



Impacto do *stress* e hostilidade na doença coronária

Impact of stress and hostility in coronary heart disease

Andreia Rodrigues¹
Marina Guerra²
Maria Júlia Maciel³
Universidade do Porto

Resumo

Este estudo teve como objectivo principal investigar algumas variáveis psicológicas como o *stress*, os acontecimentos de vida, o suporte social e a hostilidade que estão associadas à doença coronária. A investigação foi realizada na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia do Hospital de S. João, no Porto. Comparou-se um grupo de indivíduos que sofreram enfarte do miocárdio (n=30) com um grupo de indivíduos saudáveis (n=30), ambos de sexo masculino quanto às variáveis supracitadas. Os resultados mostraram que não houve diferenças significativas entre grupos quanto às variáveis estudadas com excepção da percepção de *stress*. A regressão logística binária fez-nos concluir que o *stress* é o único preditor da doença coronária neste estudo. Verificámos ainda que o *stress* está associado ao carácter hostil dos indivíduos bem como aos níveis de colesterol. Concluímos ainda que factores de risco como diabetes e o álcool estão associados moderadamente à ocorrência de acontecimentos de vida e ao carácter hostil dos homens.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares; *Stress*, acontecimentos de vida; Suporte social; Hostilidade.

Abstract

The main objective of this study was to investigate some psychological variables associated with coronary disease, such as stress, life events, social support and hostility. This research was undertaken at the cardiologic intermediate care unit of "Hospital de S. João" in the city of Porto, Portugal. The above mentioned variables were assessed and compared between a group of 30 male patients who had suffered a myocardial infarction and a healthy group of 30 men. The results revealed that there were no significant statistical differences between the two groups in relation to the studied variables with a single exception for the perception of stress. The logistic binary regression analysis performed in this study allowed us to conclude that stress is the only predictor of coronary heart disease. We also observed that stress is associated with hostile character and high cholesterol levels. We were also able to conclude that risk factors such as diabetes mellitus and alcohol consumption are moderately associated with the occurrence of life events and hostile male character.

Keywords: Cardiovascular disease; Stress; Life events; Social support; Hostility.

¹ Psicóloga. Mestre em Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

² Professora Associada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

³ Chefe de Serviço de Cardiologia do Hospital de S. João, Professor Auxiliar, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Introdução

Actualmente as doenças cardiovasculares (DCVs), nomeadamente o enfarte agudo do miocárdio (EAM), constituem um grave problema de saúde e a terceira causa de morte em Portugal (Gouveia, 2004; Ribeiro, 2005; Royo, 2003; Trigo, 2002). As DCVs reúnem um conjunto de patologias que afectam o sistema cardiovascular, mais especificamente o coração e os vasos sanguíneos (Bops, 2003; Morlans, 2007). Trata-se de uma patologia complexa que deriva não só de um factor mas de um conjunto alargado de factores (Fernández-Abascal, Díaz & Sánchez cit in Álvarez, Hermida, Rodríguez & Vázquez, 2006). Estes podem ser organizados em duas categorias, segundo o estudo de Framingham (1948): factores de risco não modificáveis (factores hereditários) e factores de risco modificáveis (factores comportamentais e psicossociais) (Fernández-Abascal, Díaz & Sánchez cit in Álvarez, et al., 2006; Straub, 2005). A idade (quanto maior idade, maior a probabilidade de sofrer um EAM), o género masculino e a história familiar (o risco da doença é maior se houver algum elemento da família com doença das coronárias, antes dos 55 anos nos homens e antes dos 65 anos nas mulheres) encontram-se entre os factores de risco cardiovasculares não modificáveis (Ferreira, 2004; Gouveia, 2004; Lotufo, 1996 cit in Favarato, 2004; McIntyre, Fernandes & Soares, 2000; Mota, Clara, Gonçalves, Rocha, Neves & Santos, 2005; Straub, 2005). Os factores comportamentais são cruciais na etiologia, prevenção, diagnóstico e prognóstico do EAM (Straub, 2005). Destes factores destacam-se a dislipidemia, a hipertensão arterial (HTA), a diabetes, o consumo de tabaco, os hábitos alimentares, a obesidade e o sedentarismo.

Os factores psicossociais (crenças, emoções e comportamentos do indivíduo) exercem um papel fundamental na etiologia e evolução das DCVs (Gouveia, 2004; Trigo, Rocha & Coelho, 2000). Segundo Amaral e Pereira (2004) os acontecimentos de vida indutores de *stress*, o suporte social e determinados traços de personalidade do indivíduo – padrão de comportamento tipo A (indivíduos ambiciosos, autodisciplinados, agitação motora e verbal, com um estilo de vida associado à hostilidade) - são factores com repercussões ao nível da saúde. Neste sentido, decidimos investigar o modo como estas variáveis interagem e podem contribuir para a doença coronária.

Stress

O “*stress* agudo e crónico” tem sido interpretado como um factor de risco da doença cardíaca (Amaral & Pereira, 2004; Baptista, 1988; Buceta & Bueno, 1995 cit in Teixeira & Correia, 2002). Estudos de Antón e Méndez (1999) demonstram que quando o indivíduo vivencia intensivamente *stress* a sua saúde é afectada, uma vez que isso acarreta múltiplas alterações no organismo, tais como a activação do sistema psicofisiológico (aumento do ritmo cardíaco, pressão arterial, respiração, etc.), sistema cognitivo (preocupações, falta de concentração e falhas de memória) e sistema motor (hiperactividade, consumo de substâncias, etc.). A exposição continuada a estímulos geradores de *stress* torna o indivíduo vulnerável a doenças, nomeadamente HTA e DCV (Selye, 1993 cit in Trigo, et al., 2000; Straub, 2005). Deste modo, vários autores (Labrador, Cruzado & Vallejo, 1987 cit in Antón & Méndez, 1999) estudaram as repercussões negativas do *stress* na saúde e ao nível do aparelho circulatório. Estudos de Labrador e colaboradores (1987 cit in Antón & Méndez, 1999) apontaram algumas consequências do *stress* no organismo, nomeadamente taquicardia, doenças cardio e cerebrovasculares, dores musculares, asma, diabetes, problemas de pele, problemas sexuais entre outros. Souza (1999 cit in Ferreira, 2004) advogou que o *stress* tinha influência no aumento da doença cardíaca, visto acelerar o processo aterosclerótico (Vasquez, Rodríguez & Álvarez, 2003), elevar a instabilidade eléctrica do coração (Johnston, 1992 cit in Gouveia, 2004) e fragilidade do sistema imunitário (Trigo et al., 2000). O *stress* contribui ainda para o aumento da tensão arterial e frequência cardíaca, maior necessidade de oxigénio do miocárdio e aumento da agregação de plaquetas, o que facilita o bloqueio das artérias (Gridnani e col., 1991 cit in Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998; Ogden, 1999; Sarason, Levine & Sarason, 1982 cit in Ribeiro, 2005; Serra, 2002 cit in Amaral & Pereira, 2004; Vásquez et al., 2003). A nível psicológico, o *stress* dá origem à ansiedade, irritação, depressão, sentimentos de culpa diminuição na capacidade cognitiva e sensibilidade aos outros (Ogden, 1999). Estes aspectos podem tornar o indivíduo vulnerável à DCV, pois contribuem para ataques cardíacos e outros eventos patológicos (Niedhammer, Goldberg, Leclerc, David & Landre, 1998 cit in Álvarez et al., 2006). Assim, quando o *stress* psicológico surge associado à aterosclerose, “observa-se a vasoconstrição das coronárias e nos casos em que já existe doença, a probabilidade de EAM acresce” (Trigo et al., 2000, p. 162). Pois,

indivíduos com patologia cardíaca tendem a vivenciar mais intensivamente as situações de *stress*, podendo contribuir para a diminuição do número de plaquetas (Van Imschoot e col., 1980 cit in Fontaine et al., 1998).

Hafe, Coelho e Barros (1999) defenderam que o *stress* crónico, para além de interferir com a capacidade do indivíduo lidar com as situações controversas do dia-a-dia, origina alterações nas artérias e aumenta a pressão arterial, podendo culminar numa doença cardíaca. Neste sentido, Santos (2004) referiu que indivíduos que possuem elevados níveis de *stress* e tendência para não o expressar apresentam maiores taxas de mortalidade no pós-EAM.

Concluiu-se, assim, que a relação entre *stress* e doença, mais especificamente a doença cardíaca, seria o resultado da adopção de comportamentos prejudiciais à saúde tais como, aumento do consumo de cigarros, álcool, café, maus hábitos alimentares e redução de exercício físico quando o indivíduo se encontra perante as contrariedades da vida indutoras de *stress* (Alexandre, 2005; Wills, 1985, Lichtenstein et col., 1986, Carey et col., 1983 cit in Ogden, 1999). Por outro lado, elevados níveis de *stress* dificultariam a adesão ao tratamento, o qual é imprescindível para o bem-estar do doente cardíaco (Goldston et al., 1995 cit in Silva, 2003).

Embora o *stress* seja um factor importante na doença (O'Keefe, Nelson & Harris, 1997), a relação *stress*-doença não é linear, pois, é mediada por diversos factores tais como, estilo de coping, controlo percebido do stressor, apoio social e acontecimentos de vida (Ogden, 1999; Serra, 1999 cit in Amaral & Pereira, 2004). Por outro lado, não devemos esquecer que a própria doença cardíaca é um agente de *stress*, dado que tem muitas vezes um início súbito e inesperado na vida das pessoas, logo, uma causa de *stress* (Brouette, 1998 cit in Fontaine et al., 1998). O seu tratamento propicia também *stress*, o qual pode interferir na procura de ajuda e adesão à terapêutica (Body & Labram, 1975 cit in Fontaine et al., 1998).

Acontecimentos de vida

A literatura sublinha o papel que determinados acontecimentos de vida exercem no desenvolvimento e/ou agravamento de doenças. Segundo Behling e McFillen (1983 cit in Fontaine et al., 1998) os acontecimentos de vida stressantes

podem contribuir para a doença cardíaca. Assim, em 1985, D'Almeida observou algumas alterações hemodinâmicas perante a ocorrência de acontecimentos de vida significativos, tais como o aumento da tensão arterial e frequência cardíaca. Este autor referiu que os problemas do dia-a-dia estavam envolvidos na emergência da doença coronária.

Na perspectiva de Serra (2007), os acontecimentos de vida indutores de *stress* podem ser de natureza física, psicológica e social. Já Amaral e Pereira (2004) defendem que os acontecimentos de vida podem ser conceptualizados num contínuo em que num extremo encontramos os pequenos acontecimentos do dia-a-dia e noutro extremo os acontecimentos mais traumáticos. Nesta linha, o impacto que esses acontecimentos têm na saúde do indivíduo provém da quantidade e intensidade dos mesmos, bem como da personalidade e do suporte social (Amaral & Pereira, 2004). A este propósito, Matos (2002) realizou um estudo onde constatou que existia uma associação entre acontecimentos de vida, sobretudo aqueles que eram avaliados pelo indivíduo como negativos, e doença coronária.

Num estudo realizado por Holmes, Rahe e colaboradores (1970 cit in Holper, 2000) analisou-se a relação entre acontecimentos de vida e doença, sendo que 93% das doenças descritas pelos sujeitos eram consequência das mudanças de vida anteriores à sua eclosão. Pois, as mudanças suscitadas pelos acontecimentos de vida envolvem a mobilização de esforços, por parte do indivíduo, no sentido de se adaptar à nova situação, podendo levar a uma menor “resistência corporal”, logo, maior probabilidade de adoecer (Holmes & Masuda, 1974 cit in Holper, 2000). Assim, acontecimentos de vida stressantes e doença física aparecem frequentemente associados (Maddi, Bartone & Puccetti, 1987 cit in Baptista, 1988). Por outro lado, podemos encarar a doença cardíaca como um acontecimento não normativo na vida do indivíduo, a qual envolve, muitas vezes, mudanças drásticas na sua vida (Ribeiro, 1998).

Outros estudos verificaram que acontecimentos cataclísmicos com um impacto súbito e intenso, tais como guerras e catástrofes naturais contribuem para a diminuição da saúde física e mental (Sarason & Sarason, 1984, Stokols, 1976 cit in Silva, 2003) e emergência de doenças (Silva, 2003; Vásquez et al., 2003). Por outro lado, acontecimentos festivos e emocionais como os jogos de futebol podiam

também contribuir para eventos cardíacos súbitos (Carroll, Ebrahim, Tilling, Macleod & Smith, 2002 cit in Vásquez, 2003).

A relação entre acontecimentos de vida e doenças crônicas foi igualmente enfatizada nos estudos de Wyler, Masuda e Homes (1971 cit in Lovallo, 1997). Estes autores concluíram que quando o indivíduo responde ao meio de modo stressante e experimenta simultaneamente acontecimentos de vida indutores de *stress* a sua saúde é afectada por múltiplas perturbações, tais como problemas cardiovasculares, diabetes, alcoolismo, asma, entre outras (Lovallo, 1997; Ribeiro, 1998). Deste modo, alguns autores (Moos & Swindle, 1990 cit in Ogden, 1999) estudaram a relação entre acontecimentos de vida, *stress* e as mudanças implicadas, concluindo que o impacto que acontecimentos de vida significativos têm na saúde depende do apoio social, da estratégia de *coping* utilizada e dos agentes stressores permanentes do indivíduo (Ogden, 1999). Atendendo ao modelo de *stress* de Lazarus e Folkman (1984), o impacto depende ainda da forma como o indivíduo avalia o acontecimento, isto é, se o indivíduo percepção o acontecimento como envolvendo perdas ou danos ele será stressante e terá implicações no organismo. Assim, os acontecimentos de vida stressantes e as crenças que o indivíduo desenvolve acerca das mesmas, podem originar sentimentos negativos como a raiva, desesperança e depressão, os quais são factores que predispõem para a doença coronária (Alexandre, 2005). A título de exemplo, Andrews, Tennant, Hewson e Vaillant (1978 cit in Silva, 2003) verificaram que quando os indivíduos são confrontados com acontecimentos de vida que implicam uma ruptura súbita na sua rede social (e.g. divórcio, morte do cônjuge) a sua saúde física e mental tende a fragilizar-se comparativamente com indivíduos que já vivenciaram estes acontecimentos há mais tempo. Neste sentido, quanto maior a rede social do indivíduo, maior apoio receberá perante a ocorrência de acontecimentos de vida stressantes e negativos (Helgeson, 1993 cit in Silva, 2003). Assim, “a existência de acontecimentos de vida stressantes está na origem da procura do apoio social por parte do indivíduo” (Dunbar et al., 1998 cit in Silva, 2003, p. 79). Também, estudos de Trigo e colaboradores (2000) salientaram a presença de acontecimentos de vida significativos antes do evento cardíaco.

A análise da literatura revela-nos que a maioria dos estudos acerca dos acontecimentos de vida correlacionam-se com o *stress*, uma vez que indivíduos com

elevados níveis de *stress* tendem a manifestar uma preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia-a-dia (Amaral & Pereira, 2004). Holmes e Rahe (1967 cit in Trigo et al., 2000) salientaram esta correlação, referindo que qualquer mudança (desejada ou não) na vida do indivíduo pode desencadear níveis de *stress*. Deste modo, acontecimentos imprevistos tais como, o divórcio, viuvez, desemprego, gravidez, casamento ou a reforma podem ser susceptíveis de despoletar doenças (Holmes & Rahe, 1967 cit in Trigo et al., 2000). Estes autores identificaram a ocorrência de EAM e morte súbita seis meses após esses acontecimentos stressantes (Rahe et al., 1974 cit in Favarato, 2004).

Wilkinson (2004) defendeu que quantos mais acontecimentos o indivíduo experimentar num determinado momento e quanto maior for a sua importância, maior será a probabilidade dele sofrer emocionalmente e fisicamente. Todavia, Ogden (1999) defendeu que os acontecimentos de vida podem ser vistos não como acontecimentos independentes uns dos outros mas como um acumular de acontecimentos de vida, podendo assim compensar os efeitos uns dos outros não acarretando qualquer consequência negativa para a vida do indivíduo. O impacto de tais acontecimentos na saúde depende da sua natureza, isto é, se são acontecimentos imprevisíveis, estranhos, de grande dimensão, intensos, incontroláveis ou inevitáveis (Wilkinson, 2004).

Atendendo a estes aspectos, o *stress* causado pelos acontecimentos do dia-a-dia pode ser suficiente para desencadear uma DCV (Moos & Swindle, 1990 cit in Ogden 1999). Nesta linha, Behling e McFillen (1983 cit in Fontaine et al., 1998) referiram que os acontecimentos de vida indutores de *stress* predis põem para a angina de peito, ao passo que o padrão de comportamento tipo A – estilo de vida caracterizado pela agitação, urgência no tempo, hostilidade, *stress*, ambição (Coelho & Cardoso, 1980; Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998) – predis põe para o EAM.

Em síntese, concluímos que os acontecimentos de vida interferem no bem-estar do indivíduo, porém, o seu impacto na saúde depende da personalidade do indivíduo, da avaliação do acontecimento (positivo ou negativo) e da sua capacidade para lidar com ele.

Suporte Social

O suporte social é outra variável muito documentada na literatura devido ao seu impacto na saúde do indivíduo e tratamento de doenças. É um dos recursos psicossociais mais utilizado pelo indivíduo para lidar com os efeitos psicológicos adversos do *stress* (Thoits, 1995 cit in Ramos, 2004; Cohen & Syme, 1985 cit in Monahan & Hooker, 1995). Este termo é multidimensional (Silva, 2003). Caracteriza-se pela percepção que o indivíduo tem acerca do apoio disponível e recebido, o que minimiza o impacto de agentes stressores e melhora as estratégias de *coping* (Fridfinnsdottir, 1997 cit in Ferreira, 2004; Ornelas, 1994). Assim, o suporte social consiste na presença ou ausência de recursos internos (predisposição biológica, capacidade cognitiva) e externos (apoio da família e amigos) que o indivíduo possui para lidar com as situações problemáticas da vida (Pearlin, 1989 cit in Ramos, 2004; Silva, 2003; Trigo et al., 2000). Neste sentido, o suporte social pode assumir várias formas - apoio emocional, apoio informativo (Caplan, 1974, Emmons & Colby, 1995, Helgeson, 1993 cit in Silva, 2003), aconselhamento social e apoio instrumental (Wills, 1985 cit in Ogden, 1999). Na perspectiva de Ornelas (1999), a relação suporte social e DCV oscila consoante o estado civil, pois, constatou-se que indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos apresentavam maior mortalidade por doença cardíaca comparativamente com indivíduos casados (Lynch (1977 cit in Ogden, 1999). Estas investigações mostram que um baixo apoio social se correlaciona com a doença cardíaca e mortalidade. Um outro estudo que corrobora estes dados é o de Alexandre (2005) que revela que a doença cardíaca é mais típica em indivíduos divorciados, viúvos e casados infelizes comparativamente com aqueles que manifestam uma relação/vida equilibrada e harmoniosa. Outros estudos (Medalie & Goldbourt, 1976, Reed, McGree, Yano & Feinleib, 1983 cit in Álvarez et al., 2006; Vásquez et al., 2003) evidenciaram uma forte associação entre baixos níveis de apoio social e DCVs, mais especificamente com angina de peito e EAM.

A pesquisa bibliográfica demonstra que o apoio social constitui um factor protector na saúde do indivíduo, uma “arma” para enfrentar o *stress*, logo, a sua ausência é geradora de stress (Ogden, 1999; Silva, 2003; Weiss & Lonquist, 1996 cit in Ramos, 2004). Estudos epidemiológicos sublinham este aspecto, realçando o encorajamento e a confiança que familiares e amigos fornecem em momentos difíceis da vida do indivíduo (Fleming, Baum, Gisriel & Gatchel, 1985 cit in Ferreira,

2004). Assim, o suporte social assume um papel fundamental em qualquer doença, sobretudo nas DCVs, funcionando como um amortecedor do sofrimento, fortalecendo o indivíduo para enfrentar as ameaças e desafios do dia-a-dia (Frasure-Smith et al., 2000, Ziegelstein, 2001 cit in Gouveia, 2004; Gonçalves, Paiva, Leal & Gomes, 2004; Trigo et al., 2000). Pois, indivíduos de sexo masculino que têm maior apoio social apresentam menor probabilidade de sofrer um EAM (Holahan, Holahan, Moos & Brennan, 1997 cit in Straub, 2005) e aquando da sua ocorrência recuperam mais rapidamente de cirurgia (Magni, Silvestro, Tamiello, Zanesco & Carl, 1988 cit in Straub, 2005).

Segundo Groen (1971, 1975) e Wolf (1971, cit in Alexandre, 2005) o meio social, mudanças sociais e suporte social exercem grande influência na doença cardíaca, visto causarem stress e contribuírem para um estilo de vida menos saudável. Já Cohen e McKay (1984) referiram que o suporte social influencia o modo como o indivíduo vivencia as situações stressantes, na medida em que indivíduos com uma rede social alargada não sentem os efeitos negativos do stress na sua saúde.

Contrariamente ao suporte social que tem um efeito positivo na saúde, o isolamento social (falta de contactos sociais) tende a associar-se à doença, visto dificultar o processo de reabilitação cardíaca e aumentar as taxas de morbidade e mortalidade no pós-operatório (Gouveia, 2004; Kamarck, Manuck & Jennings, 1990 cit in Álvarez et al., 2006; O'Keefe et al., 1997; Trigo et al., 2000). Segundo Garwick, Patterson, Bennett e Blum (1998 cit in Silva, 2003, p. 76) “a falta de apoio afecta negativamente a adaptação do indivíduo e da sua família à doença crónica”. Estudos efectuados mostraram ainda que o risco de um novo episódio cardíaco tende a ser maior em indivíduos que vivem sozinhos comparativamente com indivíduos que vivem acompanhados (Case, Moss, Case, McDermott & Eberly, 1992 cit in Álvarez et al., 2006). Por outro lado, Williams e colaboradores (1992 cit in Straub, 2005) realizaram um estudo que revelou que doentes cardíacos com fraco suporte social tinham menor probabilidade de sobrevivência comparativamente com doentes cardíacos com elevado apoio social.

Deste modo, a falta de suporte social apresenta-se como um factor de risco no início e prognóstico da doença coronária (Fontaine et al., 1998; Allan & Scheidt, 1996 cit in Gonçalves et al., 2004). Esta correlação é independente do género, idade

e ocorre nos diferentes países (Bunker et al., 2003, Greenwood, Muir, Packham & Madeley, 1996 cit in Amaral & Pereira, 2004). A relação entre suporte social e a patologia cardíaca apreende-se de estudos que demonstram que os indivíduos com maior tendência para o isolamento manifestam com maior frequência um estilo de vida prejudicial à saúde (e.g. consumo excessivo de álcool, tabaco, menor cuidado com a alimentação), menor adesão ao tratamento e baixa auto-estima (Chesney, 1996, House, Landis & Umberson, 1988 cit in Gouveia, 2004; Santos, 2004). Neste sentido, quanto maior for o suporte social do indivíduo maior será a sua receptividade e “adequação à hospitalização e à doença” (Kamarck e col., 1990, Dunkel-Schetter, 1984 cit in Fontaine et al., 1998, p. 92).

Assim, o apoio deverá ser diversificado, não sendo exclusivamente familiar mas também profissional. Uma vez que a doença cardíaca implica a mudança do estilo de vida e atribui ao indivíduo um novo estatuto (doente cardíaco), não sendo nalguns casos possível o regresso ao trabalho, ou quando tal é possível causa *stress* no indivíduo (M. Maciel, comunicação pessoal, Outubro de 2006). Nestes casos, o apoio que o indivíduo recebe da entidade patronal e dos colegas de trabalho é fundamental para minimizar a sua ansiedade (Brouette, 1998 cit in Fontaine et al., 1998). Todavia, segundo Orth-Gomér (1998 cit in Trigo et al., 2000) quando o apoio social é em excesso pode revelar-se prejudicial e contribuir para a emergência de doenças. Cohen e McKay (1984) também referiram que quando esse apoio é inadequado os efeitos negativos dos acontecimentos de vida podem ser acentuados.

Silva (2003) sublinhou o impacto negativo do isolamento social no ajustamento do indivíduo à doença, mencionando que quanto maior for a idade do indivíduo e menor o seu suporte social, maior será a mortalidade cardiovascular. Paralelamente, Hafe e colaboradores (1999) demonstraram a associação entre reduzidos contactos sociais e o elevado risco da doença cardíaca coronária.

Múltiplos estudos analisaram o impacto que o apoio exercido pelo cônjuge tem na saúde do indivíduo, concluindo que a perda do cônjuge e o facto de o indivíduo viver sozinho aumenta a probabilidade de morrer de DCVs (Kaplan et cols., 1988 cit in Straub, 2005). Este aspecto comprova que a relação conjugal tende a ser um importante indicador de suporte (Turner & Marino, 1994 cit in Prezza & Pacilli, 2002). Perante este cenário, é importante que exista um bom suporte familiar, uma

vez que este se mostra efectivo em reduzir a angústia e a depressão emocional e psicológica (Gallant & Connel, 1997; Gaugler et al., 2003 cit in Rinaldi, Spazzafumo, Mastriforti, Mattioli, Marvardi, Polidori, et al., 2005). Pois, de acordo com a teoria sistémica, a doença de um membro da família é vivenciada pela restante família (Delon, 1996 cit in Gonçalves et al., 2004). Assim, “existem alterações no bem-estar emocional do cônjuge após um evento coronário” (Johnston, 2001, Leal, Paiva & Gomes, 2002 cit in Gonçalves et al., 2004, p. 466).

Em suma, a literatura revela que o suporte social tem efeito benéfico na saúde, protegendo o indivíduo de sintomatologia depressiva aquando do diagnóstico de uma doença grave (Silva, 2003), ao passo que, a falta desse apoio torna o indivíduo mais fragilizado e aumenta a sua morbidade. Porém, apesar da investigação salientar a importância que o suporte social exerce na doença, a forma como este interfere na prevenção, origem, desenvolvimento e tratamento das DCVs não é clara (Brummett et al., 2001, Gerin et al., 1992 cit in Gouveia, 2004).

Hostilidade

O comportamento do indivíduo, a partir da 2ª Revolução da Saúde, é considerado a principal causa de morbidade e mortalidade (Ribeiro, 1998). Neste sentido, múltiplas investigações têm incidido no estudo do comportamento e a sua relação com múltiplas doenças. Friedman e Rosenman (1959) foram os primeiros autores a afirmarem que poderia haver uma correlação entre determinados padrões de comportamento e as doenças do coração (Cardoso & Coelho, 1980; Trigo et al., 2000). Nesta linha de investigação, o padrão de comportamento tipo A tem sido descrito como um factor que predispõe para as DCVs (Bops, 2003; Favarato, 2004; Follick & Korr, 1984 cit in Trigo et al., 2000; Fontaine et al., 1998; Santos, 2004; Williams & Barefoot, 1998 cit in Amorim, Guerra & Maciel, 2005). Uma das componentes que caracteriza este padrão de comportamento e que se pretende avaliar neste estudo é a hostilidade. A hostilidade é um construto multidimensional caracterizado por uma reacção de ira, irritação, atitudes e emoções agressivas, envolvendo ou não comportamentos destrutivos por parte do indivíduo a situações *stressantes* (Spielberger et al., 1988 cit in Coelho & Gomes, 2000; Williams, Barefoot & Shekele, 1985 cit in Gouveia, 2004). Engloba traços de raiva, cinismo e

desconfiança, os quais se relacionam também com as DCVs (Christensen e cols., 1997 cit in Coelho & Gomes, 2000; King, 1997 cit in Favarato, 2004). Spielberger (cit in Trigo et al., 2000) identificou a síndrome *Anger, Hostility, Agression (AHA)*⁴ ao realçar o impacto que a ira, hostilidade e agressividade têm na doença coronária.

A hostilidade é vista como uma característica do estilo comunicativo de doentes cardíacos quando se sentem frustrados por não alcançarem aquilo que desejam (Roshies, 1987 cit in Fontaine et al., 1998). Verificamos ainda que indivíduos hostis apresentam maiores obstáculos no seu dia-a-dia, menor apoio social e maior probabilidade de adoecer (Straub, 2005). Megardee (1985 cit in Fontaine et al., 1998) observou uma sequência no comportamento do indivíduo - frustração, agressividade e cólera – que conduz às DCVs. Nesta sequência, poderão também interferir os acontecimentos de vida que suscitam *stress* e o estilo de vida do indivíduo. De acordo com o estudo “*Western Collaborative Group Study*”, alguns autores (Matthews, Glass, Rosenman & Bortner, 1977 cit in Álvarez et al., 2006) revelaram que a hostilidade juntamente com determinados estilos de vida representam os factores que mais contribuíam para a patologia cardíaca. Num estudo posterior (Adler & Mattheus, 1994 cit in Ribeiro, 2005) concluiu-se que um dos factores que mais influenciava a doença coronária era a hostilidade. Outro estudo efectuado (Williams, 1996 cit in Straub, 2005) demonstrou que os bloqueios das artérias eram mais graves em doentes cardíacos hostis do que em doentes menos hostis. Contudo, Meesters e Smulders (1994 cit in Ribeiro, 2005) afirmaram que a hostilidade apenas contribui estatisticamente de forma significativa para as doenças coronárias nos indivíduos com idades inferiores a 50 anos.

A associação entre a hostilidade e DCVs relaciona-se com o facto de indivíduos com carácter hostil expressarem com maior frequência comportamentos nocivos para a saúde, tais como consumo de tabaco, álcool, café em excesso e alimentação descuidada (Engeberestson, Scheier & Matthews, 1989, Everson et al., 1997, Christensen, 1997 cit in Coelho & Gomes, 2000). Por outro lado, a hostilidade associa-se a um aumento do ritmo cardíaco face a situações do dia-a-dia, contribuindo assim para a doença coronária (Smith, 1992 cit in Álvarez et al., 2006). Paralelamente, outros autores (Leiker & Hailey, 1988 cit in Trigo et al., 2000) verificaram que indivíduos hostis tendem a adoecer mais facilmente que indivíduos

⁴ Síndrome de raiva, hostilidade e agressividade.

não hostis não só devido à constante exposição a factores de risco para as DCVs, mas também porque tendem a negar os sintomas de doença, adiando o pedido de ajuda médica. O estudo de Shekelle e colaboradores (1983 cit in Straub, 2005) também enfatizou este aspecto, isto é, embora o indivíduo procure controlar outros factores de risco, quando o carácter hostil está presente tem maior probabilidade de sofrer um EAM. De acordo com Ribeiro (2005), o *stress* e determinadas emoções tornavam a pessoa mais vulnerável à doença. Também Trigo e colaboradores (2000) afirmaram que as emoções negativas (hostilidade e a ira) assumem um papel determinante no distress e saúde do indivíduo, uma vez que aumentam a tensão arterial e aceleram o processo de aterosclerose, ampliando o risco do indivíduo sofrer uma doença cardíaca. Por seu turno, os indivíduos hostis tendem a confrontar-se frequentemente com situações geradoras de hostilidade e “apresentam respostas mais elevadas ao nível cardiovascular e neuroendócrino, o que pode acelerar a aterosclerose coronária e precipitar subseqüentes complicações” (Engelbreton, Matthews & Scheier, 1989, Lyness, 1993, Kewley & Friedman, 1987, Janisse, 1988 cit in Coelho & Gomes, 2000, p. 784). Assim, indivíduos hostis vivenciam mais acontecimentos stressantes e menor apoio social tendo como consequência efeitos negativos na saúde e sistema cardiovascular (Kop, Gottdiener & Krantz, 2001 cit in Straub, 2005).

Embora muitos estudos enfatizem o carácter hostil como sendo prejudicial à saúde, não há consenso entre os mesmos relativamente ao facto da hostilidade ser um factor preditor (Bunker et al., 2003 cit in Amaral & Pereira, 2004).

Do que aqui foi exposto, concluímos que os factores de natureza psicossocial e comportamental desempenham um papel fundamental no agravamento dos factores de risco de cariz biológico e desenvolvimento da doença coronária. O presente estudo pretende avaliar o impacto das variáveis citadas na doença coronária. Este estudo transversal de carácter comparativo e preditivo procura: 1) investigar se são os indivíduos com EAM ou os indivíduos saudáveis que manifestam maior percepção de *stress*; 2) investigar qual dos grupos revela mais acontecimentos de vida stressantes; 3) caracterizar o suporte social numa amostra com indivíduos que sofreram EAM e numa amostra saudável; 4) avaliar o papel preditivo do *stress*, acontecimentos de vida, suporte social e hostilidade no estatuto de saúde e doença.

Método

Participantes

O estudo reúne um total de 60 participantes de sexo masculino, com idades compreendidas entre os 40 e os 84 anos. A amostra total desdobra-se em dois grupos de 30 indivíduos, o grupo clínico que reúne os indivíduos com diagnóstico de EAM e encontravam-se internados na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia do Hospital de S. João, no Porto. O grupo não clínico engloba os indivíduos sem doença cardíaca (visitas dos doentes internados nesta unidade), com características sócio-demográficas semelhantes para efeitos de comparação.

Os participantes de ambos os grupos constituem uma amostra não probabilística. A participação no estudo foi voluntária e a confidencialidade assegurada, assim como a possibilidade de desistência em qualquer momento.

Em termos de idade e nível de escolaridade, os grupos não apresentam divergências significativas ($p > 0.05$) (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra.

<i>Variáveis</i>	Grupo clínico			Grupo não clínico			<i>t</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	
Idade	30	54.93	11.16	30	51.70	10.89	1.135
Nível de escolaridade	30	6.61	3.84	30	8.72	5.054	1.737

*Nível de significância: $p < 0.05$

Material

A coleta dos dados foi realizada mediante um protocolo, que inclui os instrumentos de avaliação que a seguir se descrevem pela ordem de apresentação aos participantes.

Questionário de dados sócio-demográficos e clínicos

Construído com o objectivo de caracterizar a população-alvo, este instrumento é composto por 8 itens, que se distribuem em duas partes. A primeira parte diz respeito aos dados sócio-demográficos e clínicos dos participantes (idade, nível de escolaridade, estado civil, número de filhos, profissão e número de pessoas

com quem reside). A segunda parte visa identificar os factores de risco cardiovasculares que os participantes possuem (HTA, colesterol elevado, diabetes, consumo de álcool, obesidade, sedentarismo e tabagismo).

Escala de *Stress* Percebido (PSS)

Esta escala destinava-se a avaliar o nível de *stress* que os indivíduos experimentam subjectivamente, num determinado momento, mais especificamente no último mês. Consiste num instrumento de auto-resposta, composto por 10 itens, os quais expressam a definição de *stress*, aplicando-a a situações gerais, como por exemplo: “No último mês, com que frequência teve confiança na sua capacidade para resolver os seus problemas pessoais” (Pereira, 2006). Os indivíduos teriam de classificar o seu nível de *stress*, numa escala tipo Likert com 5 pontos (de “Nunca” a “Com muita frequência”).

Este instrumento foi Desenvolvido pelo Instituto de Prevenção do *Stress* e Saúde Ocupacional (IPSSO; Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2002), com base na versão original de Cohen, S., Kamarck, T. e Mermelstein, R. em 1983, revelando óptimas características psicométricas e consistência interna (Pereira, 2006). A sua utilização resultou do facto de permitir a avaliação de níveis de *stress* associados a acontecimentos de vida, para além de se apresentar como um instrumento de fácil preenchimento e cotação.

Avaliação de Acontecimentos de Vida

Este instrumento consiste numa versão adaptada da escala original - *Life Experiences Survey* (LES) de Sarason et al. (1978) à população portuguesa, por Silva e Ribeiro (2000) e pretendia avaliar os acontecimentos de vida que os indivíduos vivenciaram ao longo do último ano. Ao recorrer a esta escala pretendia-se que os indivíduos indicassem quais os acontecimentos que vivenciaram num determinado período da sua vida (último ano) e, simultaneamente, avaliassem se esses acontecimentos foram negativos e/ou positivos bem como a intensidade do impacto que os mesmos tiveram nas suas vidas (Silva, 2003). A escala caracteriza-se por ser um instrumento de auto-relato, composta por 50 itens, sendo que 47 correspondem a acontecimentos de vida específicos, e 3 são espaços em branco,

nos quais os indivíduos podem indicar outros acontecimentos que possam ter vivenciado nesse período (Silva, 2003). A maioria dos itens da escala retratam as mudanças na vida que ocorrem mais frequentemente na população em geral, apenas existem alguns itens mais específicos como por exemplo, a gravidez, aborto, trabalho do marido/esposa (Silva, 2003). Os valores estão organizados numa escala de 7 pontos, situados entre um valor negativo (-3) e outro positivo (+3) (Silva, 2003).

A selecção deste instrumento baseou-se nas características apontadas por Sarason e Sarason (1984 cit in Silva, 2003), ou seja, pelo facto de permitir obter valores distintos acerca do impacto da mudança positiva e negativa e por englobar acontecimentos de vida desejáveis e indesejáveis capazes de provocar emoções/reacções incontroláveis pelo indivíduo. Para além, de revelar características psicométricas satisfatórias.

Escala de Avaliação do Suporte Social

Este instrumento resultou da adaptação da escala "*Instrumental-Expressive Social-support Scale*" (Lin, Dean & Ensel, 1981) à população portuguesa, elaborada por Guerra (1995). O recurso a esta escala tinha como objectivo medir o apoio social que os indivíduos têm tido nos últimos 6 meses. É um instrumento de auto-resposta constituído por 20 itens, os quais procuram abranger uma diversidade de problemas tais como, problemas familiares, económicos, entre outros (Guerra, 1995). Os itens encontram-se organizados por factores, os quais dizem respeito às principais dimensões do suporte social (Guerra, 1995). Os indivíduos teriam de se situar, numa escala tipo Likert com 5 pontos (de "Sempre ou quase sempre" a "Nunca"), relativamente à frequência com que são incomodados pela lista de problemas (Guerra, 1995).

A versão portuguesa foi aplicada a uma população saudável e posteriormente também a uma amostra infectada com o vírus da imunodeficiência humana (HIV/AIDS), apresentando uma adequada consistência interna. Revelou bons resultados em termos de validade do item e validade factorial e de fidedignidade (coeficiente *alfa* de 0,83). Neste sentido, tornou-se um instrumento simples e de fácil preenchimento, o que permitiu a sua inclusão neste estudo.

Inventário de Auto-Avaliação Estado-Traço de Expressão de Raiva de Staxi de Charles D. Spielberger (1988)

Este inventário tem como objectivo avaliar o nível de hostilidade, nas suas componentes de estado, traço, experiência, expressão e controlo da emoção raiva. Trata-se de um instrumento de auto-preenchimento, composto por 44 itens distribuídos por 3 sub-escalas (Amorim et al., 2005): a primeira sub-escala - *Como me sinto neste momento* – com 10 itens, avalia o estado de raiva; a segunda sub-escala - *Como me sinto geralmente* – também composta por 10 itens, avalia o traço de raiva, o qual reúne dois factores: o traço de raiva-temperamento e o traço de raiva-reacção; a terceira sub-escala - *Quando estou zangado(a) ou furioso(a)* – com 24 itens, avalia a expressão de raiva, conceptualizada segundo 3 componentes: raiva para dentro (*anger in*) avaliada nos itens 23, 25, 26, 30, 33, 36, 37 e 41; raiva para fora (*anger out*) corresponde aos itens 22, 27, 29, 32, 34, 39, 42 e 43, e a capacidade de controlo de raiva por parte dos indivíduos (*anger control*) que é avaliada nos itens 21, 24, 28, 31, 35, 38, 40 e 44. O inventário consiste numa escala tipo Likert, em que o indivíduo tem 4 opções de resposta para descrever da melhor forma os seus sentimentos.

A adaptação deste inventário para a versão portuguesa foi desenvolvida por Silva, Campos e Prazeres (1998). Estes autores realizaram 3 estudos diferentes, onde obtiveram resultados satisfatórios relativamente aos coeficientes de consistência interna dos itens e das escalas.

A selecção deste instrumento prendeu-se com o facto de se tratar de um inventário que avalia as várias componentes da expressão da raiva, o que se traduzirá numa melhor apreensão do carácter hostil dos participantes.

Procedimento

Coleta de dados

A investigação efectuada teve por base os dados recolhidos na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia do Hospital de S. João, no Porto, entre Fevereiro e Maio de 2007. Para a realização deste estudo foi pedida autorização à comissão de Ética do Hospital de S. João, foi igualmente respeitada a declaração de Helsínquia na recolha e tratamento dos protocolos.

Relativamente ao grupo clínico, constituído por indivíduos que se encontravam internados no serviço nesse período, antes do contacto directo com os mesmos, houve uma consulta prévia dos seus processos clínicos de forma a verificar se reuniam os critérios para participarem no estudo. Assim, todos os doentes que reuniam esses critérios eram entrevistados e solicitados a participar no estudo e preencher o protocolo durante o internamento. No que concerne ao grupo não clínico, os indivíduos foram seleccionados entre as visitas de todos os doentes internados que possuíam os requisitos necessários para a inclusão no estudo. Deste modo, as vistas dos doentes foram abordadas nesse sentido e foi-lhes igualmente solicitado o preenchimento do mesmo protocolo no momento da visita.

Procedimento estatístico

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0 para Windows. A análise dos dados foi feita mediante o recurso ao teste paramétrico t de Student e análise de várias correlações. Foi ainda utilizado o teste de Qui-Quadrado para caracterização da amostra e a regressão logística binária para analisar a predição das variáveis principais na patologia cardíaca.

Resultados

A análise dos resultados obtidos no presente estudo pode ser dividida em 3 momentos: análise comparativa, correlacional e preditiva. Em termos de resultados sócio-demográficos e clínicos, verificou-se que tanto indivíduos com EAM como os saudáveis apresentam características sócio-demográficas e clínicas semelhantes ($p > 0.05$).

Os resultados obtidos na *Perceived Stress Scale* (PSS) mostram-nos que o grupo clínico (M= 21.53, DP= 5.69), comparativamente com o não clínico (M= 17.26, DP= 6.09), apresentou níveis de stress mais elevados ($t = 2.80$, $p < 0.05$).

Analisando os resultados obtidos na escala *Avaliação de Acontecimentos de Vida* constatou-se que não existiam diferenças significativas na quantidade de acontecimentos de vida vivenciados pelos indivíduos de ambos os grupos ao longo

do último ano, assim como na forma como ambos os grupos avaliavam esses acontecimentos de vida (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Resultados do teste *t Student* relacionados com os acontecimentos de vida.

Variáveis	Grupo clínico			Grupo não clínico			<i>t</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	
Acontecimentos positivos	30	6.80	9.24	30	7.46	9.14	0.281
Acontecimentos negativos	30	-8.53	6.88	30	-4.13	12.07	1.734
Total de acontecimentos de vida	30	-1.73	10.35	30	3.33	17.20	1.382

*Nível de significância: $p < 0.05$

No que diz respeito ao suporte social, os resultados do teste *t Student* não revelaram diferenças de média estatisticamente significativas entre o grupo clínico ($M = 82.03$, $DP = 12.42$) e não clínico ($M = 83.40$, $DP = 10.60$) ($t = -0.458$, $p > 0.05$).

Relativamente à hostilidade, concluiu-se que os grupos não diferiam estatisticamente quanto ao estado de raiva, ao traço de raiva e à expressão de raiva (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Resultados do teste *t Student* relacionados com a hostilidade.

	Grupo clínico			Grupo não clínico			<i>t</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	
Estado de Raiva	30	12.50	4.59	30	10.83	2.33	1.772
Traço de Raiva	30	17.46	5.41	30	16.13	3.62	1.120
Expressão de Raiva	30	21.46	7.14	30	21.58	8.07	-0.060

*Nível de significância: $p < 0.05$.

A análise correlacional foi feita tendo em atenção a amostra na sua totalidade ($n = 60$). Quanto à relação entre a percepção de *stress*, acontecimentos de vida, suporte social e hostilidade, obtida através do cálculo do coeficiente de correlação *r* de *Pearson*, constatamos que a percepção de *stress* estabelece associações significativas com todas as variáveis, excepto com os acontecimentos de vida positivos, total de acontecimentos de vida e com o traço raiva-reação. Por um lado, identificámos a existência de correlações negativas baixas com os acontecimentos de vida negativos e com o suporte social. Por outro lado, a existência de correlações

positivas baixas com o estado de raiva, traço de raiva, traço raiva-temperamento e expressão de raiva. De salientar que, a correlação com o valor mais elevado foi com o traço de raiva (cf. Tabela 4).

Não se registraram correlações significativas entre acontecimentos de vida e a hostilidade.

No que concerne à variável suporte social, para além da associação significativa com a percepção de stress, encontrámos correlações significativas com a hostilidade. Observámos correlações negativas baixas com o estado de raiva, traço raiva-temperamento e raiva-reacção e correlações negativas moderadas com o traço de raiva e expressão de raiva.

Por fim, concluímos que a hostilidade estabelece associações significativas com as restantes variáveis (*stress* e suporte social) excepto com a variável acontecimentos de vida (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Resultados da Correlação *r* de Pearson entre as variáveis principais.

	Stress	Acontecimentos Vida Negativos	Acontecimentos vida Positivos	Total Acontecimentos vida	Suporte social	Hostilidade (Estado)	Hostilidade (Traço)	Hostilidade (Temperamento)	Hostilidade (Reacção)	Hostilidade (Expressão)
Stress	_____									
Acontecimentos Vida Negativos	-0.271*	_____								
Acontecimentos Vida Positivos	-0.018	0.119	_____							
Total Acontecimentos Vida	-0.201	0.774**	0.720**	_____						
Suporte social	-0.318*	0.207	-0.233	-0.004	_____					
Hostilidade (Estado)	0.334**	0.147	0.006	0.145	-0.349**	_____				
Hostilidade (Traço)	0.352**	-0.163	0.003	-0.112	-0.494**	0.509**	_____			
Hostilidade (Temperamento)	0.330*	-0.089	0.052	-0.030	-0.349**	0.439**	0.867**	_____		
Hostilidade (Reacção)	0.182	-0.101	-0.047	-0.100	-0.317*	0.365**	0.791**	0.531**	_____	
Hostilidade (Expressão)	0.292*	-0.140	0.157	0.003	-0.452**	0.367**	0.720**	0.627**	0.483**	_____

*Nível de significância: $p < 0.05$; **Nível de significância: $p < 0.01$

A relação entre as variáveis principais e as variáveis sócio-demográficas não é significativa ($p > 0.05$).

No que diz respeito à relação entre variáveis principais e variáveis clínicas, observou-se que a percepção de stress apenas registra um resultado significativo com a variável “colesterol”. Verificámos que existem diferenças significativas entre os indivíduos que possuem colesterol elevado e aqueles que não apresentam este factor de risco ($F = 3.703$, $p = 0.05$). A análise do Eta^2 mostra-nos que 6% da variabilidade dos resultados pode ser explicada pelo colesterol elevado, o que nos levou a concluir que o facto de possuir colesterol elevado influenciou moderadamente o nível de *stress*.

No que concerne à variável acontecimentos de vida, registámos resultados significativos entre acontecimentos de vida positivos e total de acontecimentos de vida e as variáveis clínicas “diabetes” e “álcool”. Observámos que existem diferenças significativas entre indivíduos diabéticos e não diabéticos, e que 8% dos acontecimentos de vida positivos e 8,9% do total dos acontecimentos de vida podem ser explicados pelo facto de possuir diabetes. Assim, ter diabetes influenciou moderadamente o número de acontecimentos de vida positivos e o total de acontecimentos de vida. Também se verificaram diferenças significativas entre indivíduos com consumo de álcool e indivíduos sem consumo de álcool. O Eta^2 revela-nos que 6,4% dos acontecimentos de vida positivos e 9,7% do total de acontecimentos de vida podem ser explicados pelo consumo de álcool. Este facto permitiu-nos concluir que o elevado consumo de álcool influenciou moderadamente o número de acontecimentos de vida positivos e total de acontecimentos de vida.

O suporte social não produziu resultados significativos ao nível das variáveis clínicas, visto que $p > 0.05$ e $Eta^2 < 0.01$ (⁵).

A variável hostilidade, mais especificamente o estado de raiva registou valores significativos com as variáveis clínicas “diabetes”, “álcool” e “obesidade”. Verificámos que existem diferenças significativas entre os grupos (diabéticos/não diabéticos; indivíduos que consomem álcool/não consomem álcool; obesos/não obesos) e, que consequentemente, o facto de ser diabético (9%), obeso (6.3%) e consumir álcool (6.7%) influenciou moderadamente o estado de raiva. Também se

⁵ De acordo com Pallant (2001, p. 175).

registou um valor significativo entre o traço-temperamento de raiva e a variável clínica “obesidade”. O valor de Eta^2 mostra-nos que a diferença entre obesos e não obesos contribuiu moderadamente (7,2%) para o traço-temperamento de raiva dos indivíduos.

Tabela 5. Resultados do Coeficiente Eta^2 entre variáveis principais e clínicas.

	Stress	Aconteciment os Vida Negativos	Aconteciment os Vida Positivos	Total Aconteciment os Vida	Suporte social	Hostilidade (Estado)	Hostilidade (Traço)	Hostilidade (Temperamen to)	Hostilidade (Reacção)	Hostilidade (Expressão)
Hipertensão	0.008	0.009	0.022	0.026	0.049	0.033	0.019	0.056	0.007	0.007
Colesterol	0.060*	0.004	0.003	0.000	0.006	0.018	0.010	0.014	0.007	0.000
Diabetes	0.004	0.028	0.080*	0.089*	0.006	0.090*	0.001	0.001	0.003	0.017
Álcool	0.000	0.046	0.064*	0.097*	0.000	0.067*	0.001	0.001	0.016	0.002
Obesidade	0.003	0.014	0.029	0.037	0.006	0.063*	0.037	0.072*	0.011	0.000
Sedentarismo	0.012	0.000	0.002	0.001	0.009	0.004	0.006	0.001	0.014	0.020
Tabagismo	0.000	0.039	0.012	0.005	0.018	0.048	0.018	0.000	0.042	0.023

*Nível de significância: $p < 0.05$

Por último, a análise preditiva, permite-nos investigar qual das variáveis prediz melhor o estatuto de saúde/doença. A regressão logística binária e o teste do modelo baseado na constante (percepção de *stress*) é estatisticamente significativo [$\chi^2(1) = 7.717$; $p = 0.005$], o que indica que o preditor (percepção de *stress*) distingue o grupo clínico do não clínico. Da análise do quadro 6 podemos depreender que, neste modelo e de acordo com o critério de *Wald*, a percepção de *stress* revelou ter contribuições únicas, isto é, um impacto estatisticamente significativo na predição do diagnóstico da doença coronária.

Tabela 6. Análise da Percepção de *Stress* na Predição do grupo de diagnóstico por regressão logística.

Passos	Preditores	Estatísticas do Modelo Final				
		B	s.e. (B)	Wald	Odds	Modelo
1	PSS	0.130	0.052	6.248	1.139*	$\chi^2(1) = 7.717^*$

*Nível de significância: $p < 0.05$

Discussão e Conclusão

O presente estudo procurou comparar dois grupos de indivíduos, de forma a verificar qual deles revelava maior percepção de *stress* e mais acontecimentos de vida significativos. Procurou-se ainda caracterizar os grupos quanto ao suporte social e investigar qual das variáveis principais predizia melhor o estatuto de saúde e doença. Dos resultados obtidos, ressalva-se o impacto do *stress* na doença coronária, uma vez que são os indivíduos com EAM os que apresentam maiores níveis de *stress*. Vários estudos patentes na literatura corroboram estes resultados, afirmando que elevados níveis de *stress* afectam o estado de saúde do indivíduo, propiciam o aparecimento de doenças, tais como a HTA, diabetes e doença cardíaca (Antón & Méndez, 1999; Glass, 1977 cit in Dias, s.d.; Straub, 2005; Kelly, 1980 cit in Serra, 2007). Contrariamente ao esperado, este estudo mostra-nos que os indivíduos com EAM não diferem dos indivíduos saudáveis quanto ao número e impacto de acontecimentos de vida ocorridos no último ano. Estes resultados favorecem tanto a perspectiva de Ogden (1999) e Wilkinson (2004) que advogam que o acumular de acontecimentos de vida pode neutralizar os efeitos destes não tendo qualquer impacto na saúde do indivíduo, como a perspectiva de Suh, Diener e Fujita (1996 cit in Silva, 2003) que mostram que o impacto dos acontecimentos de vida diminui com o passar do tempo, sendo que 3 a 6 meses após a ocorrência do acontecimento, o indivíduo já se adaptou à situação.

Pretendia-se saber se os indivíduos com EAM tinham uma rede social maior quando comparados com os indivíduos saudáveis. Mais uma vez os resultados não evidenciaram discrepâncias significativas entre indivíduos com EAM e indivíduos saudáveis quanto ao suporte social e suas dimensões. Uma possível justificativa que apontamos para estes resultados poderá relacionar-se com o facto de ambos os grupos perceberem apoio social, no entanto, esse apoio poderá ser proveniente do internamento no caso dos doentes e mais pontual do que contínuo.

Tendo comparado os grupos quanto ao seu carácter hostil, percebemos que ambos os grupos apresentam características semelhantes, não diferindo quanto ao estado, traço, temperamento, reacção e expressão de raiva. Os resultados contrariam o estudo de Cotton (1990 cit in Serra, 2007) que preconiza que após condutas hostis ou vivência de emoções fortes de forma súbita, o risco de desencadear um EAM é superior em indivíduos com doença pré-existente.

À medida que a percepção de *stress* aumenta, a ocorrência de acontecimentos de vida negativos e o suporte social diminuem. Diversas explicações podem estar subjacentes aos resultados obtidos, pois, os acontecimentos de vida podem variar de indivíduo para indivíduo e o mesmo acontecimento pode suscitar reacções distintas no mesmo indivíduo em momentos diferentes (Serra, 2007). Constatou-se que quanto maior a percepção de *stress* maior a hostilidade (estado, traço, temperamento e expressão de raiva) na amostra total ($n=60$). A relação entre estas duas variáveis remete-nos para outros estudos previamente referidos (Ribeiro, 2005; Trigo et al., 2000) que postulam que o *stress* e as emoções hostis contribuem para a emergência da doença cardíaca. Pois, indivíduos com carácter hostil tendem a vivenciar frequentemente situações de *stress* e, conseqüentemente, alterações ao nível do sistema cardiovascular (Engebretson, Matthews & Scheier, 1989, Lyner, 1993, Kewley & Friedman, 1987, Janisse, 1988 cit in Coelho & Gomes, 2000). Relativamente ao apoio social, os dados deste estudo sugerem que, na amostra total ($n=60$), quanto mais elevado o suporte social menor o carácter hostil (estado, traço, temperamento, reacção e expressão de raiva).

Concluimos também que a única variável que contribui significativamente para a diferenciação entre o grupo de doentes cardíacos e o grupo de indivíduos saudáveis é a percepção de *stress*. Este estudo sublinha assim a associação entre *stress* e doença descrita na literatura, o qual revela que o *stress* seria o melhor preditor para a doença (coronária).

Tal como Matos (2002), consideramos que as variáveis psicológicas estudadas podem contribuir para as DCVs influenciando comportamentos de risco através de respostas de activação fisiológica que se relacionam com as emoções. Paralelamente, o estudo revela-nos também que dados clínicos como o colesterol, a diabetes, o consumo elevado de álcool e a obesidade têm um impacto moderado em todas as variáveis psicológicas estudadas (à excepção do suporte social), e conseqüentemente no culminar de DCVs. Consideramos, assim, que estes dados são importantes para implementar programas de intervenção de cariz psicológico preventivo, mais especificamente ao nível da prevenção de factores de risco cardiovasculares, gestão de *stress*, treino da assertividade, gestão de conflitos, gestão de tempo, importantes no auto-controlo do *stress*, factor preditivo da doença

cardíaca. Desta forma, os resultados enfatizam o papel do psicólogo numa equipa multidisciplinar num serviço de cardiologia.

Como sugestão para novas investigações, consideramos que seria pertinente replicar o mesmo estudo mas com uma amostra feminina para efeitos de comparação com os resultados obtidos neste estudo. Poderia realizar-se um estudo longitudinal comparando dois grupos de indivíduos (doentes com EAM e doentes pós-EAM), um em regime de internamento e outro após a alta hospitalar. Seria também interessante realizar estudos semelhantes com outra metodologia, de cariz qualitativo, avaliando o impacto que os acontecimentos de vida indutores de *stress* têm nas DCVs (estudo de casos clínicos). E porque o *stress* revelou ser a variável mais importante deste estudo, fica a sugestão de em investigações futuras avaliar o papel preditivo do *stress* ocupacional na doença.

Por último, salientamos algumas limitações metodológicas que poderão ter condicionado os resultados obtidos, tais como uma amostra pequena e por conveniência, um protocolo demasiado extensivo que dificultou a recolha de dados e o tratamento estatístico.

Ao longo desta investigação concluímos que as DCVs constituem um grave problema de saúde pública e o EAM pode ser um factor stressante e acontecimento traumático na vida de um indivíduo. O *stress* (percepção que temos do mesmo) apresenta-se como a variável que tem maior influência no desencadear da doença, sobretudo, quando aliado a um estilo de vida “menos saudável”.

Referências

- Alexandre, P. N. M. N. (2005). *Os aspectos psicológicos do paciente coronariano*. Monografia, Centro Universitário de Ciências Humanas, Centro de Estudos Superiores de Maceió. Acedido em 05 de Julho de 2007 em http://www.pesquisapsicologia.com/2005-2/patricia_nogueira.pdf
- Álvarez, M. P., Hermida, J. R., Rodríguez, C. F., & Vázquez, I. A., (2006). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Amaral, A. P. & Pereira, J. A. (2004). Stress: Sim ou não factor de risco da doença cardíaca. In J. L. P. Ribeiro & I. Leal (eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança* (pp. 459-471). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Amorim, E., Guerra, M., & Maciel, M. J. (2005). A alexitimia e a hostilidade em doentes que sofreram enfarte agudo do miocárdio. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, (1), 231-243.
- Antón, D. M. & Méndez, F. X. (1999). Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. In M. Simón (ed.), *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 217-233). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Baptista, T. M. (1988). Aspectos cognitivos do “stress” associado a alterações do estado de saúde. *Psiquiatria Clínica*, 9, 281-286.
- Bops, D. S. (2003). *Padrão de comportamento relacionado com os factores de riscos cardiovasculares em profissões da área da saúde*. Programa de pós-graduação de Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Acedido em 05 de Julho de 2007 em <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/8408.pdf>
- Cardoso, R. M. & Coelho, R. A. (1980). Doentes coronários – Grupoterapia e Psicodrama. *Psiquiatria Clínica*, 1, (2), 121-125.
- Coelho, M. & Gomes, M. C. (2000). A expressão da hostilidade e factores comportamentais associados à doença cardíaca coronária. In J. L. P. Ribeiro, I. Leal & M. R. Dias (eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp. 779-794). Lisboa: ISPA.
- Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (eds.), *Handbook of psychology and health* (4), (pp. 253-268). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- D’Almeida, V. C. (1985). Contribuição da medicina comportamental para a redução (controlo) dos factores de risco das doenças cardiovasculares. *Psiquiatria Clínica*, 1, (1), 7-29.
- Dias, A. M. (s.d.). *Personalidade e coronariopatia*. Acedido em 11 de Novembro de 2006 em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/15.pdf>.
- Favarato, M. E. C. S. (2004). Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos: Comparação entre géneros. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de S. Paulo. Acedido em 05 de Julho de 2007 em http://www.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde17032005090318/publico/Maria_favarato_te
- Ferreira, T. J. R. (2004). *Coping, Exaustão vital, Ansiedade e Depressão em pessoas submetidas a revascularização do miocárdio*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Fontaine, O., Kulbertus, H., & Étienne, A. M. (1998). *Stress e Cardiologia*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Gouveia, J. L. R. V. (2004). *Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós-enfarte agudo do miocárdio*. Tese de mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Guerra, M. P. (1995). Uma escala de avaliação do suporte social: sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 25-34.
- Hafe, P. V., Coelho, R., & Barros, H. (1999). Relação entre síndrome plurimetabólico e factores psicossociais. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, (2), 125-137.
- Holper, C. V. (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice: Maturidade e Sabedoria* (1ª ed.). Porto: Edições ASA.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, apprasail and coping*. New York: Springer.
- Lovallo, W. R. (1997). *Stress & Heath: biological interactions*. London: Sage publications
- Matos, A. P. S. (2002). Estudo de alguns factores psicológicos na doença coronária. *Teoria, Investigação e Prática Psicológica*, 2, 231-247.
- McIntyre, T., Fernandes, A. C., & Soares, V. A. (2000). Intervenção psicológica na reabilitação pós-enfarte do miocárdio: Um esforço interdisciplinar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, (1), 53-60.
- Monahan, D. & Hooker, K. (1995). Health of spouse caregivers of dementia patients: the role of personality and social support. *Social Work*, 40, (3), 305-314.
- Morlans, M. (2007). *O controlo da tensão: Conhecer os riscos da hipertensão*. Rio de Mouro: Círculo de Leitores.
- Mota, T. G., Clara, J. G., Gonçalves, J. V., Rocha, A. P., Neves, A. P. & Santos, T. M. (2005). *Passaporte para a Vida*. Grupo de Estudos de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- O'Keefe, J. H., Nelson, J., & Harris, W. S. (1997). Mudanças do estilo de vida necessárias na doença coronária: O que dizer aos doentes. *Posgraduate Medicine*, 7, (3), 33-43.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 2-3, (12), 333-339.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*. USA: Copyright.
- Pereira, M. D. A. (2006). *Decisão reprodutiva e adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho de mulheres infectadas com o VIH: Um estudo*

exploratório. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Prezza, M. & Pacilli, G. (2002). Perceived Social Support from Significant Others, Family and Friend and Several Socio-demographic Characteristics. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 422-429.

Ramos, R. C. (2004). *Acontecimentos de vida na Infância e Percepção de stress na Adulterez*. Tese de mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mastriforti, R., Mattioli, P., Marvardi, M., Polidori, M. C. et al. (2005). Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: Results of an Italian multicenter study. The study Group on Brain Aging of the Italian Society of Gerontology and Geriatrics (GSIC-SIGG); *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (2), 168-174.

Royo, F. J. L. (2003). *Família e saúde: Saúde para todos*. Rio de Mouro: Everest Editora.

Santos, F. R. (2004). Problemas Psicossociais no doente cardíaco: O papel da reabilitação cardíaca [Versão Electrónica]. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, (1), 37-42.

Serra, V. A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Minerva.

Silva, I. M. S. L. (2003). *Qualidade de vida e variáveis psicológicas associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Silva, D. R., Campos, R., & Prazeres, N. (1999). O inventário de estado-traço de raiva (STAXI) e a sua adaptação para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 34, 55-81.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Teixeira, J. A. C., & Correia, A. R. (2002). Fragilidade social e psicologia da saúde: Um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. *Análise Psicológica*, 3, (XX), 359-365.

Trigo, M. (2002). Psicocardiologia como área multidisciplinar: Do dualismo filosófico à emergência da ciência biopsicossocial. *Psychologica*, 29, 71-87.

Trigo, M., Rocha, E. C., & Coelho, R. (2000). Factores psicossociais de risco na doença das artérias coronárias: Revisão crítica da literatura [Versão Electrónica]. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, (2), 149-199.

Vásquez, I. A., Rodríguez, C. F., & Álvarez, M. P. (2003). Manual de Psicología de la Salud. (2ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.

Wilkinson, G. (2004). *Comprender o Stress*. Porto: Porto Editora.