, 1999.

KANNER, A. et al. Factors of risk in the development of coronary heart disease – six year follow-up experience: the Framingham study. **Am Intern Med**, v. 55, n.1, p. 33-50, 1961.

KANNEL, W.B. et al. Sudden coronary death in women. **Am. Heart. J.**, v. 136, n. 2, p. 205-12, 1998.

KIM, K.A.; KIM, J.S.; KIM, M.S. Predictors of coronary heart disease risk in healthy men and women. **Taehan Kanho Hakhoe Chi**. v.37, n.7, p. 1039-48, 2007.

KRANTZ, D.S.; MCCENEY, M.K. Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. **Annual Rev. Psychology,** v. 53, p. 341-69, 2002.

KOSZYCKI, D. et al. An open-label trial of interpersonal psychotherapy in depressed patients with coronary disease. **Psychosomatics**, v.45, n.4, p. 319-323, 2004.

KRUMHOLZ, H.M. et al. Prognostic important of emotional support elderly patients hospitalized with Herat failure. **Circulation**, v. 97, p. 958-967, 1998.

KUGLER, J.; SEELBACH H.; KRUSKEMPER G.M. Effects of rehabilitation exercise programmers on anxiety and depression in coronary patients: meta-analysis. **Br. J.Clin. Psychol**., v.33, n3, p, 401-10, 1994.

LADWIG, K.; MUHLBERGER, N.; WALTER, H. et al. Gender differences in emotional disability and negative health perception in cardiac patients 6 months after stent implantation. **J Psychosom Res** (serial online), 2000; 48:501-508. Disponivel em: http//journals.elsevierhealth.com/periodicals/psr/issues/contents. Acesso em 16 dezembro, 2007.

LAU-WALKER, M. Importance of illness beliefs and sel-efficacy for patients with coronary heartdisease. **J. Ad. Nurs.,** v. 60, n. 2, p.187-198, 2007.

LESSA, I. Doenças não transmissíveis. In: Rouquayrol, MZ, organizadora. **Epidemiologia e saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI; p. 269-79, 1994.

LESPÈRANCE, F. et al. Depression and 1-Year prognosis in unstable angina. **Arch. Intern. Med.**, v.160, n.8, p.1354-1360, 2000.

LINCOLN, N.B.; FLANNAGHAN, T. Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke. **Stroke**, v. 34, p. 111-115, 2002.

LINCOLN, N.B.; FLANNAGHAN, T. Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. **Behavior Research and Therapy**, v.41, n. 11, p. 1251-1269, 2003.

LINDEN, W.; STOSSEL, W.; MAURICE, J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. **BMJ**, v.313, p.1498-1499,1996.

LIPP, M.N.L.; NOVAES, L.E. **Conhecer & enfrentar o stress**. São Paulo: Editora Contexto, 2000.

LISSPERS, J. et al. Behavioral effects of a comprehensive multi-factorial program for lifestyle change after percutaneous transluminal coronary angioplasty: A prospective, randomizes, controlled study. **J. of Psychoss. Research**, v.46, n.2, p.143-154, 1999a.

LISSPERS, J. et al. Multifatorial evaluation of a program for lifestyle behavior change in rehabilitation and secondary prevention of coronary artery disease. **Scand. Cardiovasc. J.**, v.33, n.1, p. 9-16, 1999b.

LOTUFO, P.A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v.6, n.5, 1996.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, supl. 1, p. 65-74, 2003.

MANCILHA-CARVALHO, J.J. Antecedentes da doença coronária: os fatores de risco. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 58, n. 4, p. 263-267, 1992.

MATTHEWS, K.A. et al. Hostile behaviors predict cardiovascular mortality among men enrolled in the multiple risk factor intervention trial. **Circulation**, v.109, p. 66-70, 2004.

MAYOU, R.A., et al. Depression and anxiety as predictors of outcomes after myocardial infarction. **Psychosomatic Medicine**. v.62, p. 212-219, 2000.

MCALISTER, F.A. et al. Randomized trials of secondary prevention programmers in coronary heart disease: systematic review. **BMJ, v.** 27, n.323, p.957-62, 2001.

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

MEISCHKE, H. Factors that influence personal perceptions of the risk of a acute myocardial infarction. Behavioral medicine. Disponível em: <http://www.findarticles.com. Acesso em 20 de novembro de 2004.

MCGILLION, M. et al. A systematic review of psychoeducational intervention trials for the management of chronic stable angina. **Journal of nursing management**, v. 12, p. 174-182, 2004.

MICHALSEN, A. et al. Psychological and quality-of-life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: results of a randomized trial. **Psychotherapy and psychosomatics**, v.74, p. 344-352, 2005.

MION, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global: convencendo o paciente a reduzir o risco.** São Paulo: Ed. Lemos, 2002.

MONTEIRO, I.; VAZ, ALMEDA, M.D. Dietary fat and ischemic stroke risk in Northern Portugal. **Acta Med Por**. 2007;20(4):307-18.

MOSER, D.K. et al. An international perspective on gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction. **Psychosom. Med**., v.65, n.4, p.511-516, 2003.

MUSTAD ,V.A. et al. Reducing saturated fat intake is associated with increased levels of LDL receptors on mononuclear cells en healthy men and women. **J. Lipid Research**, v.38, p.459-68, 1997.

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE – NHLBI. Report of the task force on Behavioral research in cardiovascular, lung, and blood health and disease. **U.S. Department of Health and Human Services**, p.1-19, 1998,

O'CONNOR C.M.; JOYNT, K.E. Depression: are we ignoring an important comorbidity in heart failure? J. **Am. Coll. Cardiol**. v.5, n.9, p.1550-1552, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. **Relatório mundial Brasília. Organização Mundial de Saúde (OMS)**, 105p, 2003.

ORNISH et al. Can lifestyle chances reverse coronary hearth disease? The lifestyle heart trial. **Lancet**; v.336, n. 21, p. 129-33, 1990.

OLDENBURG, B.; PERKINS, R.J.; ANDREWS, G. Controlled trial of psychological intervention in myocardial infarction. **J. of consulting and clinical psychology**, n.53, p.852-859, 1985.

OLIVEIRA, K.C.S. **Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto-SP.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

PARASHAR, S.; VACCARINO, V. Depression and CHD Risk: How should wi intervene? **Curr. Treat. Otions Cardiovasc. Med.** V.9, n.4, p.272-277, 2007.

PEARSON, T.A. Alcohol and Heart Disease. **Circulation**, v.94, p.3023-3025, 1996.

PEREZ, G.H. et al. Depressão e Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis: diferenças entre homens e mulheres. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, vol. 85, n. 5, p. 319-326, 2005.

PINTON, F.A. et al. Depressão como fator de risco de morbidade imediata pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. **Bras. J. Cardiovasc. Surg**. v. 21, n. 1, p. 68-74, 2006.

RAFANELLI, C. et al. Psychological assessment in cardiac rehabilitation. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 72, p. 343-349, 2003.

RANGÉ, B. et al. Apêndice: glossário de técnicas. In: **Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos**. 1º ed. Campinas : Editorial Psy, v. 2, p. 279-298, 1995.

REES, K. et al. Psychological interventions for coronary heart disease. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.2, 2004.

REGO, R. A.; BERARDO, J.A.N.; RODRIGUES, S.S.R. Fatores de Risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). **Revista de saúde pública**, v.24, n.4, p. 277- 285, 1990.

REIS, M.G.; GLASHAN, R.Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Rev. latino-am. enfermagem**, v.9, n.3, 2000.

RIEGEL, B.J.; DRACUP, K.A. Does overprotection cause cardiac invalidism after acute myocardial infarction? **Herart Lung**.. v.21, p.529-535, 1992

RIQUE, A.B.; SOARES, E.A.; MEIRELLES, C.M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev. bras . med. esporte**, v.8, n.6, 2002.

ROTHENBACHER, D. et al. Symptoms of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease: prognostic value and consideration of pathogenetic links. **Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.** v.14, n.4, p.574-554, 2007.

ROZANSKI, A. et al. The epidemiology, pathophisiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice – the emerging field of behavioral cardiology. **Journal of the American College of Cardiology**, vol. 45, n. 5, p. 637-651, 2005.

RUBERMAN, W. et al. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. **N. engl. j. med**., v. 311, p.552-59, 1984.

RUMSFELD, J.S. et al. History of depression, angina, and quality of life after acute coronary syndromes. **Am. Heart J.**, v. 145, n.3, p.493-499, 2003

SANTOS, R.D. org. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretrizes de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v.77, suplemento III, 2001.

SCOTT, J.; WILLIAM, J.M.G.; BECK, A.T. **Terapia Cognitiva na Prática Clínica: Um manual prático.** Porto Alegre: Artmed, 1994.

SAVOIA, M.G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). **Revista de psiquiatria clínica**, v. 26, n. 2, 1999.

SILVA, M.A.D. A importância da manutenção da qualidade de vida. **Revista da sociedade brasileira de cardiologia de São Paulo**, v.6, n.5, p.657-660, 1996.

SILVA, M.A.D.; SOUSA, A.G.M.R.; SCHARGODSKY, C.M. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: Estudo FRICAS. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v.71, n.5, 1998.

SMITH, G.D. et al. Education and occupational social class: which is the more important indicator of social risk? J. **Epidemiol. community health**, v. 52, p. 153-60, 1998.

SMITH, S.C. et al. Principles for national and regional guidelines on cardiovascular disease prevention: a scientific statement from the world heart and stroke forum. **Circulation**, v.109, p. 3112-21, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Disponível em: <http://www.Cardiol.br. Acesso em: 10 de novembro de 2004.

SOUSA, A.L.L. **Prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo – SP (1989-1990).** [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de saúde publica /USP; 1999.

STRAUB, R.O. **Psicologia da saúde.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.

SWENSON, J.R. et al. Influence of depression and effect of treatment with sertraline on quality of life after hospitalization for acute coronary syndrome. **Am. J. Cardiol.**, v.92, n.11, p.1271-1276, 2003.

TAVARES, L.R. et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói – Projeto FRICA – Niterói. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia de São Paulo,** v.82, n.2, 2004.

TAYLOR, S.J.; BOGDAN, R. Analisis de los datos en la investigacion cualitativa. In: **introducion a los métodos cualitativos de investigacion**. Barcelona: Paidos, 1998.

THOMPSON, K.R.; LEWIN, R.J.P. Coronary Disease: Management of the post-myocardial infarction patients: rehabilitation and cardiac neurosis. **Heart,** v.84, p.101-105, 2000.

TOTH, P.P. High-density lipoprotein and cardiovascular Risk. **Circulation**, v.109, p.1809-12, 2004.

USA Department of health and human services (USDHHS). The health consequences of smoking. **A report the surgeon general public health service, centers for disease control, center for chronic disease prevention and health promotion**. USDHHS publ. no (PHS), 1983.

VACARINO, V. et al. Sex-bases differences in early mortality after myocardial infarction**. N. Engl. J. Méd.** v. 341, p. 217-25, 1999.

VAN DIXHOORN, J.J.; DUIVENVOORDEN, H.J. Effect of relaxation therapy on cardiac events alter myocardial infarction: a 5-year follow-up-study. **J. Cardiopulm. Rehábil.**, v. 19, n. 3, p. 178-85, 1999.

VERRIL, D.; BARTON, C.; BEASLEY, W. et al. Quality of life measures and gender comparisons in North Caronina cardiac rehabilitation programs. **Journal of Cardiopulmorary Rehabilitation**, v.21, p. 37-46, 2001.

VOKONAS, P.S.; KANNEL, W.B. Diabetes Mellitus and coronary heart disease in the elderly. C**lin. geriatr. med**., v.2, p. 69-78, 1996.

WELLS-FEDERMAM, C. **Provider's manual: clinical training in mind/body medicine.** Boston, mind/body medical institute, Harvard medical school, 1997.

WILLIAMS, M.A. et al. secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients ≥ 75 years of age. **Circulation**, v.105, p.357-367, 2002.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity – Preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO, 1998.

WARD K.D.; GARVEY A.J., BLISS R.E. Evidence of transient heart rate change after smoking cessation. **Psychopharmacology**, v. 106, p. 337-340, 1992.

WELLS, A. **Cognitive therapy of anxiety disorders.** Wiley: Chichester, 1997.

WEXLER L.F. Studies of acute coronary syndromes in women – lessons for everyone. **N. engl. j. med.**, v. 341, p. 275-276, 1999.

WHITE, J.R.; FREEMAN, A.S. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos.** São Paulo: Rocca, 2003.

WILSON, et al. Established risk factors and coronary artery disease: The Framingham Study. **Am. j. hypertens.**, v. 7, n. 7, 1998.

WINBERG, B.; FRIKLUND, B. Self-Reported behavioural and medical changes in woman after their fist myocardial infarction: a 4-year comparison between participation and non-participation in a cardiac rehabilitation programme. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 1, n. 2, p. 101-107, 2002.

WOODFIELD, S.T. et al. Gender and acute myocardial infarction: is there a different response to trombolysis? **J. am. coll. cardiol.**, v. 29, p. 35-42, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity – preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO, 1998.

YALOM, I.D. The therapeutic factors. In: Yalom .D., editor. **The theory and practice of group psychotherapy.** New York: Basic book, 1995. p. 1-16.

ZIMMEMAN, F.H. et al. Myocardial infarction in young adults: angiographic characterization, risk factors and prognosis. **J. am. coll. cardiol.,** v. 26, p. 654-61, 1995.

ZUCCALA, G.; COCCHI, A.; CARBONIN, P. The impact of depression on sef-perceived health status. **J. am. geriatr. soc**., v. 43, p. 198-199, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A_1 – Termo de consentimento livre e esclarecido para o grupo controle.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Grupo controle

Meu nome é Juliana Camargo, sou psicóloga e estou desenvolvendo um estudo no HCFMRP-USP, com pessoas que sofrem de doenças cardíacas. Neste estudo, estamos avaliando as condições físicas, sociais, ambientais e psicológicas que interferem na qualidade de vida do paciente depois de passar por um infarto agudo do miocárdio ou por um episódio agudo de angina instável. Sua participação neste estudo é importante, já que os resultados obtidos na pesquisa poderão contribuir para o aperfeiçoamento do atendimento psicológico aos pacientes cardíacos.

Ao participar do estudo você terá que responder a alguns questionários duas vezes, uma quando você ainda estiver internado e outra depois de 3 meses. Cada reunião para aplicação dos questionários terá aproximadamente a duração de uma hora. Os questionários dizem respeito à: *identificação* (endereço, idade, etc.), *dados sócio-demográficos* (escolaridade, estado civil, renda familiar, local de residência, atividade profissional e atividades de lazer), *hábitos de vida* (alimentação, tabagismo, consumo de álcool, etc.), *antecedentes pessoais e familiares de problemas cardíacos*, *quadro clinico* (nível de colesterol e triglicérides, pressão arterial, presença de diabetes e obesidade), *depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida.*

Caso aceite participar deste estudo, você precisa saber que:

1) Tem a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
2) Tem a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento.
3) Tem a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial às informações relacionadas à sua privacidade.
4) Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo, a não ser o desconforto de comparecer ao hospital nos dias pré-estabelecidos e responder as questões sobre vários aspectos de sua vida.

Eu, _____,
aceito participar deste estudo, sendo que recebi as informações acima e que minha participação é inteiramente voluntária.
Assinatura do paciente: _____
Data: ____/____/____ Registro no HC n° :_____

Telefone: ( ) _____ Cidade onde mora: _____

Assinatura da pesquisadora responsável:

_____
Juliana Camargo Vilela
CRP06/09004

Assinatura do docente responsável:

_____
Prof. Dr. Ricardo Gorayeb
CRP n° 090/04

APÊNDICE A_2 – Termo de consentimento livre e esclarecido para o grupo experimental.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Grupo Experimental

Meu nome é Juliana Camargo, sou psicóloga e estou desenvolvendo um estudo, no HCFMRP-USP, com pessoas que sofrem de doenças cardíacas. Neste estudo, estamos avaliando as condições físicas, sociais, ambientais e psicológicas que interferem na qualidade de vida do paciente depois de passar por um infarto agudo do miocárdio ou por um episódio agudo de angina instável. Sua participação neste estudo é importante, já que os resultados obtidos na pesquisa poderão contribuir para o aperfeiçoamento do atendimento psicológico aos pacientes cardíacos.

Ao participar do estudo você terá, primeiramente, que responder a alguns questionários duas vezes, uma quando você ainda estiver internado e outra depois de três meses, você terá ainda que participar de um programa de atendimento psicológico em grupo.

Os questionários que você responderá, serão aplicados pela psicóloga e dizem respeito A: *identificação* (endereço, idade, etc.), *dados sócio-demograficos* (escolaridade, estado civil, renda familiar, local de residência, atividade profissional e atividades de lazer), *hábitos de vida* (alimentação, tabagismo, consumo de álcool, etc.), *antecedentes pessoais e familiares de problemas cardíacos*, *quadro clinico* (nível de colesterol e triglicérides, pressão arterial, presença de diabetes e obesidade), *depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida.* Cada reunião para aplicação dos questionários terá aproximadamente a duração de uma hora.

O programa de atendimento psicológico será realizado em grupo, como citado acima, uma vez por semana, durante 10 semanas. Cada sessão terá a duração de 2 horas e ocorrerá em um dia da semana pré estabelecido.

Caso aceite participar deste estudo, você precisa saber que:

1- Tem a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.

2- Tem a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto implique na qualidade e manutenção do seu tratamento médico e psicológico neste hospital.

3- Tem a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial às informações relacionadas à sua privacidade.

4- Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo, a não ser o desconforto de comparecer ao hospital nos dias pré-estabelecidos e responder as questões sobre vários aspectos de sua vida.

Eu, _____ ,aceito participar deste estudo, sendo que recebi as informações acima e que minha participação é inteiramente voluntária.
Assinatura do paciente: _____
Data: ____/____/____ Registro no HC n° :_____ Telefone: ( ) _____

Assinatura da pesquisadora responsável: Assinatura do docente responsável:

_____ _____
Juliana Camargo Vilela CRP06/09004 Prof. Dr. Ricardo Gorayeb CRP n° 090/04

APÊNDICE B1 – Roteiro de entrevista semi estruturada utilizado na avaliação.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Grupo controle ( ) Grupo Experimental ( ) Número do sujeito na pesquisa: _____

Data: _____ Horário: _____

Registro do paciente no HC: _____

♥ Identificação e Dados sócio-demográficos

1-

Nome:_____

___ 2- Data de nascimento ____/____/_____

3- Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )

4- Procedência: _____

5- Telefone: _____ Recado? não ( ) sim ( )

6- Quantos anos de educação formal completos: _____anos

7- Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado
( ) separado ( ) viúvo ( ) amasiado

8- Durante sua vida de trabalho qual era/é sua ocupação:
_____

9- Atualmente se encontra:
( ) Empregado ( ) Desempregado ( ) Aposentado

♥ Há quanto tempo? _____

Caso não esteja trabalhando, ir para a questão de número 12

10- Caso esteja empregado, tem mais de um emprego? ( ) sim ( ) não
Caso sim quantos? ( ) dois ( ) três ( ) quatro

11- Jornada diária de trabalho: _____

12- Renda familiar mensal? _____ reais

Quantas pessoas dependem desta renda? _____

13- Costuma tirar férias: ( ) sim. Com que freqüência?_____

( ) não. Há quanto tempo?_____

Porque?_____

14- Lazer

a) Existe alguma atividade de lazer. Coisas que faça fora do horário de trabalho, fora de casa ou mesmo em casa, mas com o intuito de se distrair?

( ) não. Por que?_____

( ) sim, com que freqüência? _____

b) O Sr. (a) acha que está bom ou gostaria que isto ocorresse com mais freqüência?

( ) sim, está bom ( ) não, gostaria que fosse mais.

♥ História médica / quadro clínico atual

		Atualmente está em tratamento e/ou faz controle?		***Há quanto tempo (meses)***
		Não	Sim →	
15- Altura		_____	_____	_____
16- Peso		☐	☐	
17- Dislipidemias	Colesterol total	☐	☐	
	LDL	☐	☐	
	HDL	☐	☐	
	Triglicérides	☐	☐	
18- Diabete Mellitus		☐	☐	
19- Pressão Arterial		☐	☐	

20- Outras doenças crônicas associadas.

( ) Câncer ( ) Problema renal ( ) insuficiência cardíaca ( ) Outras → Especificar

_____

♥ Atualmente controlada ou curada? ( ) sim ( ) não

21- Apresentou **episódio coronariano agudo** anteriormente?

( ) sim ( ) não → *pule para próxima questão*

→**( ) angina instável** → Quantos episódios? _____ → Há quanto tempo foi o primeiro episódio?

_____ meses

→ Há quanto tempo foi o último?_____meses

→ **( ) IAM** → Quantos episódios? _____ → Há quanto tempo foi o primeiro episódio? _____ meses

→ Há quanto tempo foi o último?_____meses

♥ Apresenta disfunção ventricular *(informação da pasta médica)?* ( ) sim ( ) não

♥ Atualmente o Senhor (a) freqüenta algum (s) dos **ambulatórios** de cardiologia do HC?

( ) não ( ) sim → Qual (is)? _____

♥ Histórico familiar de doenças cardíacas e correlacionadas

22- Tem alguém na família com ou que teve alguma das doenças descritas abaixo?

HAS	DM	Angina	IAM	AVC	Morte súbita
( ) sim	( ) sim	( ) sim	( ) sim	( ) sim	( ) sim
( ) não	( ) não	( ) não	( ) não	( ) não	( ) não
( ) não sabe	( ) não sabe	( ) não sabe	( ) não sabe	( ) não sabe	( ) não sabe
( ) pai	( ) pai	( ) pai	( ) pai	( ) pai	( ) pai
( ) mãe	( ) mãe	( ) mãe	( ) mãe	( ) mãe	( ) mãe
( ) irmãos	( ) irmãos	( ) irmãos	( ) irmãos	( ) irmãos	( ) irmãos
( ) outros	( ) outros	( ) outros	( ) outros	( ) outros	( ) outros

♥ Hábitos de vida

23- O senhor (a) pratica algum esporte ou faz **exercícios físicos** regularmente?

( ) sim → Há quanto tempo? _____ meses. Qual atividade? _____ Quantas vezes por semana? _____ Por quanto tempo? _____minutos.

( ) não → No passado tinha este hábito? ( ) não
( ) sim → Há quanto tempo parou? _____meses

→ Porque não se exercita? _____

24- O senhor (a) consome **café**:

( ) nunca

( ) sim → ( ) < 1 vez por semana ( ) 1-2 vezes por semana ( ) 3-4 vezes por semana
( ) 5-6 vezes por semana ( ) todos os dias

→ Quantas xícaras de café ao dia? _____

25- Quanto ao consumo de **bebidas alcoólicas**:

a) ( ) Nunca consumiu

b) ( ) Já consumiu no passado → Por quanto tempo teve este hábito? _____ anos.

→ Há quanto tempo parou? _____.

c) ( ) Consome atualmente

♥ Há quanto tempo tem este hábito? _____ anos.

♥ Freqüência semanal: ( ) < 1 vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes
( ) 5-6 vezes ( ) todos os dias

♥ Qual bebida costuma ingerir: ( ) cerveja ( ) bebidas destiladas (vodka, wisdy, pinga)
( ) vinho ( ) outras _____

♥ Quantidade média de uma só vez: _____ ( ) copos ( ) doses.

26-**Tabagismo**
( ) Fuma atualmente ( ) Já fumou ( ) Nunca fumou → ***Vá para questão 27***.

a) Com que idade você começou a fumar? _____ anos
b) Fuma/ fumou por quanto tempo? _____
c) Quantos cigarros você fuma ou fumava por dia? _____

♥ Antecedentes psicológicos/ psiquiátricos

27- Já foi atendido por um *psiquiatra*
( ) Sim ( ) nunca → ***Vá para a questão 28***

a) Qual a razão? _____
_____

b) Quando foi à consulta? _____

c) Ficou em atendimento durante quanto tempo? _____

d) Está em atendimento atualmente? ( ) não ( ) sim → ( ) psicoterapeutico ( ) medicamentoso

28- Já foi atendido por um *psicólogo*?
( ) Sim ( ) nunca → ***Vá para a questão 29***

a) Quando foi à consulta? _____

c) Está em atendimento atualmente? ( ) não ( ) sim

d) Qual foi o motivo do atendimento? _____

_____

♥ Caso o paciente já tenha sido atendido por um psicólogo ou psiquiatra, a psicóloga deverá avaliar a possibilidade de existência de

_____

_____

♥ **29- Estresse** *(É um estado de alerta, tensão e/ou esgotamento mental devido aos fatos que acontecem conosco).*

a) Família *(Ultimamente o senhor (a) passou por alguma situação desagradável ou algum problema familiar com esposo (a), filhos, ou outros membros da família, que deixou o senhor(a) chateado, preocupado, triste, com raiva ou sem dormir? Durante quanto tempo isto chateou o senhor(a)? Hoje este fato ainda te chateia?)*

_____

_____

_____

b) Trabalho. *(O senhor(a) gosta do que faz? E quanto à carga de responsabilidades? E em relação às exigências no seu trabalho? Acha que é muito sobrecarregado? E quanto ao ritmo de trabalho? Se sente recompensado financeiramente?)*

_____

_____

_____

c) "Coisas da sua vida" *(Algum outro fato ou situação desagradável lhe trouxe preocupação? Por exemplo problemas financeiros, com a aposentadoria, alguma mudança, etc.*

_____

_____

- ***Caso o paciente tenha respondido positivamente aos itens a, b e/ou c questionar:***

♥ Quando ocorreu o(s) fato(s) ou situação (ões) descrita(s)?_____ O que sentiu na época?

_____

_____

_____

_

♥ Quais reações físicas o Sr.(a) acha que apresentou relacionadas ao ocorrido *(alterações do sono, apetite, humor, queda de cabelo, seborréia, etc)* ? _____

_____

_____

♥ Por quanto tempo tais reações permaneceram?_____

♥ Este fato ainda o incomoda atualmente?
( ) não ( ) sim → ( ) da mesma forma que antes
( ) de uma maneira diferente.

Como?_____

_____

♥ Se o senhor tivesse que dizer a intensidade deste "incômodo" na época do ocorrido seria:
( ) pequena quase nenhuma ( ) moderada ( ) intensa ( ) muito intensa, quase insuportável

♥ Se o senhor tivesse que dizer a intensidade deste "incômodo" hoje, seria:
( ) pequena quase nenhuma ( ) moderada ( ) intensa ( ) muito intensa, quase insuportável

♥ 30- Conhecimento do paciente em relação aos fatores de risco e as práticas de saúde.

a- O que o Sr.(a) acha que **causou** o IAM ou episódio de angina instável? Depois da resposta espontânea e dependendo de seu teor, insistir: Além destes fatores que o Sr.(a) citou, o que mais o Sr.(a) sabe(acha) que pode contribuir e/ou causar episódio isquêmico (IAM, angina)?

_____

_____

_____

b- Onde, como e quando obteve estas informações? _____

_____

c- Como o senhor **se sente** em relação a sair do hospital e retornar as suas atividades diárias:
( ) Totalmente preparado ( ) Parcialmente preparado ( ) Parcialmente despreparado ( ) Totalmente despreparado ( ) Não sei dizer

d- Em que medida o senhor (a) **acredita** que seu tratamento será eficaz ou terá um bom resultado?
( ) Não acredito ( ) Acredito parcialmente. ( ) Não sei, tenho dúvidas. ( ) Acredito totalmente.

e- Em relação à **gravidade** de sua doença, o senhor (a) acredita que seja:
( ) totalmente grave ( ) moderadamente grave ( ) Pouco grave ( ) Nem um pouco grave

f- O Senhor (a) costuma seguir as instruções (tomar os remédios, fazer exercícios, seguir a dieta, etc.) da equipe de saúde (médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, etc.)
( ) sim ( ) quase sempre ( ) cerca de metade delas ( ) não

Questão a ser respondida apenas por sujeitos do grupo experimental.

31- Disponibilidade em relação ao programa de intervenção em grupo.

a- *O senhor(a) sabe o que é prevenção de doenças? E psicoterapia em grupo? Após explicar brevemente a psicóloga pergunta:* O senhor (a) teria disponibilidade de vir ao hospital, uma vez por semana, durante 2 meses e meio, para participar de um grupo de apoio psicológico?

( ) não ( ) sim → Qual seria o período do dia de sua preferência? ( ) manhã ( ) tarde

♥ Caso o paciente tenha respondido não, questionar o porque. _____
_____
_____

Questão a ser respondida apenas por sujeitos do grupo controle.

32- O senhor(a) teria disponibilidade de voltar ao hospital daqui a 3 meses para fazer uma nova avaliação com a psicologia?
( ) sim ( ) não → Porque? _____
_____

ANEXO B2 – Roteiro de entrevista semi estruturada utilizado na reavaliação.

ROTEIRO DE ENTREVISTA - REAVALIAÇÃO

Grupo controle ( ) Grupo Experimental ( ) Número do sujeito na pesquisa: _____

Data: _____ Horário: _____

♥♥ Identificação e Dados sócio-demográficos

1- Nome:_____

2- Atualmente se encontra:

( ) Empregado ( ) Desempregado ( ) Aposentado

3- Lazer

a) Existe alguma atividade de lazer. Coisas que faça fora do horário de trabalho, fora de casa ou mesmo em casa, mas com o intuito de se distrair?

( ) não. Por que?_____

( ) sim, com que freqüência? _____

b) O Sr. (a) acha que está bom ou gostaria que isto ocorresse com mais freqüência?

( ) sim, está bom ( ) não, gostaria que fosse mais.

♥♥ História médica / quadro clínico atual

- **Peso**: _____ Faz tratamento ou controle? _____
- **Colesterol**: _____ Faz tratamento ou controle? _____ Há quanto tempo? _____
- **Triglicérides**: _____ __ Faz tratamento ou controle? _____ Há quanto tempo? _____
- **Diabetes**: _____ Faz tratamento ou controle? _____ Há quanto tempo? _____
- **Pressão Arterial**: _____ Faz tratamento ou controle? _____Há quanto tempo? _____

9- Como o senhor(a) está se sentindo em relação a seu problema cardíaco? (investigar dores, dispnéia, fadiga ou cansaço excessivo, etc.)

_____

_____

♥♥ Hábitos de vida

10- O senhor (a) pratica algum esporte ou faz **exercícios físicos** regularmente?

( ) sim → Há quanto tempo? _____ meses. Qual atividade?

_____ Quantas vezes por semana? _____ Por quanto

tempo? _____minutos.

( ) não → No passado tinha este hábito? ( ) não
( ) sim → Há quanto tempo parou? _____meses

→ Porque não se exercita? _____

11- O senhor (a) consome **café**:
( ) nunca
( ) sim → ( ) < 1 vez por semana ( ) 1-2 vezes por semana ( ) 3-4 vezes por semana
( ) 5-6 vezes por semana ( ) todos os dias

→ Quantas xícaras de café ao dia? _____

12- Quanto ao consumo de **bebidas alcoólicas**:

a) ( ) Nunca consumiu

b) ( ) Já consumiu no passado → Por quanto tempo teve este hábito? _____ anos.
→ Há quanto tempo parou? _____.

c) ( ) Consome atualmente

♥ Há quanto tempo tem este hábito? _____ anos.

♥ Freqüência semanal: ( ) < 1 vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes
( ) 5-6 vezes ( ) todos os dias

♥ Quantidade média de uma só vez: _____ ( ) copos ( ) doses.

13-**Tabagismo**

( ) Fuma atualmente ( ) Já fumou ( ) Nunca fumou

14- **Hábitos alimentares**

Em relação a seus hábitos alimentares o senhor observou alguma mudança, nos últimos 2 meses? Caso sim explicar._____

22- O senhor (a) notou alguma alteração em seu animo ou em seu humor nos últimos tempos? Caso sim. Desde quando isso vem acontecendo? Quais as mudanças observadas?

_____

_____

♥ ♥ Conhecimento do paciente em relação aos fatores de risco e as práticas de saúde.

15- O senhor (a) sabe me dizer o que causou seu problema cardíaco (IAM, angina) ou quais os fatores responsáveis por tais enfermidades? Caso sim, o que foi?

_____

_____

_____

16- Onde, como e quando obteve estas informações?

_____

_____

17- O senhor (a) acredita poder fazer algo em relação aos fatores, que dentre estes, o Senhor(a) sabe que fizeram mal para o Sr.(a)?

( ) Não acredito. ( ) Sim → Cite o que: _____

_____

_____

18- Em que medida o senhor (a) **acredita** que seu tratamento será eficaz ou terá um bom resultado?

( ) Não acredito ( ) Acredito parcialmente. ( ) Não sei, tenho dúvidas. ( ) Acredito totalmente.

19- Em relação à **gravidade** de sua doença, o senhor (a) acredita que seja:

( ) totalmente grave ( ) moderadamente grave ( ) Pouco grave ( ) Nem um pouco grave

20- O Senhor (a) costuma seguir as instruções (tomar os remédios, fazer exercícios, seguir a dieta, etc.) da equipe de saúde (médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, etc.)

( ) sim ( ) quase sempre ( ) cerca de metade delas ( ) não

ANEXO B3 – Roteiro de entrevista semi estruturada utilizado no seguimento.

ROTEIRO DE ENTREVISTA - SEGUIMENTO

Grupo controle ( ) Grupo Experimental ( ) Data: _____ Horário: _____

♥♥ Identificação e Dados sócio-demográficos

1- Nome:_____

2- Atualmente se encontra:
( ) Empregado ( ) Desempregado ( ) Aposentado

3- Lazer

a) Existe alguma atividade de lazer. Coisas que faça fora do horário de trabalho, fora de casa ou mesmo em casa, mas com o intuito de se distrair?
( ) não. ( ) sim, com que freqüência? _____

b) O Sr. (a) acha que está bom ou gostaria que isto ocorresse com mais freqüência?

( ) sim, está bom ( ) não, gostaria que fosse mais.

♥♥ História médica / quadro clínico atual

Peso: _____ Faz tratamento ou controle? _____

Presença de **Dislipidemia** (Colesterol, triglicérides): _____ Faz tratamento ou controle? _____ Há quanto tempo? _____

Diabetes: _____ Faz tratamento ou controle? _____ Há quanto tempo? _____

Pressão Arterial: _____ Faz tratamento ou controle? _____Há quanto tempo? _____

9- Como o senhor(a) está se sentindo em relação a seu **problema cardíaco**? (investigar dores, dispnéia, fadiga ou cansaço excessivo, etc.)

_____

_____

♥♥ Hábitos de vida

10- O senhor (a) esta praticando algum esporte ou faz **exercícios físicos** atualmente?

( ) sim → Há quanto tempo? _____ meses. Qual atividade?

_____ Quantas vezes por semana? _____ Por quanto tempo? _____minutos.

( ) não → Há quanto tempo? _____ → Porque não se exercita?

_____

11- O senhor (a) consome **café**:
( ) nunca
( ) sim → ( ) < 1 vez por semana ( ) 1-2 vezes por semana ( ) 3-4 vezes por semana
( ) 5-6 vezes por semana ( ) todos os dias

→ Quantas xícaras de café ao dia? _____

12- Atualmente costuma consumir **bebidas alcoólicas?**

( ) não

( ) sim → Freqüência semanal: ( ) < 1 vez ( ) 1-2 vezes ( ) 3-4 vezes
( ) 5-6 vezes ( ) todos os dias

♥ Quantidade média de uma só vez: _____ (copos, garrafa, doses).

13- Atualmente esta **fumando**?
( ) não
( ) sim → Quantos cigarros por dia? _____
Há quanto tempo começou a fumar? _____

14- **Hábitos alimentares**

Em relação a seus hábitos alimentares o senhor observou alguma mudança, nos últimos 2 meses? Caso sim explicar.

_____

_____

♥ ♥ Conhecimento do paciente em relação aos fatores de risco e as práticas de saúde.

15- O senhor (a) sabe me dizer o que causou seu problema cardíaco (IAM, angina) ou quais os fatores responsáveis por tal enfermidade? Caso sim, o que foi?

_____

_____

_____

16- Existe algo que atualmente o senhor faça pensando em prevenir a doença cardíaca (hábitos alimentares, exercícios físicos, relaxamento, tomar os remédios, etc.)?

_____

_____

_____

17- Em que medida o senhor (a) **acredita** que seu tratamento será eficaz ou terá um bom resultado?

( ) Não acredito ( ) Acredito parcialmente. ( ) Não sei, tenho dúvidas. ( ) Acredito totalmente.

18- Em relação à **gravidade** de sua doença, o senhor (a) acredita que seja:

( ) totalmente grave ( ) moderadamente grave ( ) Pouco grave ( ) Nem um pouco grave

APÊNDICE C – Folheto explicativo sobre a DAC.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
Divisão de Psicologia

Programa de Prevenção da Doença Coronariana

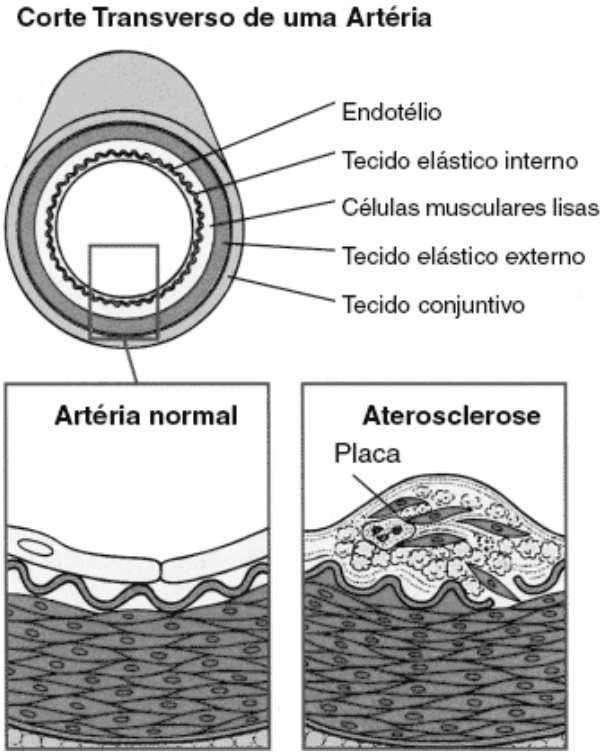
Psicóloga responsável: Juliana Camargo Vilela
Docente responsável: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

A Doença Arterial Coronariana

A doença arterial coronariana e/ou doença isquêmica é um distúrbio no qual depósitos de gordura acumulam-se nas células que revestem a parece de uma artéria do coração, fazendo com que diminua a quantidade de sangue e consequentemente de oxigênio que passa por ali. Estes depósitos de gordura formam-se gradualmente e este processo é chamado de aterosclerose.

A doença arterial coronariana tem como suas principais manifestações o Infarto agudo do miocárdio a angina instável e estável e a morte súbita.

Esta doença afeta indivíduos de todas as raças e ambos os sexos, apesar de ser mais freqüente entre os homens.



A Angina

A angina é uma dor torácica ou uma sensação de pressão no peito, que ocorre quando o coração não recebe oxigênio suficiente para seu funcionamento.

Como sintomas a angina apresenta dor ou desconforto, que podem atingir o ombro esquerdo ou irradiar-se pela face interna do braço, pelas costas, pela garganta, pelo maxilar ou pelos dentes.

A **angina** geralmente é desencadeada pelo esforço físico e por fortes emoções. Tal quadro dura alguns minutos e desaparece com o repouso. Entretanto em alguns casos a angina pode aparecer no estado de repouso.

Nem todos os indivíduos com doença arterial coronariana apresentam angina, nestes casos denomina-se isquemia silenciosa.

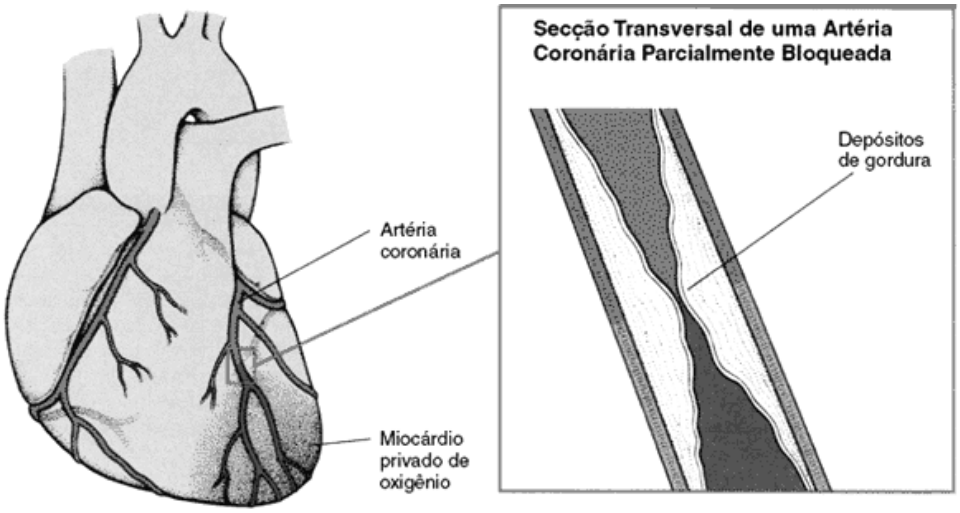
Em alguns indivíduos as características da angina podem se alterar, de modo a se apresentar como uma dor mais intensa, crises mais freqüentes ou crises durante esforços menores ou repouso. Nestes casos o quadro é considerado mais grave, à medida que tais sintomas demonstram um aumento da obstrução das artérias, o que aumenta o risco de ocorrência do infarto.

O Infarto Agudo do Miocárdio

Em geral o **infarto** ocorre quando um bloqueio de uma artéria coronariana reduz drasticamente ou interrompe a passagem do sangue para uma determinada região do coração. Neste caso, se a passagem do sangue for interrompida por mais do que alguns minutos, ocorrerá a morte do tecido cardíaco.

Entretanto os sintomas mais comuns são: dor intensa e prolongada no peito e que não é aliviada pelo repouso; dor no abdômen, podendo ser confundida com a indigestão; sensação de desmaio; batimentos fortes no coração; sudorese excessiva, agitação e ansiedade; lábios, mãos e pés podem tornar-se discretamente azulados.

Apesar de todos estes possíveis sintomas do infarto, eles não se apresentam da mesma maneira para todas as pessoas, podendo ate mesmo surgir de forma leve ou não aparecer. Neste último caso caracteriza-se a ocorrência do infarto do miocárdio silencioso, que será detectado algum tempo após sua ocorrência, através de exames de rotina.



Referencias Bibliográficas

Manual Merck - WWW.msd-brazil/.com

WWW.lincx.com.br

WWW.boasaude.com.br

GIANNOTTI, A Prevenção da Doença Coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. **Psicologia: USP**, v.13, n.1, 2002.

APÊNDICE D – Folheto explicativo sobre os fatores de risco da doença isquêmica.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
Divisão de Psicologia

Programa de Prevenção da Doença Coronariana

Psicóloga responsável: Juliana Camargo Vilela
Docente responsável: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

OS FATORES DE RISCO

Os chamados fatores de risco das doenças cardíacas são aqueles fatores que, quando presentes, aumentam as chances de ocorrência destas doenças. Os principais fatores de risco são:

- ♥ Hereditariedade;
- ♥ sexo (feminino e masculino);
- ♥ idade;
- ♥ presença de diabetes;
- ♥ dislipidemias (colesterol e triglicérides);
- ♥ hábito de fumar;
- ♥ obesidade e hábitos alimentares ruins;
- ♥ abuso de álcool;
- ♥ pressão alta;
- ♥ Fatores psicológicos:
    - ♥depressão;
    - ♥ ansiedade e/ou estresse.

Neste folheto vamos falar da diabete, das dislipidemias, do tabagismo, da obesidade e hábitos alimentares, do abuso de álcool e da pressão alta. Estes fatores podem ser modificados e isto só depende de você!!!

Os fatores psicológicos serão discutidos posteriormente.

DIABETE MELLITUS

O ***diabete*** é o excesso de açúcar no sangue, provocado pela deficiência de insulina. A glicose é a nossa maior fonte de energia, responsável pelo funcionamento dos nossos músculos, cérebro, nervos e coração. Com a diminuição ou falta da insulina, a glicose não é aproveitada pelas células e nem utilizada pelo organismo.

Os níveis de glicose no sangue **maiores que 126mg/dl** caracterizam a presença de diabete.

Para cuidar de sua diabete você deve:

♥ Se orientar sobre a doença;

♥ fazer exercícios físicos;

♥ tomar os remédios, segundo orientação médica;

♥ ter cuidados com limpeza dos pés, pele e higiene dental;

♥ tratar possíveis infecções da forma correta;

♥ controlar sua glicemia.

DISLIPIDEMIAS

Os lipídeos são as chamadas gorduras ou óleos. No nosso corpo eles são produzidos pelo fígado ou ingeridos através do que comemos e são chamados de colesterol e triglicérides.

Existem dois tipos de colesterol, o HDL ou colesterol bom e o LDL ou colesterol ruim. Quando os valores do HDL estão menores do que 40 e os do LDL estão maiores do que 160 dizemos que o colesterol esta alto. Desta forma o colesterol total, ou a soma do HDL e do LDL não deve ultrapassar 200.

Da mesma forma as triglicérides, que devem apresentar como valor máximo 200.

Para manter seu colesterol e triglicérides sempre “bons” você deve:

♥ Ter uma dieta alimentar balanceada;

♥ reduzir o consumo de álcool;

♥ não fumar;

♥ praticar atividades físicas;

♥ controlar sua alimentação;

♥ controlar seu peso.

Em relação a sua alimentação você deve **evitar:** carnes gordurosas, pele de frango, azeite de dendê, frituras, margarinas, bolos, biscoitos, gema de ovo, frutos do mar, dentre outros.

HÁBITOS ALIMENTARES

Uma alimentação saudável é fundamental à saúde do coração. Comer com freqüência frutas, verduras, legumes e reduzir o consumo de sal e gorduras, ajuda a diminuir o colesterol, ajuda no controle do diabete e do peso corporal, além de ser fundamental no controle do estresse.

OBESIDADE

A ***obesidade*** é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de peso corporal.

Em relação às doenças cardíacas, além de exigir um maior esforço do coração, a ***obesidade*** esta relacionada à pressão arterial, ao diabete e as dislipidemias, por isso é tão importante quando tratamos de cuidados com a saúde do coração.

A forma mais eficaz de tratar a obesidade, ou perder peso, é:

♥ Seguir uma dieta alimentar balanceada e

♥ fazer exercícios físicos regularmente.

TABAGISMO

O ***tabagismo*** ou hábito de fumar é um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento da doença cardíaca.

Homens fumantes apresentam duas vezes mais chances de sofrer um infarto agudo do miocárdio do que homens não-fumantes.

Além de outros efeitos nocivos ao organismo, as substâncias presentes no cigarro, promovem:

♥ Taquicardia;

♥ Elevação da pressão arterial;

♥ Diminuição do HDL-colesterol e aumento do LDL-colesterol.

Entretanto, é importante ressaltar que, os efeitos do cigarro ao coração diminuem logo após a interrupção do tabagismo.

ABUSO DE ÁLCOOL

O consumo de pequenas quantidades de bebida alcoólica tem sido apontado com benéfico ao coração. Entretanto sabe-se que um consumo de dois drinques, três vezes por semana, já é considerado ruim à saúde cardíaca.

Em relação ao coração o álcool pode ocasionar:

♥ Distúrbios no ritmo cardíaco;

♥ aumento da pressão arterial;

♥ aumento do peso corporal;

♥ aumento da glicemia no sangue;

♥ maiores chances de o paciente cardíaco sofrer uma morte súbita.

PRESSÃO ARTERIAL

O coração funciona como uma bomba de água, mandando o sangue para todo corpo através das veias e artérias. Nas paredes das artérias e veias o sangue exerce certa pressão, que é chamada de **pressão arterial sistêmica.** A pressão artéria é variável durante o dia, dependendo das atividades que você realiza.

Quando medimos a pressão temos dois valores, por exemplo, 12 por 8, ou 12/8mmhg, os dois valores são muito importantes à saúde do coração e consequentemente ao surgimento da doença cardíaca. Até **14/9mmHg** a pressão é considerada normal, acima destes valores já se caracteriza a hipertensão.

A hipertensão se desenvolve devido à:

♥ Hereditariedade;

♥ Dietas ricas em sal;

♥ Estresse;

♥ Obesidade;

♥ Sedentarismo;

♥ Consumo excessivo de álcool.

Para controlar a pressão alta ou hipertensão você deve controlar o sal de sua alimentação, controlar seu peso, praticar exercícios físicos, medir sua pressão regularmente e seguir as orientações médicas.

SEDENTARISMO

Pessoas que fazem exercícios físicos têm menores chances de desenvolver doenças cardíacas, além de terem menores chances de vir a falecer como conseqüência destas doenças.

A prática de exercícios físicos traz muitas vantagens, dentre elas:

♥ Fortalecimento da musculatura;

♥ Promoção de uma maior oxigenação do cérebro;

♥ Redução da pressão sanguínea;

♥ Diminuição do colesterol total;

♥ Promoção o controle da diabete,

♥ Melhora do humor.

Observações finais:

Este folheto informativo foi desenvolvido com o objetivo de ajudar você a melhorar sua qualidade de vida, e com isso melhorar a 'saúde de seu coração'.

Lembre-se de que uma vida de qualidade envolve a saúde física e mental e isto depende em grande parte de você!!!

Mude seus hábitos, melhores seu visual, faça coisas agradáveis e principalmente goste de você mesmo!!!

Se valorize!!!

Cuidar de sua saúde envolve não só tratar de doenças, mas melhorar sua auto-estima, fazer amizades, melhorar seus relacionamentos atuais.

Seja criativo, faças coisas agradáveis!!!

Mas lembre-se, as mudanças, mesmo que pra melhor são trabalhosas e pra que elas ocorram você tem que começar um dia, então porque não agora! É hora de viver melhor!!!

Finalmente não se esqueça de que os profissionais: psicólogos médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros, etc., são seus amigos e querem o melhor para sua saúde, então:

♥ Siga suas orientações corretamente,

♥ Faça-lhes perguntas sempre que se sentir inseguro ou não compreender algo importante.

Por fim, sempre que sentir algo desconfortável ou diferente procure um médico.

Referências Bibliográficas:

GIANNOTTI, A Prevenção da Doença Coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. **Psicologia: USP**, v.13, n.1, 2002.

ISSA, J. S. Fumo e doenças cardiovasculares: prevenção primaria e secundária. **Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo,** v.6, n.5, 1996.

RIQUE, A.B.; Soares, E.A.; Meirelles, C.M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.8, n.6, 2002.

SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004. In: http://www.Cardiol.br

BITTENCOURT, R.J. et al. Validação de inquérito de risco referido para vigilância em saúde de fatores de risco de doença arterial coronariana em servidores públicos estaduais de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.20(3), p.761-770, 2004.

APÊNDICE E – Folheto explicativo sobre o stress.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
Serviço de Psicologia
Programa de Prevenção da Doença Coronariana - PPDC

Psicóloga responsável: Juliana Camargo Vilela
Docente responsável: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Fatores de risco da Doença Coronariana: O Stress

O que é o stress ?

O ***stress*** é o conjunto de reações do nosso corpo, frente às novas situações, sejam elas boas ou más.

Quando, por exemplo, vamos fazer um exame, esperamos alguém de quem gostamos chegar de uma longa viagem ou algo de nossa vida diária sofre alguma mudança; sentimos a boca seca, o coração palpitar, suamos, ficamos com as mãos geladas, trêmulos, com uma espécie de peso no estomago. A este conjunto de sensações chamamos **stress**.

As reações do stress podem variar de pessoa pra pessoa, dependendo de como cada um reage às novas situações, ou seja, como resolve os problemas ou se adapta.

O stress faz parte da vida de todos nós e basta mudarmos nossa rotina pra que ele apareça.

Sintomas do stress

No início os sintomas do stress são muito parecidos em todas as pessoas, entretanto, caso os sintomas permaneçam por mais tempo, podem se tornar bem diferentes.

Os sintomas do stress podem ser:

Sintomas emocionais e cognitivos:

- Falta de paciência,
- Raiva,
- Falta de vontade ou desanimo,
- Depressão,

- Ansiedade,
- Agitação,
- Mau humor,
- Diminuição da auto-estima,
- Medo,

- Desconfiança,
- Falhas de memória,
- Falta de atenção,
- Insegurança,

Sintomas físicos:
- Insônia ou sono excessivo,
- Aumento da pressão sanguínea,
- Aumento da pulsação,
- Náuseas,
- Pele seca,
- Tremores,
- Vômitos,
- Tontura,
- Impotência,
- Frigidez,
- Sede,
- Palpitações,
- Indigestão,
- Fome em demasia ou falta de apetite,
- Calafrios,
- Diarréia,
- Dor no peito,
- Excesso de suor,
- Fadiga.

Problemas comportamentais:
- Isolamento,
- Mudança nos comportamentos habituais,
- Problemas com os relacionamentos.

Fatores que levam ao stress

Podemos dizer que existem basicamente dois grupos de fatores que levam ao stress: os fatores internos e os externos.

Os ***fatores internos*** dizem respeito a coisas que acontecem 'dentro' de nós, como uma gripe, uma inflamação, excesso de preocupações, medo, ansiedade, tristeza, nervosismo, uma dor de cabeça. Os ***fatores***

externos são a aqueles que nos influenciam a partir de 'fora', como problemas familiares, pressão no trabalho, poluição, frio ou calor intenso, relacionamentos difíceis.

Estes fatores geralmente vêm juntos e em todos os casos, nosso corpo se esforça por adaptar-se a tais situações ou fatores, as quais mexem conosco, levando ao stress.

Tipos de stress

O stress pode ser agudo ou crônico.

O ***stress agudo*** aparece de repente e desaparece tão depressa quanto apareceu. É uma reação imediata a algo diferente.

O ***stress crônico*** aparece da mesma forma que o agudo, entretanto permanece por mais tempo, por exemplo, uma pessoa que sofre um infarto e por isso precisa modificar todo seu modo de vida ou alguém que é assaltado e não consegue lidar com esta situação, nunca mais saindo de casa sozinho.

Dicas para lidar com o stress

♥ Se informe sobre o assunto.

♥ Analise as possíveis situações ou fatos causadores de seu stress e tente lidar com tais situações de forma saudável.

♥ Tente identificar seus sinais de ansiedade e/ou stress, tanto físicos como comportamentais.

♥ Identifique o que você esta pensando no momento, em especial os pensamentos desagradáveis, que em geral acompanham as reações físicas.

♥ Tente interromper tais pensamentos, parando de pensar neles, fazendo outra coisa interessante, a partir de seu reconhecimento e teste de realidade, ou seja, se certifique de que o que você esta pensando é real.

<u>♥ Tente mudar o que pode ser mudado:</u>

♥ Administre melhor seu tempo:

* Tente conversar mais com amigos, sair pra passear, assistir TV, ouvir música, ler e/ou fazer coisas que te dêem prazer;

* Faça exercícios físicos, estes aumentam seu vigor e resistência, mantém sua circulação adequada, te ajudam a controlar o peso e o colesterol, diminuem o risco de quedas e do cansaço crônico e melhoram sua aparência;

* Realize exercícios de relaxamento e respiração sempre que se encontrar ansioso ou estressado;

♥ Controle sua alimentação, seguindo um regime adequado;

♥ Modifique seu comportamento apressado.

<u>♥ Aprenda a lidar com o que não pode ser mudado, isto é:</u>

♥ assuma responsabilidades pelo manejo de sua vida;

♥ modifique pensamentos e atitudes em relação ao que não pode ser mudado;

♥ veja o lado positivo das mudanças e situações;

♥ aprenda a lidar com a ansiedade.,

♥ E finalmente busque se conhecer e se gostar mais!!!

Referencias Bibliográficas:

LIPP, M.N.; Novaes, L.E. Conhecer & enfrentar o Stress. São Paulo: Ed. Contexto, 2000.

CARDOSO, F. et al. Essencial: um guia prático de alimentação e saúde. Combata o Estresse. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 2002.

APÊNDICE F – Informações sobre princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Psicóloga Responsável: **Juliana Camargo Vilela**

O papel dos pensamentos e sentimentos na nossa vida.

Nossos pensamentos se caracterizam como uma das formas através das quais interpretamos nossa realidade.

Fato e/ou Situação	→	**Pensamentos**
O médico atrasou pra me atender mais do que o normal.	→	Ele esta demorando porque não se importa comigo.
	→	Os outros pacientes são mais importantes do que eu.
	→	Ele esta querendo me punir.

Entretanto nem sempre nossa interpretação sobre a situação esta correta, ou de acordo com a realidade. Quando, por exemplo, já estamos nos sentindo inseguros, tristes ou ansiosos temos uma tendência a enxergar todas as situações de forma negativa, como no caso do exemplo acima.

Uma espécie de pensamentos, chamados automáticos surgem espontaneamente em nossa mente muitas vezes passam despercebidos por nos, entretanto nos levam a sentir coisas boas ou ruins, dependendo de sua natureza.

Situação	→	**Pensamentos**	→	**Sentimento**
O médico atrasou pra me atender mais do que o normal.	→	Ele esta demorando porque não se importa comigo.	→	raiva, tristeza

Concluindo: O que pensamos influencia o que sentimos.

Apesar dos pensamentos automáticos surgirem rapidamente, em muitos casos surgirem na forma de imagens, e geralmente não serem percebidos, podemos aprender a identificá-los, para que possamos com isso saber o porquê de alguns de nossos sentimentos e poder assim modificar nossa forma de interpretar a realidade e nossos sentimentos.

Para obter os pensamentos automáticos você deve se questionar, como feito durante a sessão, "o que esta passando em sua cabeça" no momento em que algo lhe aconteceu. Caso de primeira não consiga saber o que você esta pensando exatamente tente questionar o que tal situação poderia estar significando pra você, ou tente se lembrar exatamente da situação, os sentimentos que teve, com quem falou, e assim pode ser que você chegue ao pensamento automático.

Identificar os pensamentos automáticos é uma tarefa que necessita de treino, sendo assim, se encontrar dificuldade nas primeiras vezes.

APÊNDICE G – Registro de situações de alteração do humor, pensamentos automáticos e emoções subseqüentes.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP, USP

Serviço de Psicologia

HCFMRP- USP, Programa de Prevenção da Doença Coronariana - **PPDC**

Docente responsável: **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**

Psicóloga Responsável: **Juliana Camargo Vilela**

Nome do paciente: Data:

REGISTRO DE CUIDADOS COM O CORAÇÃO

♥ **Instruções**: Quando algo te deixar triste, chateado, com raiva, preocupado, com medo, ou seja, quando seu humor piorar, pergunte a si mesmo "O que está passando pela minha cabeça agora?" e, assim que possível anote o pensamento, bem como o que você sentiu na hora e a situação desencadeadora.

Data/hora	**Situação (ões)**	**Pensamento (s) automático (s)**	**Emoção (ões)**
Diga o dia da semana, o mês e o horário que a situação e o sentimento desagradável aconteceram.	***1. O que aconteceu que o fez sentir algo desagradável, ou seja, triste, com raiva, com medo, de mal humor, etc.?***	***1. O que você pensou ou o que imaginou quando começou a sentir mal?***	***1. O que você sentiu no momento? (tristeza/ ansiedade/ raiva/ etc.)*** ***2. Quão intensa (0% a 100%) foi a emoção?***
Sexta 10/04, 4h tarde	Estava pensando que tenho que refazer meus exames do coração.	1-Meus resultados não serão bons. 2- Estou com medo, acho que vou morrer. 3 - Me imaginei tendo um infarte.	Ansiosa 75%

APÊNDICE H - Registro de situações de alteração de humor, pensamentos automáticos e emoções e comportamentos subseqüentes.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP, USP
Divisão de Psicologia

HCFMRP- USP, Programa de Prevenção da Doença Coronariana - **PPDC**

Docente responsável: **Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**
Psicóloga Responsável: **Juliana Camargo Vilela**
Nome do Paciente: Data:

REGISTRO DE CUIDADOS COM O CORAÇÃO

♥ **Instruções**: Quando algo te deixar triste, chateado, com raiva, preocupado, com medo, ou seja, quando seu humor piorar, pergunte a si mesmo "O que está passando pela minha cabeça agora?" e, assim que possível anote o pensamento, bem como o que você sentimentos na hora e a situação desencadeadora.

Situação	**Pensamento (s) automático (s)**	**Emoção (ões)**	**Ações**
O que aconteceu que o fez sentir algo desagradável, ou seja, triste, com raiva, com medo, de mal humor, etc.?	**O que você pensou ou o que imaginou quando começou a sentir mal?**	**O que você sentiu no momento? (tristeza/ ansiedade/ raiva/ etc.)**	**O que você fez?**

APÊNDICE I - Registro de hierarquia de comportamentos problema relacionados à Doença Arterial Coronariana.

HCFMRP- USP, Programa de Prevenção da Doença Coronariana - **PPDC**		
Docente responsável: **Dr. Ricardo Gorayeb**		
Psicóloga Responsável: **Juliana Camargo Vilela**		
Nome do Paciente:		Data:
REGISTRO DE CUIDADOS COM O CORAÇÃO		
♥ Como você pôde perceber, durante nosso último encontro, existem alguns fatores, chamados de risco, que são ruins a saúde do nosso coração.		
♥ Quero que você pense em sua vida diária e escreva a baixo quais ações, comportamentos e/ ou hábitos você acha que poderiam ser mudados para melhorar sua condição cardíaca.		
♥ Quero ainda que você cite como você pode alterar estas situações.		
♥ Você não precisa preencher as 10 linhas, escreva quantos comportamentos ou hábitos se lembrar ou considerar importantes.		
	Comportamento ou hábito ruins à saúde do coração	**O que poderia fazer ou mudar para alterar tal comportamento ou hábito?**
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

ANEXOS

ANEXO A - Inventário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde - Whoqol/bref

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Setor de Psicologia

Programa de Prevenção da Doença Coronariana

Nome:_____ Data: _____

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que reposta das em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas.** Por exemplo, pensado nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebeu dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebeu dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta

		muito ruim	**ruim**	**nem ruim nem boa**	**boa**	**muito boa**
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	**insatisfeito**	**nem satisfeito nem insatisfeito**	**satisfeito**	**muito satisfeito**
2	Quão satisfeitos (a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	**muito pouco**	**mais ou menos**	**bastante**	**extrema-mente**
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, pouição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas

		nada	**muito pouco**	**médio**	**muito**	**completa-mente**
10	Você tem energia suficiene para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	**ruim**	**nem ruim nem bom**	**bom**	**muito bom**
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito(a) você está com os seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está om suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

		muito satisfeito	**insatisfeito**	**nem satisfeito nem insatisfeito**	**satisfeito**	**muito satisfeito**
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde você mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas

		nunca	**algumas vezes**	**frequente-mente**	**muito frequente-mente**	**sempre**
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO B – Inventário de Depressão de Beck - BDI

BDI_____

Nome:_____

Data: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira como você tem se sentido **nesta semana, incluindo hoje**.

- Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma.
- **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

a. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Eu estou sempre triste e não consigo sair disso.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

b. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Eu acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

c. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei muito mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

d. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

e. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado às vezes.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.

f. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.

g. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.

h. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

i. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

j. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

k. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrito com as coisas que costumavam irritar-me.

l. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

m. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.

n. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho e sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.

o. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

p. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

q. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

r. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.

s. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos:
( ) SIM ( ) NÃO

t. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

u. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

(CUNHA, 2001)

ANEXO C – Inventário de Ansiedade de Beck - BAI

BAI

(CUNHA, 2001)

Data: _____ Nome:_____

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

	Absolutamente **não**	**Levemente** Não me incomodou muito	**Moderadamente** Foi muito desagradável, mas pude suportar	**Gravemente** Dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração no coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				

	Absolutamente **não**	**Levemente** Não me incomodou muito	**Moderadamente** Foi muito desagradável, mas pude suportar	**Gravemente** Dificilmente pude suportar
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afoguetado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

ANEXO D – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto _ Universidade de São Paulo

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 18 de fevereiro de 2005

Ofício nº 449/2005
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **"EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA SOBRE OS FATORES DE RISCO E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES DE PRIMEIRO EPISÓDIO CORONARIANO AGUDO",** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 195ª Reunião Ordinária realizada em 14/02/2005, e enquadrado na categoria: **APROVADO,** de acordo com o Processo HCRP nº 12489/2004.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo