

José Luís Ramos Veloso Gouveia

DIFERENÇAS AO NÍVEL DO GÉNERO NA ADAPTAÇÃO
PSICOSSOCIAL A CURTO PRAZO NO PÓS ENFARTE AGUDO
DO MIOCÁRDIO

UNIVERSIDADE DO MINHO

BRAGA

2004

José Luís Ramos Veloso Gouveia

DIFERENÇAS AO NÍVEL DO GÉNERO NA ADAPTAÇÃO
PSICOSSOCIAL A CURTO PRAZO NO PÓS ENFARTE AGUDO
DO MIOCÁRDIO

Dissertação de Mestrado em Psicologia, área
de especialização em Psicologia da Saúde
apresentada na Universidade do Minho,
Instituto de Educação e Psicologia
Trabalho inserido num estudo mais
alargado “*Psychosocial outcomes in
rehabilitation following
myocardial infarction in
Scottish and Portuguese women:
A cross-cultural comparison*”
Financiado pela Fundação para a
Ciência e Tecnologia,
POCTI n.º 35749/99
Orientadora:
Professora Doutora Teresa Mendonça
McIntyre

UNIVERSIDADE DO MINHO

BRAGA

2004

*Aos meus pais
por tudo.*

*Ao Gonçalo
por ter nascido*

*À Teresa
pelo amor.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos doentes que anuíram participar neste estudo que, mesmo se encontrando numa situação de doença e de sofrimento, possibilitaram a realização do mesmo.

À Professora Doutora Maria Teresa Mendonça McIntyre estou imensamente agradecido pela preciosa orientação, pela partilha de conhecimento e pela confiança demonstrada durante todo o percurso de construção deste trabalho.

Aos meus pais por estarem sempre “presentes” e pela tranquilidade transmitida.

À Teresa pelo amor, coragem e espírito de sacrifício demonstrado.

Ao Zé Garcia pela enorme ajuda, disponibilidade, paciência e amizade.

À Ana Margarida pelo apoio e companheirismo ao longo destes anos.

A todos os profissionais de saúde dos Serviços de Cardiologia dos Hospitais Senhora da Oliveira – Guimarães e São Marcos - Braga

A todos aqueles que tenho a certeza de estar a omitir, mas que contribuíram de forma directa ou indirecta para este trabalho.

RESUMO

O presente trabalho insere-se no âmbito de um estudo mais alargado e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, com o POCTI n.º 35749/99 intitulado “*Psychosocial outcomes in rehabilitation following myocardial infarction in Scottish and Portuguese women: A cross-cultural comparison*”. Esta investigação foi efectuada numa sub-amostra desse estudo e contempla apenas a adaptação psicossocial a curto prazo ao enfarte agudo do miocárdio e algumas das variáveis utilizadas no projecto acima especificado. Assim, o objectivo principal desta investigação é avaliar as diferenças existentes ao nível do género, no processo de adaptação psicossocial a curto prazo, em doentes com enfarte agudo do miocárdio. Este estudo foi realizado numa amostra portuguesa de doentes com enfarte agudo do miocárdio, obtida em dois hospitais centrais da região norte (N=78; 46 homens e 32 mulheres). É um estudo de coorte, do tipo longitudinal correlacional/diferencial sendo os doentes avaliados em três momentos: dois dias após a admissão hospitalar; na altura da alta hospitalar (cerca de sete dias após a admissão); e quinze dias após a alta. Este estudo orienta-se pelos seguintes objectivos: Analisar as diferenças existentes entre homens e mulheres, no que respeita à adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo do miocárdio; descrever as representações de doença em doentes com enfarte agudo do miocárdio e compará-las ao nível do género, nos 3 momentos de avaliação; explorar a importância das variáveis sócio-demográficas e clínicas, na adaptação psicossocial a curto prazo; utilizar os resultados obtidos para fornecer pistas para o desenvolvimento de orientações para a reabilitação cardíaca a curto prazo, tendo em consideração o género. Em termos dos instrumentos de avaliação utilizados, estes foram seleccionados e adaptados para português no contexto do projecto financiado pelo FCT. Para avaliar a adaptação funcional foi utilizado o *Sickness Impact Profile* – SIP ; o *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS para avaliar a adaptação emocional; e o *Illness Perception Questionnaire Revised* - IPQ-R para avaliar as representações de doença. Tendo em consideração o facto de não conhecermos estudos efectuados no nosso país que avaliassem as características psicométricas do HADS e do SIP, e apesar de não ser um objectivo principal a validação destes instrumentos atendendo ao número reduzido da amostra, são apresentados as suas características psicométricas na amostra estudada. Foram 4 as hipóteses testadas: a hipótese 1 previa diferenças significativas ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo pós enfarte do miocárdio, apresentando as mulheres

maiores dificuldades de adaptação que os homens; a hipótese 2 previa que a adaptação psicossocial a curto prazo fosse influenciada pelas representações de doença; a hipótese 3 previa a existência de diferenças significativas ao nível do género nas representações de doença pré alta e pós alta, apresentando as mulheres representações de doença mais negativas do que os homens nos três momentos; por último, a hipótese 4 previa que a adaptação psicossocial pós alta fosse influenciada pelos níveis de ansiedade e depressão pré alta. Dos resultados obtidos no teste de hipótese deste estudo, salientam-se a comprovação parcial da hipótese 1 em termos de adaptação funcional, verificando-se diferenças significativas ao nível do género nas sub-escalas *locomção* e *tarefas domésticas*, apresentando as mulheres uma pior adaptação em ambas as dimensões. Ao nível da adaptação emocional, os resultados comprovam a hipótese 1, apresentando as mulheres níveis de ansiedade e depressão mais elevados ao longo dos 3 momentos de avaliação. Em termos da hipótese 2, os dados obtidos corroboram-na globalmente. Verificou-se que as representações de doença influenciam a adaptação psicossocial à doença em várias dimensões, sendo a *representação emocional* o predictor mais significativo. No entanto, é importante assinalar que há padrões diferenciais de predição, segundo o momento de avaliação considerado. Ao nível da hipótese 3, os resultados encontrados confirmam a hipótese colocada para várias dimensões das representações de doença no sentido esperado. As mulheres apresentam representações de doença mais negativas nas sub-escalas *identidade*, *duração aguda crónica*, *controlo tratamento*, e *coerência da doença*. Finalmente, os dados obtidos na hipótese 4 confirmam parcialmente a hipótese testada. A ansiedade durante o internamento e na alta aparece como o predictor mais importante do estado emocional pós alta, assim como da adaptação funcional ao nível das emoções. As análises exploratórias efectuadas com variáveis clínicas revelam que *a dor no peito sentida anteriormente*, *a classe Killip*, e *o tempo de internamento* influenciam a adaptação psicossocial pós enfarte agudo do miocárdio, sendo de particular importância a sua identificação para promover a recuperação e a adaptação psicossocial em homens e mulheres. São discutidas as implicações destes dados para o desenvolvimento de estudos futuros e para a reabilitação cardíaca em Portugal. Estes dados piloto apontam para a necessidade de prestar atenção aos factores psicossociais na reabilitação cardíaca das mulheres pós enfarte agudo do miocárdio.

ABSTRACT

This study is part of a larger study financed by the Science and Technology Foundation, POCTI 35749/99, “*Psychosocial outcomes in rehabilitation following myocardial infarction in Scottish and Portuguese women: A cross-cultural comparison*”. This investigation was done in a sub-sample of the larger study and addresses the short term psychosocial adaptation to an acute myocardial infarction and some of the variables used in the study mentioned above. Therefore the main aim of this investigation is to evaluate the differences that exist at the gender level, in the short term psychosocial adaptation process in patients with acute myocardial infarction. This study was conducted in a Portuguese sample of patients with acute myocardial infarction, from two central hospitals in the northern region (N = 78; 46 men and 32 women). It is a cohort study, with a longitudinal and correlational/ differential design, being the patients evaluated at three moments: two days after the hospital admission; at discharge from hospital (about seven days after admission); and two weeks after the discharge. This study is guided by the following aims: to analyse the differences between men and women, in terms of the short term psychosocial adaptation post acute myocardial; to describe the illness representations in patients with acute myocardial infarction and to compare them at the level gender, at the three evaluation moments; to explore the role of several socio-demographic and clinical variables in the short term psychosocial adaptation; to use the obtained results to generate guidelines for short term cardiac rehabilitation, considering gender. The evaluation instruments used were selected and adapted into Portuguese in the context of the project financed by FCT. To evaluate the functional adaptation the *Sickness Impact Profile – SIP* was used; the *Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS* was used to evaluate emotional adaptation; the *Illness Perception Questionnaire Revised – IPQ-R* was used to evaluate illness representations. Given the fact that we have no knowledge of any studies done in our country regarding the evaluation of the psychometric characteristics of the HADS and SIP, and in spite of not being a major aim of this study the validation of these instruments, their psychometric characteristics in this sample are presented here. Four hypothesis were tested: Hypothesis 1 predicted significant differences at the gender level in the short term psychosocial adaptation after myocardial infarction, with women presenting more difficulties in adaptation than the men; Hypothesis 2 predicted that the short term psychosocial adaptation would be influenced by the illness representations; Hypothesis 3 predicted significant gender differences in the illness representations before and after

discharge from hospital, with women presenting more negative illness representations than men at the three moments; Hypothesis 4 expected that the psychosocial adaptation after discharge from hospital would be influenced by the levels of anxiety and depression before discharge from hospital. From the results obtained in hypothesis testing, we highlight the partial confirmation of Hypothesis 1 since significant gender differences were found for the sub-scales *ambulation and home management*, with women presenting worse adaptation in both dimensions. At the level of emotional adjustment, the results confirm Hypothesis 1, as women presented higher levels of anxiety and depression during the three moments of evaluation. Concerning Hypothesis 2, the data support this hypothesis globally indicating that the illness representations influence psychosocial adaptation to illness in several dimensions, being the emotional representation the most significant predictor. However, it is important to point out that there are differential patterns of prediction, according to the evaluation moment that is considered. Regarding Hypothesis 3, the results confirm the hypothesis for several dimensions of the illness representations in the expected direction. Women present more negative illness representations than men in the sub-scales *identity, duration, treatment control, and illness coherence*. Finally, the data obtained partially confirm Hypothesis 4. Anxiety during the hospital stay and at discharge from hospital appears as the most important predictor of the emotional status after discharge, as well as the functional adaptation at the emotion level. The exploratory analyses conducted with clinic variables reveal that *prior chest, class Killip, and the duration of the hospital stay* influence the psychosocial adaptation after the acute myocardial infarction, and their identification is important to promote the recovery and the psychosocial adaptation in men and women. The implications of these data are discussed in terms of the development of future studies and cardiac rehabilitation in Portugal. These pilot data point out the need to pay attention to psychosocial factors in cardiac rehabilitation of women after the acute myocardial infarction.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	26
1 AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	28
1.1 O Enfarte Agudo do Miocárdio	30
1.2 Diagnóstico e Tratamento Médico do Enfarte Agudo do Miocárdio	32
1.2.1 Procedimentos de Diagnóstico	32
1.2.2 Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio	33
2 FACTORES DE RISCO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	35
2.1 Factores de Risco Genético	36
2.1.1 A Idade	36
2.1.2 O Género	36
2.1.3 A Etnia	37
2.1.4 A História Familiar	37
2.2 Factores comportamentais e psicossociais	37
2.2.1 Factores comportamentais	38
2.2.1.1 A Hipertensão	38
2.2.1.2 A Diabetes	38
2.2.1.3 O Tabagismo	39
2.2.1.4 O Consumo de Álcool	39
2.2.1.5 Os Hábitos Alimentares	39
2.2.1.6 A Obesidade	40
2.2.1.7 O Sedentarismo / Actividade Física	40
2.2.2 Factores Psicossociais	42
2.2.2.1 O Stress	42

2.2.2.2	A Ansiedade	44
2.2.2.3	A Depressão	44
2.2.2.4	A Personalidade e o Padrão de Comportamento Tipo A	46
2.2.2.5	A Hostilidade	47
2.2.2.6	O Suporte Social e Isolamento Social	48
2.2.2.7	O Estatuto Sócio-económico	49
3	DOENÇAS CARDIOVASCULARES NAS MULHERES: VARIAÇÕES COM O GÉNERO	51
3.1	Diferenças Anátomo/fisiológicas	51
3.2	Dados Epidemiológicos	51
3.3	Estudos Realizados com Mulheres	53
3.4	Factores de Risco e Comportamentos de Saúde Associados às Mulheres e às Doenças Cardiovasculares	55
3.5	Factores Psicossociais de Risco	57
3.6	Diagnóstico e Tratamento	57
3.7	Prognóstico	59
4	ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL NO PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	61
4.1	Resposta Emocional ao Enfarte Agudo do Miocárdio	62
4.1.1	A Ansiedade	62
4.1.2	A Depressão	63
4.2	A Negação e o <i>Coping</i>	64
4.3	O Regresso ao Trabalho	65
4.4	O funcionamento Sexual	66
4.5	As Actividades Sociais e de Lazer	66

4.6 A Família	66
4.7 Diferenças no Género na Adaptação Psicossocial no pós Enfarte Agudo do Miocárdio	67
5 REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA E O ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	69
5.1 Definição e Modelos	69
5.2 Representações de doença no Enfarte Agudo do Miocárdio	73
6 A REABILITAÇÃO CARDÍACA PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	78
6.1 Programas de Reabilitação Cardíaca em Portugal	79
6.2 A Reabilitação Cardíaca numa Perspectiva Médica	80
6.3 A Reabilitação Cardíaca numa Perspectiva Biopsicossocial	81
6.4 Diferenças na Reabilitação Cardíaca com o Género	85
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	87
<i>CAPÍTULO I – METODOLOGIA</i>	89
1 OBJECTIVOS	90
2 HIPÓTESES	91
3 VARIÁVEIS ESTUDADAS	93
3.1 Variáveis Independentes	93
3.2 Variáveis Dependentes	93
3.3 Variáveis Sócio-demográficas	94
3.4 Variáveis Clínicas e Dados Clínicos	94
4 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	96
5 POPULAÇÃO E AMOSTRA	98

5.1	Caracterização Sócio-demográfica da Amostra	99
5.2	Caracterização Clínica da Amostra	102
6	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS	109
6.1	Questionário Sócio-demográfico	110
6.2	Questionário Clínico	110
6.3	Questionário de Dados Clínicos	110
6.4	Illness Perception Questionnaire - Revised	111
6.4.1	Versão Original	111
6.4.2	Características Psicométricas numa Amostra Portuguesa	115
6.4.2.1	Fidelidade	116
6.4.2.2	Fidelidade Teste-reteste	119
6.4.2.3	Validade	121
6.4.2.4	Validade Discriminante	122
6.5	Hospital Anxiety and Depression Scale	123
6.5.1	Versão Original	123
6.5.2	Características Psicométricas numa População Portuguesa	126
6.5.2.1	Fidelidade	126
6.5.2.2	Validade	128
6.6	Sickness Impact Profile	131
6.6.1	Versão Original	131
6.6.2	Características Psicométricas numa Amostra Portuguesa	135
6.6.2.1	Fidelidade	136
6.6.2.2	Validade	137
7	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	140

<i>CAPÍTULO II – RESULTADOS</i>	142
1 RESULTADOS DOS TESTES DE HIPÓTESES	143
1.1 Hipótese 1	143
1.2 Hipótese 2	147
1.2.1 Representações de doença (momento 1) como predictores da ansiedade (momento 1) no pós EAM	148
1.2.2 Representações de doença (momento 2) como predictores da ansiedade (momento 2) no pós EAM	150
1.2.3 Representações de doença (momento 3) como predictores da ansiedade (momento 3) no pós EAM	153
1.2.4 Representações de doença (momento 1) como predictores da depressão (momento 1) no pós EAM	154
1.2.5 Representações de doença (momento 2) como predictores da depressão (momento 2) no pós EAM	156
1.2.6 Representações de doença (momento 3) como predictores da depressão (momento 3) no pós EAM	158
1.2.7 Representações de doença (3 momentos) como predictores da adaptação funcional ao EAM (avaliado pelo SIP-Total)	160
1.2.8 Representações de doença (3 momentos) como predictores da funcionalidade ao nível da locomoção	162
1.2.9 Representações de doença (3 momentos) como predictores da funcionalidade ao nível da mobilidade	163
1.2.10 Representações de doença (3 momentos) como predictores da funcionalidade ao nível das tarefas domésticas	165

1.2.11	Representações de doença (3 momentos) como predictores da funcionalidade ao nível das actividades sociais _____	167
1.2.12	Representações de doença (3 momentos) como predictores da funcionalidade ao nível das emoções _____	168
1.2.13	Representações de doença (3 momentos) como predictores da funcionalidade ao nível do sono e repouso _____	170
1.3	Hipótese 3 _____	172
1.4	Hipótese 4 _____	177
1.4.1	Ansiedade pré alta como predictor da ansiedade pós alta _____	178
1.4.2	Depressão pré alta como predictor da depressão pós alta _____	179
1.4.3	Ansiedade pré alta (momentos 1 e 2) como predictor da adaptação funcional (avaliada pelo SIP) _____	179
1.4.4	Depressão pré alta (momentos 1 e 2) como predictor da adaptação funcional (avaliada pelo SIP) _____	182
1.5	Análises Exploratórias _____	184
1.5.1	Género e Dores no Peito Sentidas Anteriormente _____	184
1.5.2	Género e Modelos da Doença _____	185
1.5.3	Género e Classe <i>Killip</i> _____	185
1.5.4	Género e Duração do Internamento _____	186

CAPÍTULO III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS _____ 188

1	Hipótese 1 _____	190
2	Hipótese 2 _____	194
3	Hipótese 3 _____	200
4	Hipótese 4 _____	203

5	Análises Exploratórias _____	205
5.1	Género e Dores no Peito Sentidas Anteriormente _____	205
5.2	Género e Modelos da Doença _____	205
5.3	Género e Classe <i>Killip</i> _____	206
5.4	Género e Duração do Internamento _____	206
 <i>CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO</i> _____		208
1	SUMARIZAÇÃO DOS RESULTADOS _____	209
2	LIMITAÇÕES DO ESTUDO _____	212
3	SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS _____	214
4	CONCLUSÃO _____	216
 <i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> _____		220
 <i>LISTA DE QUADROS</i>		
Quadro 1: Principais características sócio-demográficas da amostra por género:		
	Homens (n= 46) e Mulheres (n=32) _____	100
Quadro 2: Principais características clínicas da amostra por Género: Homens		
	(n=46) e Mulheres (n=32) _____	103
Quadro 3: Principais características clínicas da amostra (N=78) por género,		
relativamente a factores de risco, aspectos clínicos e evolução clínica: Homens		
	(n=46) e Mulheres (n=32) _____	106
Quadro 4: Resultados das análises de consistência interna das sub-escalas do IPQ-		
	R (N=78) _____	117

Quadro 5: Resultados das análises de consistência interna das sub-escalas do IPQ-R sem os itens 2 e 31 (N=78)	118
Quadro 6: Resultados relativos à Fidelidade teste-reteste do IPQ-R (N=78)	119
Quadro 7: Matriz de correlações entre as dimensões do IPQ-R	121
Quadro 8: Correlações de <i>Pearson</i> entre as dimensões do IPQ-R e as dimensões do HADS	122
Quadro 9: Resultados das análises de consistência interna do HADS – A (Ansiedade) (N=78)	127
Quadro 10: Resultados das análises de consistência interna do HADS – D (depressão) (N=78)	127
Quadro 11: Resultados das análises de consistência interna do HADS –Total (N=78)	128
Quadro 12: Estrutura factorial do <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS), versão experimental (N=78)	129
Quadro 13: Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> entre as sub-escalas do HADS (N=78)	130
Quadro 14: Sub-escalas e respectivo número de itens do SIP utilizado neste estudo	135
Quadro 15: Coeficientes de Consistência Interna de <i>Cronbach</i> das sub-escalas do SIP (N=78)	136
Quadro 16: Estrutura factorial do <i>Sickness Impact Profile</i> , versão experimental (N=78)	137
Quadro 17: Matriz de correlações entre as dimensões do SIP (N=78)	138

Quadro 18: Resultados das análises de variância (Ancovas para o SIP-Total e Mancovas para as sub-escalas) referentes ao <i>Sickness Impact Profile</i> em função do género, considerando a idade como covariante (N=78)	144
Quadro 19: Médias referentes à ansiedade nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)	145
Quadro 20: Médias referentes à depressão nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)	145
Quadro 21: Médias e desvios padrão referentes à depressão (nos 3 momentos de avaliação) em função da idade categorizada (< 60 anos e ≥ 60 anos) (N=78)	146
Quadro 22: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 1) como predictores da ansiedade (momento 1) (N=78)	149
Quadro 23: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 2) como predictores da ansiedade (momento 2) (N=78)	151
Quadro 24: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 3) como predictores da ansiedade (momento 3) (N=78)	153
Quadro 25: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 1) como predictores da depressão (momento 1) (N=78)	155

Quadro 26: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 2) como predictores da depressão (momento 2) (N=78) _____	157
Quadro 27: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 3) como predictores da depressão (momento 3) (N=78) _____	159
Quadro 28: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictoras da adaptação psicossocial à doença às 2 semanas (avaliada pelo SIP-Total do <i>Sickness Impact Profile</i>) (N=78) _____	161
Quadro 29: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictores da locomoção às 2 semanas (N=78) _____	162
Quadro 30: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictores da mobilidade às 2 semanas (N=78) _____	164
Quadro 31: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictores das tarefas domésticas às 2 semanas (N=78) _____	166
Quadro 32: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictores das actividades sociais às 2 semanas (N=78) _____	167
Quadro 33: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictores das emoções às 2 semanas (N=78) _____	169

Quadro 34: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictores do sono e repouso às 2 semanas (N=78)	170
Quadro 35: Médias referentes à identidade nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)	173
Quadro 36: Médias referentes à duração aguda/crónica nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)	173
Quadro 37: Médias referentes às consequências nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)	174
Quadro 38: Médias referentes ao controlo pessoal nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)	175
Quadro 39: Médias referentes ao controlo tratamento nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)	175
Quadro 40: Médias referentes à coerência da doença nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)	176
Quadro 41: Médias referentes à duração cíclica nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)	176

Quadro 42: Médias referentes à representação emocional nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78) _____177

Quadro 43: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a ansiedade (momentos 1 e 2) como predictores da ansiedade (momento 3) (N=78) _____178

Quadro 44: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a depressão (momentos 1 e 2) como predictores da depressão (momento 3) (N=78) _____179

Quadro 45: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a ansiedade (momento 1) como predictor das sub-escalas do SIP às 2 semanas (N=78) _____180

Quadro 46: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a ansiedade (momento 2) como predictor das sub-escalas do SIP às 2 semanas (N=78)___181

Quadro 47: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a depressão (momento 1) como predictor das sub-escalas do SIP às 2 semanas (N=78)___182

Quadro 48: Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a depressão (momento 2) como predictor das sub-escalas do SIP às 2 semanas (N=78)_____183

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Valores médios referentes à duração aguda/crónica nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)_____174

ANEXOS _____253

Anexo I – Pedido de autorização para a investigação

Anexo II – Folhas de rosto dos instrumentos de investigação

INTRODUÇÃO

“ «Adeus» disse a raposa. «Vou-te contar o tal segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração; o que é essencial é invisível para os olhos». «O que é essencial é invisível para os olhos», repetiu o Pequeno Príncipe, para nunca mais se esquecer”. (Antoine de Saint-Exupéry, 1943, pp. 74).

Esta citação de Exupéry, escolhida para ponto de partida deste trabalho, tem ressonância nas sociedades Ocidentais onde o coração representa o lado afectivo do ser humano, e simboliza o epicentro de sentimentos e emoções. Os ditados populares “ter um grande coração”, “coração de manteiga”, “ter o coração nas mãos”, “coração de pedra”, entre outros, ilustram de forma clara esta ideia. Zambrano (1993) “*lamentava que a civilização dita Ocidental tivesse escolhido para sua assimetria, a metáfora da visão, indagando porque não se alicerçara ela na metáfora do ouvir: sobretudo na de ouvir o coração, coração esse, metáfora de entranhas ainda mais profundas onde se arcabouça o ser e encarna o mundo e o indivíduo*” (cit. por Cardoso, 1998, p. III).

Estas noções são pertinentes para este trabalho, no qual se pretende realizar uma abordagem biopsicossocial sobre o enfarte agudo do miocárdio (EAM), tendo em consideração as diferenças ao nível do género nos processos de desenvolvimento, manutenção, reabilitação e adaptação ao EAM.

Durante o último século nos países industrializados, emergiu uma mudança acentuada nos padrões de morbidade e mortalidade, provocada pelas doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, cancro e SIDA. Se as doenças infecciosas e parasitárias dominaram o panorama da saúde até meados do Século XX, as doenças crónicas e degenerativas assumiram uma maior relevância na sociedade contemporânea. Apesar dos progressos tecnológicos na área da medicina terem permitido um aumento na esperança média de vida nos países mais industrializados, de 40/45 anos no início do século, a aproximadamente 75 anos na actualidade (Zarco, 1996), as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade e mortalidade nos homens com mais de 40 anos e nas mulheres acima dos 60 anos (Orth-Gomér, 1996).

Em Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos, as doenças cardiovasculares são extremamente prevalentes sendo responsáveis por importantes déficits funcionais que se manifestam ao nível físico e psicossocial. De acordo com Araújo

& McIntyre (1997), as implicações das doenças cardiovasculares são diversas constituindo uma das principais causas de hospitalização, diminuição ou perda de produtividade e de reforma antecipada, com conseqüente elevação dos custos com os cuidados de saúde.

Tendo em consideração o peso que as doenças das artérias coronárias, nomeadamente o EAM, representam no panorama global da saúde e porque a presença dos factores de risco clássicos como a hipercolesterolemia, o tabagismo, a hipertensão ou a diabetes não explicam em mais de 50% a probabilidade de desenvolver esta doença, emergiu a necessidade na comunidade científica nos anos mais recentes de identificar outros factores que estejam associados ao EAM e às doenças cardiovasculares em geral.

O corpo de investigação actual existente nesta área reconhece que os factores de risco relacionados com as doenças das artérias coronárias são multifactoriais, dividindo-se em duas categorias: *não modificáveis e modificáveis* (Gatchel, Baum & Krantz, 1989). De entre os *não modificáveis* destacam-se a idade, o género, a etnia e a história familiar. Os factores de risco *modificáveis* englobam a hipertensão, a diabetes, a hipercolesterolemia e factores comportamentais e psicossociais como os hábitos alimentares inadequados, a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, o álcool, o *stress*, a ansiedade, a depressão, a personalidade e o padrão de comportamento tipo A, a hostilidade, o suporte e o isolamento social, e o estatuto sócio-económico. De notar que a hipertensão, a diabetes e a hipercolesterolemia são patologias que se encontram grandemente associadas com estilos de vida e comportamentos inadequados, sendo por esse motivo controláveis. De acordo com Rozanski, Blumenthal & Kaplan (1999), uma associação entre os factores de risco pode ter uma acção sinérgica, sendo o prognóstico mais reservado conforme o número e o tipo de factores de risco a que a pessoa possa estar sujeita.

Subjacente à investigação realizada neste domínio sobressai um modelo compreensivo e holístico proposto por Engel (1977), no qual a saúde e a doença são processos dinâmicos, determinados por uma multicausalidade. Os factores biológicos, psicológicos e sociais devem ser considerados na prevenção, etiologia, diagnóstico, manutenção e reabilitação da doença. Esta abordagem ilustra o modelo Biopsicossocial que constitui a fundamentação para a ciência e prática da Psicologia da Saúde (McIntyre, 1994). A Psicologia da Saúde enfatiza a importância dos factores psicológicos na etiologia, progressão e conseqüências da saúde e da doença, em que as crenças, as emoções e os comportamentos desempenham um importante papel nestes fenómenos.

Tomando em consideração os pressupostos anteriormente mencionados, Smith & Anderson (1986) definiram o modelo biopsicossocial da doença coronária que integra as

interacções entre a fisiologia, o comportamento, a personalidade e o meio ambiente. Outras denominações tem surgido neste domínio como a *Psicocardiologia* (Nunes, 1989), que procura entender as relações entre as doenças das artérias coronárias e os factores psicossociais e comportamentais, e a *Psicologia cardíaca*, que pode ser definida como “*um ramo da psicologia da saúde que identifica factores de risco psicossociais para o desenvolvimento e manutenção das doenças cardiovasculares e as consequências psicológicas da doença cardíaca*” (cit. por Fisher, 1996, p. 125). A aplicação prática destas áreas baseia-se num esforço multidisciplinar integrado, na tentativa de prevenir ou minimizar complicações médicas e psicológicas severas das doenças cardíacas e promover uma melhor adaptação à doença e ao tratamento, assim como, uma melhor qualidade de vida nos doentes com patologia cardíaca.

Apesar de nos anos mais recentes a probabilidade de sobrevivência a um EAM ser mais elevada, o progresso alcançado nos programas de prevenção, compreensão e melhoria na fase de reabilitação do EAM permanecem ainda insuficientes. De acordo com Petrie & Weinman (1997), durante a fase de reabilitação, os problemas que os doentes apresentam face à alteração dos estilos de vida, adopção de comportamentos de saúde e regresso ao trabalho, podem ser mais debilitantes que os próprios efeitos físicos do EAM. Diversos estudos demonstram que após a ocorrência de um EAM a co-morbilidade psicológica é uma característica comum que se encontra presente (Dennolet & Brutsaert, 1998; Moser & Dracup, 1996). De acordo com Bueno (1996), os doentes apresentam índices elevados de perturbações emocionais, sintomas somáticos e dificuldades de reintegração ao nível das actividades sociais, familiares, profissionais e no funcionamento sexual.

Em relação aos factores psicossociais de risco, a literatura científica mais recente salienta o papel dos factores psicológicos, nomeadamente as percepções ou representações de doença, na adaptação e reabilitação do EAM (Figueiras, 1999; Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002; Petrie, Cameron, Ellis, Buick & Weinman, 2002, Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996). As representações de doença podem ser definidas como as ideias idiossincráticas que as pessoas têm, sobre as suas doenças (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980), e assentam em cinco dimensões cognitivas: identidade, causas, duração, consequências, e cura ou controlo da doença (Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996). Como referido atrás, diversos estudos salientaram a importância das percepções da doença nos pacientes com EAM e a sua influência em diversos aspectos da reabilitação cardíaca. Os resultados sugerem a necessidade de identificar numa fase precoce as percepções de doença, de forma

a otimizar os resultados da reabilitação cardíaca e promover uma melhor adaptação psicossocial no pós EAM.

Também os factores emocionais, como a ansiedade e depressão, se encontram associados com a manifestação da doença cardíaca e com a morbilidade e mortalidade (Kubzansky et al., 1997). Tem-se constatado recentemente que a depressão após um EAM constitui um factor de risco independente para a morbilidade e reduzida qualidade de vida (Frasure-Smith et al., 1995). Paralelamente níveis elevados de ansiedade após um EAM constituem um factor significativo de mortalidade (Thomas et al., 1997) e do aumento de complicações clínicas (Moser & Dracup, 1996).

Os mecanismos fisiológicos da relação entre as emoções e a doença encontram-se bem documentados na literatura, nomeadamente no que concerne às respostas psicofisiológicas e às doenças das artérias coronárias. A conexão entre o cérebro e o coração foi descrita sucintamente por Ornish (1990) segundo o qual, a activação do sistema nervoso simpático num modo de “*fight or flight*” como resposta a diversos estímulos, produz um efeito profundo e nefasto nos vasos sanguíneos, incluindo as artérias coronárias, pulmões, metabolismo e cérebro.

Em termos de género, a investigação nas DAC tem demonstrado a existência de diferenças entre homens e mulheres, no que diz respeito aos processos de doença, aspectos clínicos, reabilitação, adaptação psicossocial e prognóstico (Mendelsohn & Karas, 1999; Mosca et al., 1997). É reconhecido que em termos de idade, as mulheres que apresentam os primeiros sintomas de doença coronária são cerca de 10 anos mais velhas do que os homens (Mosca et al., 1997; Wenger et al., 1993). Em termos de apresentação das DAC, inicialmente a angina de peito é o principal quadro clínico nas mulheres, enquanto que nos homens é o EAM e a morte súbita cardíaca (Lerner & Kannel, 1986). Outras diferenças ao nível do género em termos do EAM, estão descritas na literatura, nomeadamente as mulheres apresentam uma menor utilização de terapia trombolítica e cirúrgica (Marrugat, et al., 2001; Redman, 1999), maiores níveis de perturbações afectivas (Frasure-Smith et al., 1999) e psicossociais após o EAM (Downing & Littman, 1994; Thoreson & Low, 1994), índices mais elevados de mortalidade (Chandra et al., 1998; Hanratty et al., 2000; Marrugat et al., 2001) e menor participação em programas de reabilitação cardíaca (Knox & Czajkowski, 1997; Thomas et al., 1996).

Este trabalho pretende colmatar algumas das lacunas existentes, ao estudar o impacto do EAM numa população portuguesa. Mais especificamente, este estudo visa investigar as diferenças ao nível do género, do papel dos factores emocionais como a

ansiedade e a depressão, e cognitivos (representações de doença), na adaptação psicossocial a curto prazo no pós EAM. Como mencionado anteriormente, diversos estudos realizados estabelecem uma associação entre os factores emocionais, as representações de doença e a adaptação psicossocial ao EAM. Contudo, a maioria destes estudos são longitudinais (a médio e longo prazo) e as amostras são constituídas apenas por homens ou então, as mulheres estão sub-representadas (ênfase no modelo masculino). É actualmente reconhecido que uma avaliação precoce dos aspectos emocionais e das representações de doença, são importantes determinantes da adaptação psicossocial ao EAM. Em Portugal existe uma falta de investigação nesta área. Este estudo é pertinente para a realidade portuguesa, na medida em que poderá servir de base empírica para estudos posteriores, e enfatiza a necessidade de uma abordagem biopsicossocial na reabilitação pós EAM e simultaneamente salienta a importância da necessidade de adequar os serviços de saúde à realidade portuguesa e ao modelo feminino.

Como objectivo primordial pretende-se contribuir com dados pertinentes para a implementação de futuros programas de intervenção e reabilitação cardíaca para a promoção de uma melhor adaptação psicossocial à doença, tendo em consideração as diferenças ao nível do género. Também constitui um nosso objectivo, a produção de alguns dados de referência nesta população, para alguns instrumentos de avaliação psicológica, nomeadamente ao nível da ansiedade e depressão, representações de doença e adaptação psicossocial a curto prazo.

O presente trabalho faz parte de um estudo mais global, intitulado “*Psychosocial outcomes in rehabilitation following myocardial infarction in Scottish and Portuguese women: A cross-cultural comparison*” levado a cabo pelo Departamento de Psicologia da Universidade do Minho e financiado pela FCT com o n.º 35749/99.

Ao nível estrutural, este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira apresentamos uma revisão da literatura científica sobre o tema e, na segunda, a investigação empírica realizada.

Parte I

Capítulo I – Enquadramento Teórico

Neste capítulo, procede-se a uma revisão da literatura sobre os aspectos relacionados com o enfarte agudo do miocárdio (EAM), e que se consideram essenciais para a compreensão do estudo realizado. Num primeiro momento é apresentado um enquadramento teórico sobre as doenças cardiovasculares e mais especificamente sobre o EAM, o diagnóstico e tratamento médico da doença e dos factores de risco associados ao EAM (genéticos, comportamentais e psicossociais).

Num segundo momento a ênfase é colocada no EAM nas mulheres, sendo apresentadas algumas diferenças relativamente aos homens, nomeadamente ao nível anatómico e fisiológico, epidemiológico, estudos realizados, factores de risco e comportamentos de saúde/doença, diagnóstico e tratamento, bem como o prognóstico.

Uma terceira componente procura salientar alguns aspectos relacionados com o impacto do EAM e a adaptação psicossocial à doença, nomeadamente ao nível das emoções, regresso ao trabalho, funcionamento sexual, actividades sociais e de lazer, e família.

Num quarto momento são abordadas as representações de doença, o *coping* com a doença, e a importância das representações de doença no EAM e na adaptação psicossocial.

Por último, serão abordadas as questões relacionadas com a reabilitação cardíaca, tendo em consideração as perspectivas médica e biopsicossocial.

1 AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares (DCV) ou também chamadas doenças do aparelho circulatório (DAC), constituem actualmente as principais causas de morte, em homens e mulheres, nos países industrializados ocidentais (Steptoe & Wardle, 1992; The International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease, 1998; American Heart Association, 2002). Como já referido anteriormente, as implicações clínicas destas doenças são responsáveis, sobretudo nas faixas etárias mais altas, por um número elevado de hospitalizações e de incapacidades ao nível individual e social, com um conseqüente aumento de custos ao nível dos cuidados de saúde (Araújo & McIntyre, 1997). São também uma das maiores causas de reforma antecipada, levando a uma subsequente menor produtividade e a um aumento de custos para a sociedade (Cooley, 1996; Marmot & Feeney, 1996).

Apesar de as DCV estarem conotadas com as idades mais avançadas, de acordo com a *American Heart Association* (2002), aproximadamente 50% dos diagnósticos e 15% das mortes por DCV, acontecem em pessoas com idade inferior a 65 anos. Contrariamente à crença de que as doenças cardíacas afectam apenas os homens, cerca de metade das mortes por doença das artérias coronárias ocorrem em mulheres. Nos Estados Unidos, segundo Cooley (1996), os óbitos por DCV nas mulheres é duas vezes superior aos ocorridos por neoplasia.

Em Portugal as DCV continuam a ser a principal causa de mortalidade (Instituto Nacional de Estatística, 2002). Tendo em consideração os dados do mesmo Instituto, no ano de 2000 verificaram-se em Portugal um total de 105813 óbitos por todas as causas, registando-se um decréscimo de 2.3%, relativamente a 1999. As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 40994 óbitos (38.7%) do total de óbitos. A segunda causa de morte, os tumores malignos, foram responsáveis por 21461 (20.2%) dos óbitos. Comparativamente ao ano de 1999 em que cerca de 41998 óbitos (38% da mortalidade total) foram provocadas por doenças do aparelho circulatório, houve um decréscimo de cerca de 2%. No ano de 1999, as doenças cerebrovasculares e as doenças isquémicas cardíacas, foram responsáveis por respectivamente 21617 (19.9%) e 9195 (8.5%) óbitos da mortalidade total (Direcção Geral de Saúde, 2001). Segundo os dados da Direcção Geral de Saúde (1999), no ano de 1998, 55.5% dos homens e 44.5% das mulheres morreram por doença isquémica cardíaca. Nesse ano, no grupo etário dos 45 aos 54 anos, os homens tiveram cerca de 6 vezes mais doença isquémica coronária do que as mulheres. Esta diferença atenuou-se com a idade, sendo que dos 55 aos 64 anos a percentagem foi 2 a 3 vezes maior; dos 65 aos 74

foi 2 vezes superior, e acima dos 75 anos, as mulheres passaram a apresentar um maior número de mortes por esta doença.

De acordo com o mesmo Instituto, em “Estimativas da população residente (2000)”, a população em Portugal está a envelhecer, na medida em que tem havido uma redução da natalidade e uma diminuição da mortalidade. A população idosa passou de 11.3% em 1981, para 15.3% em 1999. Com o contínuo aumento da população de idade mais elevada é previsível um correspondente aumento da incidência das DCV, havendo por esse motivo necessidade de pensar nas DCV como um importante problema de saúde pública.

A mortalidade por esta doença também apresenta diferenças relacionadas com a etnia. Por exemplo, o seu valor mais elevado nos Afro-Americanos, está relacionado com uma maior prevalência da hipertensão essencial, especialmente nos adultos. Estes dados são corroborados pela *American Heart Association* (1996) salientando-se que no ano de 1993, a mortalidade por doenças cardiovasculares nos homens Afro-Americanos foi 47.4% maior do que nos Caucasianos. De igual forma, nas mulheres Afro-Americanas foi 69.1% mais elevada do que nas de etnia branca.

As doenças cardiovasculares englobam um conjunto de patologias descritas no Capítulo VII da 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), como as doenças cardíacas coronárias (doença das artérias coronárias, doença isquémica cardíaca), doenças cerebrovasculares, hipertensão, doença reumática cardíaca, doença cardíaca congestiva e doença arterial periférica.

As doenças cardíacas coronárias (DCC) ou também denominadas doenças isquémicas cardíacas (DIC) manifestam-se principalmente através de três síndromas clínicos: a angina de peito, o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a morte súbita cardíaca. Estas doenças são quase sempre resultado da aterosclerose, que é um processo de deposição nas paredes das artérias coronárias (endotélio) de gorduras (colesterol e seus derivados), células musculares, tecido fibroso e “rolhões” de plaquetas. Este processo provoca a constrição ou oclusão das artérias e impede a irrigação sanguínea do coração, com o consequente desequilíbrio entre as necessidades do músculo miocárdio e o suprimento de oxigénio e nutrientes (Scheidt, 1996). Geralmente, a doença surge quando existe uma estenose (superior a 70% do lúmen) de pelo menos uma das três principais artérias coronárias (artéria coronária direita, a descendente anterior e a circunflexa). A aterosclerose não é apenas motivada por um único agente, mas por um conjunto de factores de risco, como os biológicos, comportamentais ou psicossociais, que combinam de uma forma sinérgica

para o seu aparecimento e manutenção (Allan, 1996). A aterosclerose começa a desenvolver-se na infância (Bishop, 1994).

A angina de peito manifesta-se por um desconforto no peito ou áreas próximas, associada a isquémia ou disfunção do miocárdio, mas sem necrose do mesmo. Num primeiro episódio, a angina provoca sintomatologia idêntica ao EAM. A actividade física ou uma activação emocional podem provocar a angina de peito, pois requerem um maior fluxo sanguíneo. Em 90% dos óbitos por morte súbita cardíaca verifica-se que existiam placas de aterosclerose em pelo menos duas das principais artérias coronárias (Bellg, 1998). No EAM, devido a uma oclusão total de uma artéria coronária que conduz a uma falta de irrigação sanguínea, surge necrose da zona cardíaca não irrigada.

1.1 O Enfarte Agudo do Miocárdio

O coração é um músculo que tem como função principal impulsionar o sangue por todo o organismo, através dos vasos sanguíneos, transportando o oxigénio aos tecidos. Como qualquer outro músculo, o coração também necessita de oxigénio e nutrientes. É irrigado através de duas artérias principais: a artéria coronária direita e a esquerda. Por sua vez, a artéria coronária esquerda, subdivide-se em duas artérias secundárias, que são a artéria descendente anterior e a artéria circunflexa (Oliveró & Güell, 1990). Quando as artérias coronárias ficam com o lúmen mais estreito ou ocluídas, a irrigação sanguínea é insuficiente e o resultado é o aparecimento de doença das artérias coronárias – a angina de peito. Quando existe a oclusão completa e prolongada de uma artéria coronária, surge o EAM.

Como constatámos anteriormente, o termo EAM significa aparecimento de “zona de necrose” ou de morte de tecidos no músculo cardíaco, motivado por ausência de irrigação sanguínea e conseqüente falta de oxigénio. A gravidade de um EAM depende da sua localização e extensão, que por sua vez interferem na severidade dos sintomas, bem como no tipo de complicações que podem advir (arritmias, insuficiência cardíaca, choque cardiogénico). Na maior parte dos casos, a causa principal do EAM relaciona-se com o processo aterosclerótico.

Durante a fase aguda do EAM, a maioria dos doentes apresenta sintomatologia somática e psicológica típica, que geralmente compreende (American Heart Association, 1996; Legato, Padus & Slaughter, 1997):

- Uma pressão desconfortável, aperto ou dor no centro do peito, que desaparece e pode regressar;

- Dor que irradia pelos ombros, pescoço, maxilares e braço esquerdo;
- Dor na zona epigástrica, confundindo-se muitas vezes com uma indigestão;
- Elevação da tensão arterial nos minutos iniciais;
- Fraqueza, febre, palidez facial, transpiração abundante e fria, náusea e dispneia;
- Medo de morrer e agitação, que produzem uma intranquilidade característica nestes doentes.
- No entanto, apesar de por vezes o diagnóstico ser efectuado de uma forma causal, o sintoma predominante no EAM, é a dor, que é comum em homens e mulheres. Contudo, na mulher pode ter uma distribuição diferente, não se centrando apenas na área subesternal e braços, como acontece frequentemente nos homens, podendo irradiar para o alto abdómen, ombros e pescoço. Outros sintomas, como a náusea e a dispneia são sintomas mais frequentes em mulheres.

Segundo a *The International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease* (1998), o facto de o número de mortes por EAM estar a diminuir paulatinamente nos últimos anos na Europa Ocidental, Estados Unidos e Austrália, contrasta com outros países da Europa de Leste e países em vias de desenvolvimento, nos quais se tem verificado um aumento da mortalidade por esta doença. Associada a esta diminuição da mortalidade do EAM nos países mais desenvolvidos, está o facto de nas últimas três décadas ter existido uma grande preocupação da comunidade científica e política no desenvolvimento de novas políticas de saúde, metodologias e tecnologias, para uma melhor prestação de cuidados precoces ao indivíduo vítima de EAM. Nos anos 60/70, surgiram as Unidades de Cuidados Intensivos Coronários (UCICs), novos tipos de medicação mais eficazes (trombolíticos, betabloqueantes, inibidores da enzima de conversão da angiotensina) e novas técnicas cirúrgicas que permitiram poupar vidas humanas (Orth-Gomér, 1996). De acordo com Fowles (1996), os avanços tecnológicos ao nível do diagnóstico, farmacologia e cirurgia, permitiram nos últimos anos, reduzir os índices de mortalidade intra-hospitalar, de 30 para 7%.

Apesar de todos os progressos alcançados ao nível da redução da mortalidade provocada pelo EAM, a abordagem biomédica apresenta um carácter remediativo, direccionando-se para os cuidados secundários e terciários, provocando deste modo elevados custos económicos directos, em termos de cuidados de saúde, e indirectos, para o indivíduo, família e sociedade. Com o reconhecimento nos anos 70 de que os estilos de

vida das pessoas eram factores adjuvantes do desenvolvimento, manutenção e evolução das DCV, diversos estudos e investigações foram produzidas para evitar ou reduzir os custos relacionados com a doença, através de estratégias de promoção da saúde, educação para a saúde e adopção de comportamentos saudáveis. Existe evidência na literatura científica de que os factores psicossociais e comportamentos de saúde desempenham um papel crucial na etiologia, prevenção, diagnóstico e prognóstico do EAM e que existem diferenças relativamente ao género, no que concerne ao tratamento e recuperação do EAM (Bueno, 1996; Hanratty et al., 2000; Kubzansky et al., 1997; Mendelsohn & Karas, 1999; Mosca et al., 1997; O'Farrell et al., 2000; Petrie & Weinman, 1997; Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999).

1.2 Diagnóstico e Tratamento Médico do Enfarte Agudo do Miocárdio

1.2.1 Procedimentos de Diagnóstico

Após o início dos sintomas, a intervenção precoce de cuidados de saúde constitui o passo primordial para o diagnóstico e tratamento do EAM, na medida em que o factor tempo é directamente proporcional à extensão do dano no músculo cardíaco. O diagnóstico do EAM é muitas vezes realizado no exterior do hospital, nomeadamente na urgência dos cuidados primários de saúde, médico de família ou no consultório privado. Outras vezes, o diagnóstico é realizado no próprio hospital, quando os doentes recorrem directamente à urgência hospitalar.

Quando existe suspeita de que um doente tem um EAM, para além da avaliação cuidadosa da história médica e exame físico, os profissionais de saúde dispõem actualmente de exames complementares de diagnóstico, que lhes permitem confirmar ou infirmar essa doença. São exemplos destes, o electrocardiograma e os exames analíticos [enzimas Creatina-Fosfoquinase (CPK; CPK-MB); Lactodesidrogenasa (LDH); Transaminase Glutâmico-Oxalacética (GOT), velocidade de sedimentação, níveis séricos de electrólitos, número dos leucócitos] (Oliveró & Güell, 1994; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 1995).

Após a avaliação clínica e realização de exames no serviço de urgência, o doente com EAM é encaminhado para uma unidade hospitalar mais especializada (Unidade de Cuidados Intensivos coronários – UCIP), onde vai ser sujeito a diversos tratamentos, a uma monitorização do funcionamento cardíaco, outro tipo de análises clínicas e repetição dos exames analíticos efectuados anteriormente. Dois importantes aspectos clínicos são necessários serem avaliados com urgência após um EAM: a extensão do músculo miocárdico afectado e a disfunção ventricular esquerda. Uma das consequências do EAM é

a falência cardíaca severa ou o choque cardiogénico. Uma classificação grandemente utilizada para avaliar estes aspectos é a de *Killip*, que se baseia num exame clínico e radiográfico dos pacientes, permitindo determinar a severidade e prognóstico (Millane et al., 2000). De acordo com Killip & Kimball (1967), esta classificação é dividida em 4 classes, aumentando crescentemente de gravidade: na classe I não existem sinais de falência cardíaca; na II existe alguma evidência de tal complicação; na III verifica-se edema pulmonar; e na classe IV verifica-se o choque cardiogénico (caracteriza-se por pressão sistólica abaixo dos 90mm/Hg, oligúria e bradicardia). Apesar de ter sido desenvolvida antes do tratamento trombolítico ou da revascularização, esta classificação permanece uma orientação útil para estratégias de tratamento nos pacientes com EAM.

Para além dos aspectos clínicos, no diagnóstico do EAM, os profissionais devem identificar alguns factores de risco que podem estar na origem e manutenção da doença, como a hiperlipidemia, obesidade, níveis de colesterol elevados, história de hipertensão, consumo de tabaco e álcool, sedentarismo, diabetes *mellitus*, factores hematológicos, idade, género e história familiar de doença coronária.

1.2.2 Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio

Este tipo de patologia requer estratégias de intervenção urgentes, tendo em vista a melhoria dos sintomas e do prognóstico. O tratamento farmacológico, geralmente, consiste na administração de agentes trombolíticos (eg. Estreptoquinase, uroquinase e factor activador do plasminogénico) para dissolver os coágulos que obstruem as artérias coronárias. Com o intuito de melhorar a função ventricular e promover a recuperação do tecido cardíaco, são utilizados vasodilatadores como os nitratos, betabloqueantes e inibidores da enzima de conversão da angiotensina. A aspirina, a heparina e o varfine são anticoagulantes que permitem reduzir os mecanismos de coagulação e estabilizar as plaquetas sanguíneas, diminuindo a probabilidade de novo EAM.

Quando o quadro clínico está estabilizado, o doente é transferido para unidades clínicas menos diferenciadas (unidade de cuidados intermédia do serviço de cardiologia). Mediante a aplicação de protocolos clínicos institucionais (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 1995; Flapan, 1994) podem ser realizados outros exames complementares de diagnóstico (ecocardiograma, radiografia do tórax, a prova de esforço, gamagrafia cardíaca, angiografia radionucleica, tomografia pela emissão de positrões (PET), ressonância magnética, cateterismo cardíaco) e tratamento cirúrgico, (angioplastia coronária transluminal percutânea [*Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty* (PTCA)], bypass da artéria coronária [*Coronary*

Artery Bypass Graft Surgery (CABG)]). O cateterismo cardíaco, a PTCA e a CABG podem ser realizados durante o internamento hospitalar ou após a alta hospitalar.

A altura da alta hospitalar depende da estabilização do quadro clínico dos doentes. O tipo de tratamento destes doentes depende da gravidade do EAM, e da história clínica anterior. Em muitos dos casos, o EAM pode ser controlado somente com mudanças no estilo de vida e fármacos. Noutros casos, pode ser necessário um procedimento cirúrgico (PTCA; CABG). Em qualquer das situações e uma vez estabelecida a doença coronária, é necessário um controlo e acompanhamento médico, durante toda a vida. A alteração de hábitos de vida, mesmo tendo em consideração os avanços tecnológicos no tratamento do EAM, continua a ser uma das medidas mais efectivas para controlar e/ou diminuir a progressão da doença. Geralmente, a alteração de hábitos de vida engloba mudanças alimentares, perda de peso, promoção de actividade física e deixar de fumar.

2 FACTORES DE RISCO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Diversos estudos epidemiológicos, como o *Multiple Risk Factor Intervention Trial* (1979) e o *Alameda County Study* (1987), permitiram a identificação de uma variedade de factores de risco para as doenças coronárias e acidentes vasculares cerebrais. O foco da investigação mais recente foi direccionado para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para prevenir e controlar esses factores de risco, reduzindo a prevalência e incidência destas doenças, bem como as incapacidades e mortes (Healthy People 2010, 1999).

De acordo com Weiss, Anderson & Weiss (1991), reconhecem-se actualmente a existência de múltiplos factores no desenvolvimento, manutenção e recuperação das doenças cardiovasculares, nomeadamente os genéticos, fisiológicos, bioquímicos, ambientais, comportamentais e psicossociais. Como o comportamento humano é definido como uma interacção do indivíduo com o meio, torna-se importante averiguar a relação entre as doenças coronárias e os factores psicossociais e comportamentais. Segundo Odgen (1999), a investigação produzida nesta área demonstra que grande parte dos factores de risco é de natureza psicossocial e comportamental.

A forma como os factores psicossociais influenciam o sistema cardiovascular, relaciona-se com alterações fisiológicas produzidas a nível cerebral e que são transmitidas através dos sistemas hormonais, vagais e simpáticos para o resto do corpo (Knox & Czajrowski, 1997). A nível comportamental, os comportamentos de risco tais como fumar, dieta inadequada e falta de exercício físico, aumentam a probabilidade de desenvolver DCV. Ao invés, os comportamentos de saúde como uma dieta equilibrada, prática de actividade física, realização de “*check-ups*” regulares, envolvimento em actividades sociais gratificantes, não consumo de tabaco e ingestão de álcool moderada, diminuem a probabilidade do aparecimento das DCV. Por estes motivos, a Psicologia da Saúde desempenha um importante papel na prevenção e tratamento das DCV.

Como já foi definido na introdução, é possível categorizar-se os factores de risco em *modificáveis* e *não modificáveis* (Gatchel, Baum & Krantz, 1989; Odgen, 1999). Os factores de risco *não modificáveis* são a idade, o género, a etnia e a história familiar, enquanto que os *modificáveis* (relacionados com o estilo de vida) são a hipertensão arterial, a diabetes, a hipercolesterolemia, e factores comportamentais e psicossociais, como a obesidade, o sedentarismo, os hábitos tabágicos, o padrão de comportamento tipo A (ira e hostilidade inibida), a ansiedade, a depressão, o isolamento social, o stress, o suporte social, a tensão laboral, o “*burnout*” e a negação dos sintomas da doença cardíaca (Allan, 1996; Allan &

Scheidt, 1996; Appels, 1996; Burell, 1996; Byrne & Byrne, 1990; Chesney, 1996; Johnston, 1992; Schneiderman & Skyler, 1996; Steptoe, 1996; Weiss, Anderson & Weiss, 1991).

Estes factores de risco podem ter uma acção que não é aditiva mas sim sinérgica, sendo o prognóstico das doenças cardiovasculares mais reservado quanto maior o número de factores de risco a que os indivíduos estiverem sujeitos (Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999). Por exemplo, Ruberman e colegas (1984) verificaram num estudo que a presença de níveis elevados de stress e isolamento social estariam associados a um aumento quatro vezes superior da doença coronária. De uma forma similar, de acordo com os resultados obtidos por outros autores (Frasure-Smith, Lesperance & Talajic, 1995), a combinação da ansiedade e depressão em doentes com enfarte agudo do miocárdio (dEAM), estaria associada a um risco aumentado de novo EAM.

2.1 Factores de Risco Genético (Não Modificáveis)

2.1.1 A Idade

As doenças das artérias coronárias constituem uma importante causa de morte em homens de meia-idade, com uma incidência 2 a 5 vezes superior à das mulheres (Jackson et al., 1997; Ribeiro, 1998). Em homens e mulheres, o risco de DAC aumenta com a idade (Castelli, 1984; Rich-Edwards et al., 1995). Nos homens, a incidência de DAC aumenta gradualmente com o avançar da idade e sensivelmente até aos 60 anos, enquanto que nas mulheres começa aos 50 anos, geralmente após a menopausa, e depois aumenta progressivamente. Os factores de risco das DAC são mais elevados na meia e terceira idade.

2.1.2 O Género

Ao nível do género, existem diferenças significativas relativamente ao risco de DAC (Castelli, 1984; Kuhn & Rackley, 1993). A menor incidência de doenças das artérias coronárias nas mulheres na pré menopausa é devida ao efeito protector das hormonas femininas. Depois da menopausa, o risco das DAC aumenta progressivamente. De acordo com Jacobs & Sherwood (1996) a diferença ao nível do género diminui com a idade, apresentando as mulheres mais idosas um maior índice de mortalidade. Assim, em termos absolutos as mulheres a partir dos 70 anos apresentam uma maior incidência de DAC (The International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease, 1998).

2.1.3 A Etnia

A nível étnico existem também diferenças. Alguns autores, como Mosca e colegas (1997), referem que os homens de etnia negra apresentam índices de mortalidade cerca de 5% mais elevados que os da etnia branca, enquanto que a mortalidade em mulheres de etnia negra é cerca de 34% mais elevada, do que nas mulheres Caucásicas. Estes autores apontam como possível justificação para a maior incidência de mortalidade por DAC nas mulheres, o facto de apresentarem uma idade mais avançada e maior prevalência de factores de risco, como a diabetes, hipertensão e a obesidade.

2.1.4 A História Familiar

Uma história familiar de DAC está bem estabelecida como um factor potencial de risco no desenvolvimento destas patologias. Os aspectos relacionados com a história familiar que devem ser tomados em consideração são a idade de aparecimento dos problemas vasculares nos familiares, a proximidade do parentesco e o número de familiares com história de DAC. Apesar do papel da história familiar estar bem definido no início precoce de doença das artérias coronárias em homens (Barrett-Connor & Khaw, 1984; Friedlander, 1994; Hamsten & Faire, 1987; Shea et al., 1984) existem poucos estudos que tenham investigado a influência dos factores familiares nas DAC em mulheres. Nalguns estudos, os resultados obtidos constataram a influência dos factores genéticos no risco de desenvolvimento de doenças das artérias coronárias em homens e mulheres (Colditz et al., 1986; Marenberg et al., 1994; Schildkraut et al., 1989). Para além dos factores genéticos, outros factores de risco podem existir no ambiente familiar, designadamente o padrão alimentar e os hábitos de exercício físico, podendo contribuir para o início e manutenção do EAM.

2.2 Factores Comportamentais e Psicossociais (Modificáveis)

Têm sido estudados diversos factores de risco modificáveis envolvidos na génese e manutenção das DAC nomeadamente: hipertensão, diabetes, tabagismo, abuso de álcool, consumo de sal, obesidade, sedentarismo, stress, ansiedade, depressão, padrão de comportamento tipo A, hostilidade inibida, isolamento e suporte social.

2.2.1 Factores Comportamentais

2.2.1.1 A Hipertensão

Estudos epidemiológicos documentam a forte associação entre a hipertensão (HTA) e o risco de DAC (Whelton, He & Appel, 1996; Wilson et al., 1998). Segundo Wilson e colaboradores (1998) a HTA é considerada um factor de risco major para as DAC e acidentes vasculares cerebrais. As consequências fisiopatológicas da hipertensão reflectem-se sobretudo na substituição do tecido elástico das arteríolas por tecido colagénico fibroso, que oferece uma maior resistência à passagem do fluxo sanguíneo e facilita o desenvolvimento do processo da aterosclerose. Se a HTA não for tratada, pode originar EAM, insuficiência cardíaca congestiva, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência renal (Chopra, 1987; Falcão & Ravara, 1997; Philipps e al., 1995).

Num estudo prospectivo ao longo de 12 anos realizado por Wilson e colaboradores (1998) com 2489 homens e 2856 mulheres, os resultados obtidos demonstraram que 383 homens e 227 mulheres desenvolveram DAC, e que após o ajustamento de outros factores de risco, a hipertensão era responsável pelo aparecimento da doença cardíaca em aproximadamente 28% dos homens e 29% das mulheres.

As mulheres apresentam um risco aumentado de HTA, especialmente se possuírem diversos factores de risco como obesidade, história familiar de HTA, gravidez, utilização de determinado tipo de pílulas contraceptivas e menopausa.

2.2.1.2 A Diabetes

A relação entre a diabetes e as DCV é conhecida já há muito tempo. Reconhece-se na actualidade que os diabéticos apresentam um risco acrescido de mortalidade por DAC, doenças cerebrovasculares e vasculares periféricas (Barrett-Connor & Orchard, 1985; Barrett-Connor & Wingard, 1983; Garcia et al., 1974; Geiss, Herman & Smith, 1995; Grundy, 1999). A diabetes é considerada um factor de risco extremamente importante para as DCV, independentemente do género, sendo que cerca de 14% dos diabéticos de etnia caucasiana morrem com este tipo de doenças (Howard et al., 2002). Os mesmos autores referem que as pessoas com diabetes apresentam de 2 a 8 vezes um risco de DCV mais elevado, do que as pessoas não diabéticas. Ao nível do género, autores como Manson & Spelsberg (1996), salientam que as mulheres diabéticas possuem um risco mais elevado de DAC.

2.2.1.3 O Tabagismo

Embora histórica e culturalmente o acto de fumar sempre tenha estado mais relacionado com os homens, a diferença entre o número de fumadores e fumadoras têm vindo a esbater-se paulatinamente. Segundo Jenkins (1988), os homens que fumam apresentam uma probabilidade duas vezes maior de virem a desenvolver doenças coronárias. Willett e colegas (1987) referem que mais de 50% dos EAM em mulheres de meia-idade são atribuíveis ao consumo de tabaco.

Ao nível do sistema cardiovascular, o tabaco diminui o aporte de oxigénio aos pulmões e, por consequência, ao coração, provoca aterosclerose e vasoconstricção, altera o nível da coagulação e factores plaquetários, aumenta a tensão arterial por vasoconstricção e a frequência cardíaca (Gorin, 1998). Os principais componentes do tabaco responsáveis por estas consequências são a nicotina e o monóxido de carbono. Deixar de fumar constitui, assim, uma medida para promover um melhor funcionamento cardíaco, atrasar a progressão da aterosclerose e, conseqüentemente, reduzir a probabilidade de desenvolver uma doença coronária.

2.2.1.4 O Consumo de Álcool

O consumo excessivo de álcool encontra-se associado a uma maior mortalidade por DCV, enquanto que o seu consumo moderado parece constituir um efeito protector para estas doenças. Num estudo realizado por Thun e colaboradores (1997), a mortalidade por DCV era 30 a 40% menor em pessoas que bebiam cerca de 9 g de álcool por dia, quando comparadas com os que não bebiam. Marmot, Rose & Shipley (1981) concluíram que o álcool aumenta a concentração das lipoproteínas de alta densidade (HDL) pelo que o seu consumo moderado está associado a uma menor mortalidade total, quando comparado quer com a abstinência quer com o consumo exagerado.

2.2.1.5 Os Hábitos Alimentares

A relação entre o tipo de alimentação e as DCV encontra-se profundamente documentada na literatura. Refere-se sobretudo a ingestão inadequada de sal, alimentos ricos em colesterol, consumo excessivo de álcool e reduzido consumo de suplementos dietéticos minerais (potássio, cálcio e magnésio) (Clara, 1997; Frohlich, 1997; Rosen et al., 1990; Zellner & Sudhir, 1997). Existe evidência de que a hipercolesterolemia é um dos principais factores de risco das doenças cardiovasculares em homens e mulheres (Mosca et al., 1997). O

colesterol sérico total e os seus principais constituintes (LDL e HDL) estão fortemente relacionados com o risco de doença das artérias coronárias.

Matthews (1998), refere os pontos principais de uma dieta saudável, estabelecida pelo *U.S. Department of Agriculture, USDHHS* (1995):

1. Ter uma alimentação variada
2. Balancear a alimentação com uma actividade física, e manter um peso adequado
3. Optar por uma dieta à base de cereais, vegetais e frutas
4. Escolher uma dieta pobre em gorduras, principalmente evitar as gorduras saturadas e com altos níveis de colesterol
5. Fazer dieta moderada em açúcares
6. Consumir moderadamente o sal
7. Beber álcool com moderação

2.2.1.6 A Obesidade

A obesidade é o denominador comum de um conjunto de factores de risco de doença cardiovascular como a hipercolesterolemia, a hipertensão e a diabetes (Vainio, 2002). Actualmente, existe evidência de que esta relação se traduz de uma forma significativa no início, desenvolvimento e mortalidade por DAC (Willet et al., 1995; Galanis et al., 1998).

2.2.1.7 O Sedentarismo versus Actividade Física

O estilo de vida sedentário encontra-se fortemente associado ao aumento da mortalidade por DAC e pode ser um factor de risco de hipertensão (Jenkins, 1988). Existe consenso de que a inactividade física é um dos factores de risco para as DAC (Fletcher et al., 1996; National Institutes of Health, 1995; Powell et al., 1987) e que a prática de exercício físico está relacionada com um menor risco de desenvolvimento e morte por DCV em homens e mulheres (Blair, 1993; Wannamethee, 2000; Rosen et al., 1990; Sherman, 1994).

É reconhecido que o exercício físico ao nível orgânico aumenta a capacidade funcional cardiovascular e diminui as exigências de oxigénio ao nível do músculo miocárdico em pessoas saudáveis e com DAC estabelecida (Fletcher et al., 1996). Numa publicação do *U. S. Department of Health and Human Services* (1996), são sugeridas potenciais vantagens do exercício físico em homens e mulheres de todas as idades, nomeadamente na redução do risco de morrer prematuramente por DCV ou outras

condições médicas, redução do risco de desenvolvimento de diabetes e de hipertensão, redução da tensão arterial em pessoas com hipertensão estabelecida, promoção de um peso adequado, ajuda a manter os músculos, ossos e articulações mais saudáveis, redução de sintomatologia ansiosa e depressiva e promoção do bem-estar.

Para além do bem-estar físico, o exercício físico beneficia também o bem-estar psicológico. Existe alguma complexidade relativamente a esta relação. No entanto Cruz, Machado & Mota (1996), citam investigação que demonstra efeitos positivos ao nível da qualidade de vida (Berger & McInman, 1993), da ansiedade (Petruzelo et al., 1991), da depressão (North, McCullagh, & Tran, 1990); da reactividade ao *stress* (Crews & Landers, 1987), e do auto-conceito e auto-estima (Berger & McInman, 1993).

Os mecanismos que explicam a mediação entre o exercício e o bem-estar psicológico baseiam-se em teorias fisiológicas e psicológicas:

1. As teorias fisiológicas referem que o exercício liberta substâncias como as endorfinas e provoca um aumento nos níveis de norepinefrina. Influencia ainda o metabolismo das gorduras, produz alterações moleculares no músculo cardíaco, causa reacções bioquímicas que afectam o plasma e níveis de colesterol, e aumenta a sensibilidade à insulina e tolerância à glicose (Bouchard et al., 1990);

2. As teorias psicológicas sugerem que a actividade social inerente ao exercício físico está relacionada com o bem-estar psicológico, e com o aumento da auto-estima e auto-confiança. Diminuem também os níveis de depressão e *stress*, pois aumentam o contacto e apoio social, e a auto-eficácia (Ogden, 1999). De referir ainda que é o exercício físico aeróbico ou isotónico, que maiores benefícios apresenta para o sistema cardiovascular (e.g. andar, fazer *jogging*, ciclismo ou natação) (Fletcher et al., 1996; Rosen et al., 1990).

Em conclusão, estudos epidemiológicos e ensaios clínicos randomizados fornecem dados evidentes de que as doenças das artérias coronárias podem ser prevenidas (Rich-Edwards et al., 1995) à custa da modificação dos estilos de vida: evitar ou abandonar o consumo de cigarros, a redução do peso, a prática de exercício, a moderação no consumo de sal e de álcool, e uma dieta pobre em gorduras saturadas e rica em frutas e vegetais. Assim, a intervenção preventiva a este nível deve constituir a primeira linha de acção, na reabilitação das DCV.

2.2.2 Factores Psicossociais

Os factores psicossociais associados às DCV têm sido alvo de numerosos estudos, sobretudo a partir da década de 50. Estes constataram que os factores de risco clássicos, como a hipertensão arterial, a obesidade, o sedentarismo e a hipercolesterolemia, eram insuficientes para justificar o aparecimento do elevado número de casos, desenvolvimento e recuperação das DCV.

Os factores de risco psicossociais associam-se de uma forma negativa com os comportamentos pouco saudáveis que, por sua vez, desencadeiam os processos de aterosclerose, e alterações metabólicas e hemostáticas ao nível do sistema cardiovascular. O sinergismo da associação entre os factores psicossociais e as DCV é fundamentado pela premissa de que o sistema cardiovascular é influenciado por alterações neuroendócrinas e neuroquímicas. Estas são despoletadas por emoções positivas ou negativas que através dos sistemas de neurotransmissão comunicam com o resto do corpo, principalmente através das vias vagal, simpático-adreno-medular e hipotalâmico-adrenocortical (Knox & Czajrowski, 1997; Manuck, 1994).

2.2.2.1 O Stress

O *stress* é um dos factores de risco relacionado com as DCV. A relação entre o *stress* e as DCV foi estudada de uma forma mais sistemática a partir das experiências de fisiologistas nos mecanismos homeostáticos [Walter Cannon (1932), Franz Alexander (1950) e Hans Selye (1956)]. Apesar da sua validade, emergiram críticas a estas modelos, pois assentaram numa perspectiva estímulo-resposta, tendo as pessoas um papel passivo e dando pouca relevância aos factores psicológicos. Surgiram outros modelos de *stress* que enfatizaram a interacção entre as pessoas e o ambiente, e a importância dos processos cognitivos na avaliação das situações de *stress*, [Modelo Transaccional de *Stress* (Lazarus & Folkman, 1984) e o Modelo de acontecimentos de vida (Holmes & Rahe, 1967)].

Kasl (1984) sumaria a forma como o *stress* tem sido utilizado em estudos psicológicos: a) como condição ambiental; b) avaliação da situação ambiental; c) resposta a uma condição ambiental ou a sua avaliação; d) descrição da interacção entre as exigências ambientais e a capacidade individual para lidar com essas exigências.

De que forma se relaciona o *stress* com as doenças cardiovasculares? A resposta a esta questão, pelo exposto anteriormente, poderá ser explicada através de alterações psicofisiológicas e comportamentais. Das alterações ao nível psicofisiológico destaca-se:

1. A reactividade do sistema nervoso simpático e o conseqüente aumento da libertação de hormonas, como as catecolaminas e corticosteróides (também chamadas “hormonas do *stress*”);
2. O aumento do ritmo e frequência cardíaca e da tensão arterial;
3. O aumento do medo, ansiedade e alterações cognitivas.

O *stress* constitui, assim, um potencial factor de risco para o desenvolvimento de aterosclerose e da instabilidade eléctrica do coração (Johnston, 1992) e diminuição do sistema imunitário (Trigo, Rocha & Coelho, 2000). Se em situações de *stress* transitório as alterações fisiológicas não apresentam problemas para o aparelho cardiovascular, o mesmo não acontece se se mantiverem a longo prazo (Siltanen, 1987).

Ao nível comportamental, o *stress* é susceptível de provocar DCV através dos factores de risco clássicos para estas doenças. Perante situações que provocam um maior *stress* existe uma maior tendência para comportamentos pouco saudáveis. Isto foi comprovado pelo estudo de Gilbert & Spielberger (1987) em que os pacientes expostos a situações sociais *stressantes* e que não podiam fumar, relatavam a situação como mais *stressante* do que aqueles a quem era permitido fumar. Tem sido sugerido que o *stress* pode levar a comportamentos prejudiciais à saúde como, aumentar o consumo de álcool e café, reduzir a actividade física e ter menos cuidado com a alimentação (Johnston, 1992; Odgen, 1999).

Uma outra dimensão do *stress* que tem sido alvo de diversos estudos e que se associa com as DAC é o *stress* laboral. De acordo com Kivimäki e colaboradores (2002) dois modelos que identificam dimensões de *stress* do ambiente laboral têm merecido particular atenção pela comunidade científica: o modelo de tensão laboral (*job strain model*) de Karasek e colaboradores (1981) e o modelo de desigualdade esforço-recompensa (*effort-reward imbalance model*) de Siegrist (1996). No *job strain model* um dos principais motivos de *stress* laboral relaciona-se com as elevadas exigências profissionais associados a uma baixa capacidade para tomada de decisão (Bosma et al., 1997), que parecem estar relacionados com um aumento na pressão arterial (Schnall et al., 1994). O *effort-reward imbalance model* enfatiza que o *stress* laboral surge em consequência de um elevado esforço de produção laboral, associado a baixas recompensas recebidas (monetárias, aprovação social, segurança e estabilidade no trabalho, e oportunidades de carreira). Diversos estudos revelaram associações positivas entre o *stress* laboral e a desigualdade esforço-recompensa no trabalho com factores de risco das DAC, tais como a hipertensão (Schnall et al., 1994; Siegrist, 1996; Vrijkotte et al., 2000), progressão da aterosclerose (Lynch et al., 1997), hipercolesterolemia

(Vrijkotte et al., 1999), consumo de cigarros e sedentarismo (Johansson, 1991) e aumento do índice de massa corporal (Kivimäki et al., 2002).

Desta forma, é possível constatar que o *stress* desempenha um papel importante na eclosão e desenvolvimento de doenças cardiovasculares e que situações prolongadas de *stress* promovem um conjunto de alterações neuroendócrinas crónicas (McIntyre & Silva, 1994), com repercussões ao nível dos sistemas nervoso central, endócrino e imunitário.

2.2.2.2 A Ansiedade

Reconhece-se actualmente que a ansiedade tem um papel regulador no sistema cardiovascular. É considerada como uma das emoções mais fortes que o ser humano pode experimentar. Caracteriza-se por intensos sentimentos de distress interior e angústia e encontra-se associada a factores fisiológicos e comportamentais (McReynolds, 1990).

Em relação às doenças cardiovasculares, a literatura científica enfatiza mais a relação com o stress do que com a ansiedade e suas implicações psiquiátricas, para descrever a influência dos estados emocionais na integridade funcional do sistema cardiovascular (Byrne & Byrne, 1990). De acordo com estes autores, e tendo em consideração o stress como um factor geral no aparecimento e manutenção da doença, a ansiedade é um componente da reacção ao stress. Manifesta-se fisiologicamente pela activação do sistema nervoso simpático e psicologicamente através de sentimentos de distress e desconforto emocional. Ao nível fisiológico, a ansiedade é responsável pela activação do sistema nervoso autónomo e as suas manifestações mais frequentes são: aumento da pressão arterial, palpitações ou taquicardia, transpiração, boca seca, náuseas, vertigens, hiperventilação, tensão muscular, tremores e sensação de fraqueza (Spielberger & Rickman, 1990). Ao nível comportamental, as pessoas ansiosas apresentam menos comportamentos de saúde, tendem a evitar situações que acentuam a ansiedade, estão mais focados em circunstâncias que são susceptíveis de lhes provocar ansiedade e têm dificuldade em se concentrar em outros aspectos no seu quotidiano.

2.2.2.3 A Depressão

Nos últimos 20 anos, diversos estudos demonstraram a relação entre a depressão, morbilidade e mortalidade nas DCV em homens e mulheres (Appels, 1983; Barefoot, Helms & Mark, 1996; Frasure-Smith, Lesperance, Juneau, Talajic & Bourassa, 1999; Lindgard, 1982; Schleifer, Macari-Hinson & Coyle, 1989; Wasserthal-Smoller et al., 1996; Ziegelstein, 2001). A depressão é actualmente considerada um factor de risco para a etiogenia das DAC e responsável por

elevados índices de mortalidade nos doentes com um EAM (Booth-Kewley & Friedman, 1987; Welin et al., 2000, Ziegelstein, 2001). Num estudo clássico efectuado por Cassem & Hackett (1973), 76% das 50 pessoas internadas na unidade de cuidados coronários apresentavam sintomas compatíveis com um quadro depressivo. De acordo com estes autores, a depressão faz parte do processo de resposta psicológica ao EAM, aspecto que será abordado mais adiante. Os resultados de diversos estudos realizados apontam para uma elevada prevalência de sintomas depressivos em doentes após um EAM, variando entre 15% a 32% (Fielding, 1991; Frasure-Smith et al., 2000; Schleifer, Macari-Hinson & Coyle, 1989; Ziegelstein, 2001).

O aumento de risco para as DCV não ocorre unicamente no âmbito da depressão severa mas estende-se também à sintomatologia depressiva em geral, à história prévia de depressão e ansiedade. Os trabalhos efectuados por Frasure-Smith, Lesperance & Talajic (1995), Lesperance e colaboradores (1996) e Barefoot e colaboradores (1996), demonstraram que em indivíduos que sofreram um EAM, a depressão aumenta o risco de mortalidade durante o primeiro ano pós EAM.

Relativamente às diferenças ao nível do género, as mulheres ficam mais deprimidas que os homens após um EAM (Carney, Freedland & Jaffe, 1990; Schleifer et al., 1989) e existe uma relação entre a depressão e os índices de mortalidade depois de um EAM em homens e mulheres (Falgar & Appels, 1982; Schleifer et al., 1989). Um outro aspecto relacionado com a depressão e as DCV, é que a depressão é considerada como um predisponente de uma pobre adesão às mudanças de estilos de vida e de recorrentes complicações cardiovasculares após um EAM.

A investigação sugere que os mecanismos de acção entre a depressão e as doenças cardiovasculares estarão relacionados com factores próprios do estado depressivo e incluem factores fisiológicos, comportamentais e psicossociais (Carney et al., 1995; Glassman et al., 1990; Scheidt, 1996; Wulsin, 2000; Ziegelstein, Bush & Fauerbach, 1998): a) - Ao nível fisiológico, as alterações bioquímicas da depressão modificam a fisiologia cardíaca e vascular através de uma estimulação do sistema nervoso simpático e de uma diminuição do tónus vagal e das funções plaquetárias; b) - Ao nível comportamental, a depressão poderá estar associada a uma diminuição da adesão a uma dieta saudável e ao exercício, ao aumento do consumo de tabaco e de álcool; c) - Por outro lado, o estado depressivo também poderá estar relacionado com factores psicossociais, como o isolamento social, a hostilidade e a ira, aumentando desta forma o risco das doenças cardiovasculares.

2.2.2.4 A Personalidade e o Padrão de Comportamento Tipo A

Nos finais dos anos 50, os cardiologistas Friedman & Rosenman (1959), descreveram um padrão de comportamento caracterizado pela competitividade exagerada, sentido de urgência e impaciência, desejo de ser reconhecido, orientação para o desempenho, hostilidade e agressividade, estilo vocal explosivo e agitação motora, que estariam associados a uma maior probabilidade de contrair doenças cardiovasculares (Bishop, 1994; Odgen, 1999). Este padrão de comportamento caracteriza o Padrão de Comportamento Tipo A (PCTA). Este conceito foi inicialmente definido como “um complexo de acção-emoção e pode ser observado em pessoas que estão constantemente numa luta contínua e incessante para atingir mais e mais objectivos, em cada vez menos tempo” (Friedman & Rosenman, 1974, p. 84).

Alguns estudos prospectivos desenvolvidos nas décadas de 60 e 70 demonstraram a evidência da relação entre o PCTA e as DCV em homens e mulheres. No Western Collaborative Group Study (WCGS) em que participaram mais de 3000 homens saudáveis, com idades compreendidas entre os 39 e os 59 anos, durante oito anos e meio, comprovou-se que os indivíduos com PCTA tinham duas vezes mais probabilidade de contrair doenças cardiovasculares do que os Tipo B, mesmo depois de controlados outros factores de risco, como os hábitos tabágicos, tensão arterial e níveis de colesterol sanguíneo (Rosenman et al., 1975). Os resultados obtidos foram corroborados pelo Framingham Heart Study (FHS), um outro estudo prospectivo com a duração de oito anos, em que participaram mais de 5000 homens e mulheres, com idades entre os 45 e os 77 anos. No FHS foi estabelecida uma relação entre o PCTA e a angina de peito, mas não foi estabelecida uma associação com o EAM (Eaker, Abbott & Kannel, 1989). Deste modo, surge alguma controvérsia na associação entre PCTA e as DCV, nomeadamente no facto de o PCTA ser factor de risco agravado de DCV nas pessoas em geral, mas não em outras que tenham outros factores de risco (Mathews & Haynes, 1986).

Várias questões metodológicas têm sido referidas como importantes, na inconsistência dos dados, relativos a esta associação, como o tipo de instrumentos de avaliação utilizados e o tipo de amostra. Em geral, considera-se que os aspectos do PCTA, que são predictores das DCV, são a hostilidade, a impaciência e o sentido de urgência (Brown & Fromm, 1987; Rhodewalt & Smith, 1991). De acordo com Brown & Fromm (1987), a impaciência e o sentido de urgência parecem estar mais associados a elevações crónicas da pressão arterial.

A forma como a PCTA se relaciona com as DCV é fundamentada no facto de os indivíduos com PCTA estarem sujeitos a um maior stress devido às suas próprias características comportamentais, e possuírem uma maior reactividade ao stress. Surge uma hiperestimulação do sistema nervoso simpático (SNS), especialmente em situações ambientais que criam desafios ou são ameaçadoras (Matthews & Haynes, 1986). Consequentemente, dá-se uma elevação de catecolaminas e corticosteróides, aumento da pressão arterial e do batimento cardíaco, constrição arterial, libertação de ácidos gordos livres e aumento de agregação plaquetária (Friedman & Rosenman, 1974). Estas alterações fisiológicas podem estar na origem ou progressão da aterosclerose e arritmias.

2.2.2.5 A Hostilidade

Após alguns estudos prospectivos terem demonstrado resultados contraditórios na associação entre o PCTA e as doenças cardiovasculares, alguns investigadores voltaram a sua atenção para a hostilidade, que seria um componente fundamental do PCTA e que estaria relacionada com a predição da mortalidade e morbilidade das DCV (Everson et al., 1997; Lesperance, Frasure-Smith & Talajic, 1996; Williams, 1990). A hostilidade pode ser definida como uma predisposição para reagir com ira e irritação a um conjunto de situações frustrantes (Williams, Barefoot & Shekele, 1985). Outros autores defendem que a hostilidade é considerada um traço de personalidade, traduzindo-se por uma atitude fria e distante, que os interlocutores consideram “antipática”, expressões de antagonismo, crítica, cinismo, falta de cooperação, sem manifestações de cólera aberta (Bishop, 1994; Haynal, Pasini & Archinard, 1998).

Uma componente da hostilidade que parece relevante para a predição das doenças cardiovasculares, é o potencial para a hostilidade (PoHo), que pode ser definida como “uma tendência relativamente estável para reagir a vários acontecimentos indutores de frustração, através de respostas de ira, irritação, desgosto, ressentimento e/ou para expressar antagonismo, crítica, falta de cooperação e outros comportamentos desagradáveis” (Dembroski et al., 1985; cit. por Trigo, Rocha & Coelho, 2000, p.174). De acordo com Kop & Krantz (1997), existe alguma evidência de que os indivíduos com menos de 60 anos, apresentam uma maior associação entre a hostilidade e as DCV, provavelmente devido ao facto de as pessoas mais novas estarem sujeitas a situações que desencadeiam comportamentos hostis de uma forma mais frequente.

O mecanismo de acção subjacente à relação entre a hostilidade e as doenças cardiovasculares pode ser explicado pela reactividade psicofisiológica e baseia-se na asserção de que as “pessoas hostis” no seu quotidiano, apresentam uma hiper-reatividade fisiológica como resposta a stressores ambientais, levando a perturbações neuroendócrinas e cardiovasculares (Sul & Wan, 1993; Williams, 1991b), promovendo desta forma o desenvolvimento do processo da aterosclerose. Existe, também, alguma evidência de que as pessoas com hostilidade apresentam níveis mais elevados de cortisol e catecolaminas (Pope & Smith, 1991; Suarez et al., 1998). Helmers e colaboradores (1993) constataram no seu estudo, que um EAM mais extenso estava associado a mulheres e homens de meia-idade, com valores elevados de hostilidade, quando comparados com os que tinham valores de hostilidade mais baixos.

Outras associações podem ser feitas entre a hostilidade e as DCV relacionadas com as consequências da própria hostilidade, nomeadamente ao nível do isolamento social, diminuição do suporte social e conflitos interpessoais, bem como uma maior propensão para a adopção de comportamentos de risco, (e.g. um maior consumo de álcool, tabaco, drogas, hábitos alimentares incorrectos e ausência de exercício físico), como resultado de estratégias de coping inadequadas para lidar com o stress (Hardy & Smith, 1988; Leiker & Hailey, 1988; Siegler et al., 1992). Um estudo realizado por Musante e colaboradores (1992) confirma alguns dos aspectos anteriores e salienta que as mulheres “hostis” têm uma tendência para um maior consumo de gorduras animais, e menor de fibras e cereais.

2.2.2.6 O Suporte Social e o Isolamento Social

O suporte social parece ter um papel “protector” na prevenção de determinadas doenças, nomeadamente das cardiovasculares (Frasure-Smith et al., 2000; Ziegelstein, 2001). De acordo com Wills (1997), diversos estudos epidemiológicos apontam duas conclusões sobre a relação suporte social e doença: a) a existência de suporte social está relacionada com menores níveis de mortalidade entre a população geral, e b) a existência de suporte social está associada a uma melhor recuperação da doença. Um dos estudos pioneiros que demonstrou a importância do suporte social na diminuição do risco de mortalidade por todas as causas, em homens e mulheres, incluindo as doenças das artérias coronárias, foi o *Alameda County Study* (Seeman et al., 1987).

Pela análise da literatura científica é possível constatar que o suporte social tem um efeito protector em homens e mulheres no EAM, nomeadamente na incidência da doença (Kaplan et al., 1988; cit. por Orth-Gómer, 1996), na adaptação psicossocial, no aparecimento de

novo EAM, na adesão a programas de reabilitação (Anderson, Deshaies & Jobin, 1996), e nos índices de mortalidade (Berkman, 1995; Berkman, Leo-Summers & Horwitz, 1992; Ruberman, Weinblatt & Golberg, 1994; Williams et al., 1992). A forma como o suporte social influencia a prevenção, origem, desenvolvimento e tratamento das doenças cardiovasculares não é bem conhecido, mas pode-se postular que tem subjacentes factores fisiológicos e cognitivo-comportamentais: a) ao nível fisiológico, é responsável por uma produção de alterações neuro-hormonais que se encontram associados aos estados de humor, por uma activação do sistema nervoso autónomo e aumento da tensão arterial (Brummett et al., 2001; Gerin et al., 1992); b) ao nível cognitivo-comportamental, o isolamento está relacionado com estilos de vida de alto risco (e.g. consumo de álcool, drogas, dietas inadequadas, etc.), diminuição da autoestima e da motivação para a prática de cuidados de saúde, nomeadamente a ida às visitas regulares ao médico (Chesney, 1996; House, Landis & Umberson, 1988).

O isolamento social tem sido associado a um aumento de morbilidade e mortalidade em diversas doenças, nomeadamente nas DCV (Brummett et al., 2001), sendo considerado um factor de risco com uma magnitude comparável a outros factores de risco biomédicos, comportamentais e psicossociais (House, 2001).

2.2.2.7 O Estatuto Sócio-económico

Um baixo estatuto sócio-económico encontra-se, frequentemente, associado a factores psicossociais e comportamentais para as DAC (Kaplan & Keil, 1993). De acordo com estes autores as medidas mais usualmente utilizadas para avaliar o estatuto sócio-económico são o nível de escolaridade, o tipo de ocupação laboral e os rendimentos, ou uma combinação das três. Segundo Haan, Kaplan & Syme (1989), a acessibilidade aos cuidados de saúde está diminuído nas pessoas com baixo estatuto socioeconómico. Num estudo realizado por Engström e colaboradores (2000), com uma amostra constituída unicamente por mulheres que residiam em meio urbano, o baixo nível de escolaridade e o trabalho precário estavam relacionados com um aumento do consumo de tabaco, hipertensão, hiperlipidemia e diabetes. De acordo com o *National Center for Health Statistics* (1991), nos Estados Unidos os factores de risco para as DAC tem uma maior prevalência nas mulheres com um baixo estatuto sócio-económico e cultural, nas idades compreendidas entre os 20 e os 74 anos, sendo que 1 em cada 3 mulheres apresentam hipertensão, 1 em cada 4 tem hipercolesterolemia, são fumadoras ou tem excesso de peso, e 2 em cada 3 mulheres apresentam um estilo de vida sedentário.

A incidência e prevalência da obesidade é mais elevada em pessoas de baixo estatuto sócio-económico (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Em conclusão, parecem existir poucas dúvidas de que diversas variáveis psicossociais exercem uma profunda influência nas doenças das artérias coronárias, e que as intervenções que visem a alteração psicossocial e de estilos de vida representam um grande potencial para modificar o desenvolvimento destas doenças.

3 DOENÇAS CARDIOVASCULARES NAS MULHERES: VARIAÇÕES COM O GÉNERO

No que concerne às DAC em mulheres, mais concretamente no que diz respeito ao EAM, iremos tentar salientar alguns aspectos que consideramos essenciais para uma melhor compreensão do EAM no feminino. Serão abordadas as diferenças ao nível da anatomia e fisiologia cardiovascular, a epidemiologia, os estudos realizados com mulheres, os factores de risco (comportamentos de saúde e factores psicossociais), diagnóstico, tratamento, reabilitação cardíaca e prognóstico.

3.1 Diferenças Anátomo/Fisiológicas

Ao nível da anatomia e fisiologia do aparelho cardiovascular, existem algumas diferenças significativas ao nível do género: as mulheres têm um coração de menores dimensões, artérias coronárias mais estreitas e menor volume ventricular esquerdo (Romeo, 1995).

3.2 Dados Epidemiológicos

Em diversos países ocidentais as DAC são a principal causa de mortalidade nas mulheres. Nos Estados Unidos, tendo em consideração os dados da *American Medical Women's Association* (1995), as DAC são responsáveis por maiores índices de mortalidade do que o cancro, a sida, a osteoporose e a violência doméstica juntos. Em Portugal, de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (2002), no ano de 2000 as DAC constituíram a principal causa de morte em homens e mulheres (cerca de 39% da mortalidade total). Segundo Carrageta (1994), em 1993 a mortalidade por doença cardíaca isquémica em homens e mulheres foi de 9% da mortalidade total, constituindo a segunda causa de morte na mulher a seguir ao cancro. Tendo em consideração os dados de 1998 do Instituto Nacional de Estatística (1999), a doença isquémica cardíaca foi responsável por 10% da mortalidade total das mulheres, continuando a ser a segunda causa de morte depois do cancro.

É hoje reconhecido e ilustrado na literatura que o início das doenças das artérias coronárias em mulheres ocorre em média cerca de 10 anos mais tarde do que nos homens, aumenta com a idade e surge principalmente após a menopausa (Lerner & Kannel, 1986; Mosca et al., 1997), altura em que estas deixam de estar protegidas pelas suas hormonas sexuais. Por

volta dos 70 anos, os índices de mortalidade são praticamente iguais em homens e mulheres (Shumaker & Smith, 1995).

Com o aumento da esperança de vida tem aumentado a incidência de DCVs. De acordo com dados da *American Heart Association* (1993), antes dos 65 anos a incidência das DAC em mulheres é cerca de metade da dos homens, afectando uma em cada nove mulheres entre os 45 e os 64 anos. As DAC também atingem as mulheres em idade fértil, sendo que em cada quatro mortes por EAM em mulheres com idade inferior a 65 anos, uma ocorre antes dos 45 anos.

Diversos estudos recentes demonstraram a existência de diferenças ao nível do género nas DAC e no que diz respeito aos processos de doença, aspectos clínicos e prognóstico (Mendelsohn & Karas, 1999; Mosca e colegas, 1997). A angina de peito constitui o principal quadro clínico nas mulheres, enquanto que nos homens é o EAM e a morte súbita cardíaca (Lerner & Kannel, 1986). Os resultados de outros estudos indicam que as mulheres apresentam maiores índices de mortalidade durante a hospitalização ou nos primeiros 30 dias após o EAM (Clarke, 1994; Gottlieb et al., 2000; Greenland et al., 1991; Hochman et al., 1999; Kannel, Sorlie & McNamara 1979; Puletti et al., 1984; Vaccarino et al., 1995, 1999). Esta diferença pode ser justificada por um conjunto de factores, nomeadamente pela maior demora na procura de cuidados de saúde após o início dos sintomas (Clarke, 1994; Fiebach, 1991) e consequente agravamento do seu estado de saúde, não permitindo um tratamento médico mais efectivo (ex. a utilização de trombolíticos). Este atraso na procura de assistência médica parece justificar-se por uma não interpretação dos sintomas da patologia cardíaca, pois existe a crença de que o EAM é uma doença masculina. Genericamente, a doente, a sua família, os amigos e os próprios técnicos de saúde tem a tendência para avaliar estes sintomas de uma forma diferente nos homens e mulheres (McKinlay, McKinlay & Crawford, 1991) influenciando deste modo o diagnóstico, tratamento e prognóstico da doença.

Algumas diferenças ao nível do género no que respeita às DAC foram sumariadas por Wenger, Speroff & Packard (1993), (cit. por Jacobs & Sherwood, 1996, p. 199):

1. O prognóstico das mulheres com um EAM é pior do que nos homens;
2. O prognóstico nas mulheres é pior, mesmo utilizando os procedimentos médicos convencionais ou cirurgia;
3. Nas mulheres a isquemia miocárdica silenciosa e o EAM não são por vezes diagnosticados; no entanto, existem poucos dados disponíveis sobre a frequência e as consequências deste facto;

4. As mulheres são menos submetidas a procedimentos invasivos que os homens; no entanto, não existem certezas se há um sub-tratamento nas mulheres ou um sobre-tratamento nos homens;
5. Existem poucos dados sobre a eficácia na mulher, ou diferenças de género, no que respeita à medicação ou revascularização das DAC. No pós EAM parecem existir os mesmos benefícios, para homens e mulheres, na terapia trombolítica. Não se verifica, contudo, o mesmo ao nível de outra medicação (a aspirina ou betabloqueantes) pois as mulheres estão mais sujeitas a hemorragias;
6. As diferenças no género ao nível dos programas de prevenção secundária a longo termo são desconhecidas, na medida em que as mulheres estiveram pouco representadas nos estudos clínicos realizados;
7. Nos programas de reabilitação cardíaca participam menos mulheres do que homens e, quando participam, desistem mais frequentemente (por causa das co-morbilidades, responsabilidades familiares e, possivelmente, por outros factores psicossociais); no entanto, os benefícios da participação nestes programas parecem ser iguais.

Em conclusão, o papel das doenças coronárias em mulheres tem sido pouco enfatizado, mesmo tendo em consideração os índices estatísticos que apontam um pior prognóstico para as mulheres após um EAM (American Heart Association, 1997). Embora esteja a aumentar o número de mulheres que necessita de cuidados e procura ajuda para a sua sintomatologia cardíaca, não existe um conhecimento aprofundado sobre o perfil de risco feminino, os procedimentos de diagnóstico e a melhor forma de tratar as mulheres com DAC (Burell, 1996).

3.3 Estudos Realizados com Mulheres

O EAM tem sido desvalorizado como causa de morbilidade e mortalidade nas mulheres. Classicamente, e retirando as especialidades médicas de obstetrícia e ginecologia, a medicina tem como modelo o padrão masculino. Muito do conhecimento actual sobre as DAC em mulheres foi extrapolado de estudos desenvolvidos inicialmente em homens (Hoffman & Massion, 2000), e os resultados desses estudos foram transferidos e implicitamente aplicados às mulheres, sem terem em consideração a especificidade e as necessidades das mulheres (Jacobs & Sherwood, 1996; Stanton, 1995; Stewart 1997). Este facto

levou a que durante várias décadas o tratamento médico do EAM em mulheres tivesse por base a evidência verificada em homens. Alguns factores específicos das DAC nas mulheres, nomeadamente os fisiológicos (e.g. mudanças hormonais durante o ciclo de desenvolvimento), os psicossociais e os comportamentais (e.g. interpretação dos sintomas, procura dos cuidados de saúde, dieta e estilos de vida) não foram tomados em consideração durante décadas.

A falta de informação sobre as DCV em mulheres é consequência dos já mencionados aspectos culturais e da sua não inclusão nos vários estudos. Wenger (1992) aponta alguns motivos para a não inclusão das mulheres em estudos: 1 - aparentemente não havia razão para abandonar a norma em vigor, i.e. a da fisiologia masculina; 2 - o receio de expor as mulheres em idade fértil aos possíveis efeitos de novos fármacos ou terapias (risco acrescido de más formações no feto); 3 - na idade mais avançada, as mulheres apresentam condições particulares, tais como as mudanças hormonais relacionadas com a menopausa e consequentes patologias.

Numa revisão da literatura efectuada por Ebrahim & Smith (1997), relativamente ao género e factores de risco nas DCV, dos catorze estudos analisados, cinco foram realizados exclusivamente com homens, oito com homens e mulheres e nenhum foi realizado somente com mulheres. Os autores salientam ainda que nos oito estudos em que as mulheres participaram, apenas num estavam em proporção igual aos homens. Nos restantes, a escassa participação não permitiu detectar diferenças ao nível do género.

De acordo com Douglas (1986), a participação das mulheres em ensaios clínicos apenas teve o seu início em meados dos anos 80, quando se verificou a existência de escassa informação sobre estratégias preventivas, procedimentos de diagnóstico, resultados dos tratamentos médicos e cirúrgicos das DCV em mulheres. Alguns estudos relacionados com as necessidades específicas das mulheres e as DAC começam a surgir na literatura, como os estudos sobre a terapia hormonal de substituição (e.g. *The Group Health Cooperative of Seattle*, Heckbert et al., 1997; *Nurses Health Study*, Grodstein et al., 1997; *Heart and Estrogen-Progestosterone Replacement Study* (HERS), Hulley et al., 1998) e sobre o papel feminino na sociedade, o *stress*, o isolamento social, a ansiedade, a depressão, a expressão de ira e outras emoções (e.g. Frasure-Smith, Lespérance & Talajic, 1995; Matthews et al., 1992; Shumaker & Smith, 1995).

3.4 Factores de Risco e Comportamentos de Saúde Associados às Mulheres e às Doenças Cardiovasculares

Em termos de factores de risco nas DAC, a literatura científica salienta diversas diferenças significativas entre homens e mulheres, nomeadamente ao nível biológico, comportamental e psicossocial.

Os factores de risco biológicos e comportamentais relacionados com as mulheres e as DCV incluem: idade, história familiar de DCV, hipertensão, diabetes, uso de contraceptivos orais, terapia hormonal de substituição, hábitos tabágicos, obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e hipercolesterolemia (Barrett-Connor et al., 1991; Hochman et al., 1999; Mosca et al., 1997; Robertson, 2001; Schrott et al., 1997; US Dept of Health and Human Services, 1996; Wenger et al., 1993).

Alguns destes factores de risco actuam de uma forma sinérgica, como o fumar e uso de contraceptivos orais, assim como o fumar e a hipercolesterolemia (Jackson, 1994; Wenger, 1997). Segundo estes autores, as mulheres fumadoras em idade fértil têm uma probabilidade três vezes maior de terem um EAM do que as não fumadoras. Por seu lado, a quantidade de cigarros fumados também constitui um factor de risco acrescido, na medida em que as mulheres que fumam mais de 40 cigarros por dia aumentam a sua probabilidade em 20 vezes de terem a doença. O efeito do consumo de cigarros também se faz sentir quando existe uma associação com a hipertensão. Os resultados obtidos num subgrupo de hipertensos e fumadores, num estudo realizado em Inglaterra (*Medical Research Council Working Party*, 1985) demonstraram que o risco de aparecimento do EAM aumentou cerca de 400% na mulher (50% no homem).

A obesidade é um dos factores de risco para as DAC que mais tem aumentado entre a população. Este factor de risco relaciona-se, frequentemente, com hábitos alimentares inadequados e com a falta de exercício físico. Nos Estados Unidos, cerca de 25% das mulheres relatam não terem uma actividade física constante (*US Dept of Health and Human Services*, 1996).

Um estudo realizado nos Estados Unidos por Jacobs e colegas (1992) pretendeu comparar os níveis de colesterol total com a mortalidade total e com a mortalidade por doença cardiovascular. Os autores verificaram que nos homens a elevação do colesterol se associava a um aumento da mortalidade total e cardiovascular, enquanto que o mesmo não acontecia na mulher em que os valores do colesterol total não estavam relacionados com a mortalidade cardiovascular nem com a mortalidade total. Este estudo demonstrou que é necessário algum cuidado quando se pretende generalizar para a mulher estudos efectuados

numa população essencialmente masculina. O colesterol é considerado um dos factores de risco que mais tem influenciado o aparecimento do EAM. Geralmente, antes da menopausa, as mulheres apresentam níveis reduzidos de LDL e níveis mais elevados de HDL relativamente aos homens da mesma idade. No pós menopausa, estes valores aumentam e tendem a aproximar-se dos valores encontrados nos homens (Mosca et al., 1997). Os resultados obtidos num estudo demonstraram que após um EAM, a redução dos níveis de colesterol para parâmetros mais adequados estavam relacionados com a redução da mortalidade e risco de reenfarte em 46% de mulheres e 26% de homens (Sacks et al., 1996).

A diabetes é um outro factor de risco para as DAC, com maior gravidade na mulher do que no homem (Barrett-Connor et al., 1991; Barret-Connor & Wingard, 1983; Shumaker & Smith, 1995). Esta diferença parece ser devida ao efeito mais nocivo da diabetes ao nível dos lípidos e pressão arterial na mulher (Manson & Spelsberg, 1996; Mosca et al., 1997). De acordo com Wenger (1997), uma maior percentagem de mulheres do que os homens que fazem revascularização após um EAM, são diabéticas, o que provavelmente contribui para um prognóstico menos favorável.

Permanece ainda alguma controvérsia na comunidade científica relativamente ao uso da terapia hormonal de substituição na pós menopausa. Na fase da menopausa as mulheres apresentam diversas alterações que se reflectem ao nível fisiológico, físico e psicológico. Uma deficiência dos estrogénios provoca alterações vasomotoras e atrofia genital. As alterações no padrão de sono, a perda de memória e o aumento da ansiedade, podem ser atribuídas à deficiência de estrogénios ou alterações psicossociais relacionadas com a meia-idade. A terapia hormonal de substituição revela-se eficaz em aliviar algumas destas perturbações, quando realizada a curto/médio prazo. A controvérsia surge quando se pretende reduzir a incidência de DAC e osteoporose a longo prazo (Cohn & Cohn, 1998). Alguns estudos epidemiológicos sugerem que a terapia hormonal de substituição administrada após a menopausa, reduz para cerca de metade, a probabilidade de as mulheres terem um EAM (Stampfer et al., 1991; Barrett-Connor & Bush, 1991; Stampfer & Colditz, 1991). A terapêutica hormonal de substituição ao nível cardiovascular, parece estar indicada em mulheres com doença coronária declarada ou com elevado risco de vir a desenvolver esta patologia. Esta terapêutica reduz as complicações e a mortalidade por doença das coronárias, bem como a osteoporose e consequentes fracturas ósseas. No entanto poderá ter outros efeitos negativos como aumentar ligeiramente o risco de acidentes vasculares cerebrais, cancro do endométrio e da mama (Barrett-Connor & Bush, 1991; Grady et al., 1992; Cohn & Cohn, 1998).

3.5 Factores Psicossociais de Risco

Em termos de factores psicossociais de risco para as DAC, a literatura científica é escassa no que respeita às diferenças de género. Basicamente os estudos realizados nesta área sugerem que os factores de risco psicossociais referidos anteriormente para os homens são também aplicados às mulheres. Por exemplo, num estudo prospectivo baseado no *Framingham Study*, dirigido por Eaker (1989), o baixo estatuto sócio-económico foi relacionado com um aumento dos factores de risco para as DAC em homens e mulheres de todas as idades e em diferentes populações. No entanto, Jacobs & Sherwood (1996) citam um estudo ao nível do *stress* laboral, realizado na Suécia por Hall (1994), em que os resultados obtidos indicaram que eram os homens com trabalho *blue-collar*, que tinham altas exigências laborais, baixo suporte social e baixo controlo laboral, que apresentavam maior prevalência de DCV, enquanto que nas mulheres, a maior prevalência de DCV era entre as que tinham um trabalho *white-collar*, altas exigências laborais e baixo suporte social. Os diversos papéis desempenhados pela mulher, como o cuidar da família e da casa para além do emprego, podem ser considerados como uma das explicações para esta diferença (Jacobs & Sherwood, 1996).

Mais estudos são necessários para estudar a associação entre os factores de risco psicossociais ao nível do género, e o desenvolvimento de DCV.

3.6 Diagnóstico e Tratamento

No que concerne ao diagnóstico e tratamento das DAC, a literatura revela existirem diversas diferenças significativas ao nível do género, nomeadamente numa maior demora a procurar cuidados de saúde após o início dos sintomas (Clarke et al., 1994), na avaliação da dor no peito pelos profissionais de saúde (Ayanian & Epstein, 1991), na demora da formulação do diagnóstico, no encaminhamento para a prova de esforço e cateterização cardíaca (Dette & Stone, 1993), no maior tempo de internamento, nos procedimentos médicos farmacológicos e invasivos, e nos resultados dos tratamentos (Welty, 1994).

Parece existir na comunidade científica um estereótipo relativamente ao género que leva a uma maior propensão dos profissionais de saúde a atribuir as queixas referidas pelas mulheres a factores emocionais e não a causas físicas (*Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association*, 1991), reflectindo-se num tratamento menos rápido e efectivo, quer ao nível médico quer cirúrgico. Nas mulheres mais jovens, nas quais o EAM tem uma menor incidência, Jackson (1994) assinala que os sintomas do EAM apresentam

características mais atípicas e são por isso mais frequentemente atribuídos a causas não cardíacas. A dificuldade de estabelecer o diagnóstico pode ter por base o mito perpetuado pelo *Framingham Study*, no qual as DAC são consideradas uma doença masculina. Neste estudo, a dor no peito foi interpretada como sinónimo de doença das artérias coronárias. Como no seguimento a 12 anos se constatou que 70% dos homens que tiveram dor no peito faleceram com a doença cardíaca, em comparação com 30% das mulheres, a dor no peito tem sido considerada como benigna nas mulheres (Lerner & Kannel, 1986).

Segundo Kim e colegas (1999), os procedimentos de diagnóstico não invasivos estão associados a uma menor precisão na deteção do EAM em mulheres, pelo facto de estas terem uma menor prevalência de DAC e também porque estes instrumentos foram inicialmente validados em homens. As mulheres são, também, menos referidas pelos técnicos de saúde para fazerem intervenções cirúrgicas como a PTCA e a CABG (Ayanian & Epstein, 1991; Chandra et al., 1998; Gottlieb, et al., 2000; Kostis et al., 1994; Findlay, Cunningham & Dargie, 1994; Shaw et al., 1994). Contudo, não é muito claro se os procedimentos de PTCA e CABG são subutilizados nas mulheres ou sobreutilizados nos homens (Knox & Czajkowski, 1997; Wenger, Speroff & Packard, 1993).

Outra desigualdade do género em termos de tratamento, é que as mulheres são menos sujeitas à terapia trombolítica, apesar de os benefícios da sua utilização parecerem ser similares quer para homens quer para mulheres (Clarke et al., 1994; Gottlieb et al., 2000). De acordo com Maynard e colaboradores (1991), as explicações para este facto resultam do atraso na procura de assistência médica após o início dos sintomas, da idade avançada e da existência de outras condições médicas. Uma outra explicação é sugerida por Wenger (1997), que devido a apresentarem sintomatologia mais atípica do EAM do que os homens, fazem terapia trombolítica menos frequentemente. Verifica-se, também, algumas diferenças no que respeita à eficácia do tratamento com anti-trombolíticos, nomeadamente ao nível das consequências, constatando-se que as mulheres apresentam um maior risco de hemorragia cerebral (Lincoff et al., 1993).

Uma vez diagnosticado o EAM, as mulheres apresentam índices mais elevados de perturbações afectivas (depressão e ansiedade) e têm menor probabilidade de serem referidas para programas de reabilitação cardíaca. Talvez pelos motivos apresentados anteriormente é que Healey (1991) se refere a estes enviesamentos como o *factor Yentl*, o título de um filme em que a protagonista, uma jovem Árabe, tinha que se vestir à rapaz para poder ser bem aceite pela sociedade onde vivia. Considerando que os procedimentos cirúrgicos

(angioplastia e bypass) poderão melhorar a qualidade de vida e diminuir o aparecimento de novo EAM, as mulheres poderão estar desfavorecidas quanto à sua recuperação pós EAM.

3.7 Prognóstico

Encontra-se bem documentado na literatura científica que as mulheres com EAM apresentam um prognóstico menos favorável do que os homens, o que pode ser explicado por uma maior severidade da doença, pela classe *Killip* mais elevada, pela idade avançada, por uma menor utilização de terapia trombolítica e cirúrgica e por uma elevada comorbilidade (Clarke et al., 1994; Gillum, 1994; Gottlieb, et al., 2000; Hanratty et al., 2000; Hochman et al., 1999; Karlson, Herlitz & Hartford, 1994; Marrugat et al., 2001; Robinson et al., 1988).

Alguns estudos têm demonstrado que as mulheres apresentam maiores índices de mortalidade após um EAM, quer durante o internamento quer durante os primeiros meses após alta hospitalar (Clarke et al., 1994; Hanratty et al., 2000; Marrugat, 1998; Vaccarino et al., 1999; Wilkinson et al., 1994). Por exemplo, no *Framingham Study* após o início dos sintomas a mortalidade era maior nas mulheres. Outro estudo revelou que no primeiro ano após o EAM faleceram 44% das mulheres e somente 27% dos homens (Kannel & Wilson, 1995). Algumas explicações baseiam-se numa menor eficácia dos tratamentos farmacológicos em mulheres e numa subutilização dos procedimentos cirúrgicos (Hanratty et al., 2000; Wilkinson et al., 1994). No entanto, outros estudos têm demonstrado que a longo prazo, quando não são significativas as diferenças na idade e noutros factores de risco, as mulheres tendem a ter uma maior sobrevivência do que os homens (Maynard et al., 1997; Orenca et al., 1993; Vaccarino et al., 1995).

Tem-se verificado que o prognóstico também é pior para as mulheres ao nível dos tratamentos cirúrgicos (Wenger, Speroff & Packard, 1993). Os procedimentos cirúrgicos em mulheres apresentam resultados mais negativos do que nos homens no que concerne ao alívio da dor, ao regresso ao trabalho e à probabilidade de novo episódio de EAM. Diversos motivos podem explicar estes resultados. De acordo com Laskey (1992), é a própria constituição física das mulheres que pode explicar estes factos. As mulheres têm artérias coronárias mais pequenas e estreitas, aumentando a probabilidade de nova oclusão. Por seu lado, Wenger, Speroff & Packard (1993) referem o facto de as mulheres apresentarem uma idade mais avançada na altura do tratamento. Talvez por esse motivo, as mulheres percepcionem o tratamento cirúrgico como uma consequência da idade mais avançada e se envolvam de uma forma menos efectiva no tratamento e recuperação da doença (Hawthorne, 1994).

Existe ainda evidência de que após um EAM as mulheres ficam mais ansiosas, deprimidas, com maior *stress* e mais insatisfeitas com o suporte social do que os homens (Frank & Taylor, 1993). Estes dados serão abordados mais adiante.

4. A ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL NO PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

O EAM implica uma série de modificações psicossociais e comportamentais traduzidas num processo complexo de adaptação às exigências da doença (Ben-Sira & Eliezer, 1990). A ocorrência de um EAM é um dos acontecimentos humanos mais dramáticos e que normalmente surge de uma forma súbita e sem aviso prévio. O EAM representa uma ameaça vital para os doentes, não sendo invulgar que estes verbalizem este facto através de frases como “estive às portas da morte”, “escapei por pouco”, etc. O carácter inesperado do diagnóstico de EAM confronta a pessoa com uma “situação de crise”. De acordo com Caplan (1961), esta situação de crise, refere-se a um obstáculo que durante um período determinado de tempo impede a pessoa de atingir objectivos importantes, utilizando os mecanismos de *coping* habituais de confronto com os problemas.

O EAM, pelas suas características de morbilidade e mortalidade, acarreta consequências importantes ao nível psicossocial que devem ser tidas em consideração na promoção da qualidade de vida destes doentes. Genericamente, a qualidade de vida refere-se a uma “*capacidade individual de extrair satisfação de uma variedade de papéis no funcionamento físico, psicológico e social*” (Wenger et al., 1984; cit. por Weiss, Anderson & Weiss, 1991).

Como já foi referido anteriormente, nos anos mais recentes a comunidade científica tem prestado mais atenção aos aspectos psicossociais associados ao EAM, à sua reabilitação e qualidade de vida destes doentes. Diversos estudos de seguimento em dEAM realçam uma elevada prevalência de perturbações emocionais e de problemas de reintegração nas diversas dimensões de vida. As perturbações mais frequentemente observadas são: 1) a presença de ansiedade e depressão (Bennett & Carroll, 1997; Fisher, 1996; Flapan, 1994); 2) problemas familiares (Ewart & Fitzgerald, 1994); 3) dificuldades no regresso ao trabalho (Maeland & Havik, 1987; Riegel, 1993); 4) a diminuição da actividade sexual (Hamilton, 1990; Trelawney-Ross & Russell, 1987); e 5) a diminuição das actividades sociais e de lazer (Bueno, 1996; Diedericks, Bar, Hoppener & Vonken, 1991). Os determinantes destas dificuldades são complexos e envolvem um conjunto de factores que incluem as representações que as pessoas fazem da doença, o tipo de personalidade, a experiência passada de EAM (pessoal ou vicariante), a capacidade funcional, os efeitos secundários do tratamento e a resposta emocional à doença, o grau de comunicação fornecido pelos profissionais de saúde acerca da sua doença, as expectativas sócio-culturais, e o suporte social. A interpretação que cada

pessoa faz da sua doença é um processo individual e social, que se relaciona com as variáveis atrás mencionadas. Uma área de estudo em crescente expansão relaciona-se com as representações cognitivas que os doentes têm sobre a sua doença, um factor associado à adaptação e reabilitação da mesma (Odgen, 1999; Petrie & Weinman, 1997), que será aprofundado no capítulo 5. De seguida apresentámos uma revisão breve das respostas mais comuns na adaptação pós EAM.

4.1 Resposta Emocional ao Enfarte Agudo do Miocárdio

A co-morbilidade psicológica constitui uma característica comum que se encontra presente nos dEAM. Diversos estudos realizados nestes doentes focaram-se no impacto emocional (ao nível da ansiedade e depressão) desta doença, bem como nos seus familiares (Bennett & Carroll, 1997; Fisher, 1996; Flapan, 1994; Stern, 1990). Outros autores salientam as consequências destes factores na morbilidade, mortalidade e na reduzida qualidade de vida (Blumenthal & Emery, 1988; Frasure-Smith, Lesperance & Talajic, 1995; Kubzansky et al., 1997).

4.1.1 A Ansiedade

A ansiedade é uma reacção emocional característica dos doentes que se encontram na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) e, geralmente, surge na altura da admissão hospitalar. Na UCIC o doente “*sente o isolamento da família e da sociedade, o desaparecimento dos seus referenciais e a perda do seu estatuto, passando rapidamente para uma situação de dependente e indefeso*” (Paulino, 1996, pp.33).

As principais fontes de ansiedade em dEAM são a ameaça de morte, a monitorização clínica, os procedimentos médicos invasivos, o facto de estarem sujeitos a uma privação sensorial durante grande parte do dia, a constante observação e avaliação dos profissionais de saúde, o observar a morte de outros doentes com a mesma patologia na unidade onde estão internados e a recuperação da doença. Muitas vezes, a falta de comunicação por parte da equipa de saúde contribui para o aumento do medo e da ansiedade relativamente à doença, ao tratamento e ao prognóstico. Por estes motivos, diversos autores defendem que a intervenção psicológica na reabilitação cardíaca deve ter o seu início no momento da admissão na UCIC (Hackett & Cassem, 1975 cit. por Brannon & Feist, 1992; Rahe, 1990).

De acordo com Bennett & Carroll (1997) durante o internamento hospitalar a ansiedade moderada a severa é prevalente em 40 a 50% dos dEAM. Estes autores salientam ainda que a prevalência e os níveis de ansiedade descem substancialmente entre

três a seis meses após a alta. Existe alguma controvérsia relativamente a esta questão, na medida em que outros estudos demonstraram que os níveis de ansiedade e depressão apenas sofrem um ligeiro aumento durante o internamento hospitalar, aumentando de uma forma mais progressiva nas semanas seguintes à alta hospitalar e permanecem elevados pelo menos durante um ano (Johnston et al., 1999). Emergem actualmente algumas evidências de que os elevados níveis de ansiedade no pós EAM, constituem um factor de risco de mortalidade (Thomas et al., 1997) e de um agravamento do estado clínico (Moser & Dracup, 1996).

4.1.2 A Depressão

A depressão é outra reacção emocional característica em dEAM e, geralmente, coexiste com a ansiedade na altura do internamento na UCIC. De uma forma geral, a depressão vai aumentando progressivamente nas semanas ou nos meses seguintes ao EAM, altura em que o doente já integrou melhor o acontecimento de doença e das suas implicações, e fica mais consciente das suas limitações.

Diversos estudos realizados demonstraram que a depressão pós EAM está relacionada com um pior prognóstico nestes doentes, aumentando a mortalidade de cinco a seis vezes entre os seis meses e o ano (Frasure-Smith, Lesperance & Talajic, 1995; Mayou et al., 2000; Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999). Outros estudos realçam que a depressão influencia a reabilitação e a adaptação ao EAM, nomeadamente no regresso ao trabalho e noutros aspectos da qualidade de vida (Havik & Maeland, 1990; Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996), alteração de estilos de vida (Billing, Bar-On & Rehnqvist, 1997) e adesão aos cuidados médicos (Ziegelstein, Bush & Fauerbach, 1998).

Existe uma crescente evidência que o suporte social constitui um importante factor para moderar os efeitos da depressão na adaptação psicossocial ao EAM (Frasure-Smith et al., 2000). Numa investigação efectuada por Holahan, Holahan, Moos & Brennan (1997) em doentes com doença cardíaca, os resultados obtidos demonstraram que estes apresentavam mais sintomas depressivos quando comparados com um grupo de controlo sem doença cardíaca. No entanto, verificou-se que entre os doentes existiam algumas diferenças no que respeita à variação dos sintomas. Aqueles que possuíam um melhor suporte social e que apresentavam estratégias de coping mais adequadas para lidar com a doença referiam menor sintomatologia depressiva.

Mais recentemente, Frasure-Smith e colegas (2000) constataram que a depressão no pós EAM é um factor de risco acrescido para a incidência da mortalidade por doença

cardíaca a um ano, enquanto que o suporte social não se relaciona directamente com os índices de sobrevivência. No entanto, verificaram que elevados níveis de suporte social apresentam um efeito amortecedor no impacto da depressão na mortalidade. Os autores verificaram que no primeiro ano após o EAM, elevados níveis de suporte social levavam a uma melhoria nos sintomas depressivos.

Os resultados obtidos nos estudos anteriores reforçam o argumento da identificação e tratamento precoce destes doentes com sintomatologia afectiva, diminuindo-se assim os índices de mortalidade e melhorando a adaptação psicossocial à doença.

4.2 A Negação e o *Coping*

A negação é um dos mecanismos de coping utilizados na adaptação psicossocial no pós EAM.

O modo como as pessoas lidam com as doenças (*coping*), tem constituído nas últimas décadas uma área florescente de investigação, nomeadamente no diagnóstico, crise de saúde e adaptação à doença física. É actualmente reconhecido que existe uma variação individual na resposta a uma situação desencadeadora de *stress* (Folkman & Lazarus, 1988). Estes autores sugerem que a avaliação da situação de crise é determinante para o aparecimento de reacções emocionais e comportamentais. As emoções positivas surgirão deste modo como consequência de uma interpretação positiva, as emoções negativas ocorrerão se a situação for percebida como uma ameaça física ou psicológica. O *coping* pode ser definido como um esforço cognitivo e comportamental para gerir as exigências internas e/ou externas, e que são avaliadas como excedendo os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984). Estes esforços cognitivos e comportamentais são um processo dinâmico resultante das contínuas apreciações e reavaliações da interacção pessoa/ambiente. Perante um acontecimento perturbador do estilo de vida habitual, como o diagnóstico de um EAM, as estratégias de *coping* desempenham um factor mediador entre os estímulos desencadeadores de *stress*, a saúde e a doença.

O *coping* tem sido referido na literatura como um factor importante na recuperação de doenças cardiovasculares. No caso do EAM, a adaptação à doença pode ser influenciada pelo tipo de estratégias de *coping* utilizadas. De acordo com Moos & Schaefer (1984) (citado por Trigo et al., 2000, pp. 166), os estilos de *coping* podem ser classificados em três domínios: *coping* com foco na avaliação; *coping* com foco no problema; e *coping* com foco na emoção. Relativamente ao *coping* focado na avaliação, compreende as estratégias para dar um significado à situação geradora de *stress*, que passa por uma procura activa, ou por um

processo de negação ou de evitamento da situação. Por seu lado, o *coping* focado no problema, engloba as estratégias utilizadas para enfrentar e resolver a situação *stressante*, quer pela procura de informação e de alternativas que permita solucionar o problema. Por último, o *coping* focado na emoção, passa pelo desenvolvimento de estratégias para lidar com as emoções desencadeadas pela situação de *stress*.

A negação parece funcionar como um mecanismo de defesa nos doentes coronários, que lhes permite minimizar os sintomas físicos e perturbações emocionais que se associam à doença. Segundo Brouette (1998), a negação pode ser considerada um estilo adaptativo, que permite ao doente reduzir a ansiedade provocada pela doença. No entanto, se na fase aguda do EAM esta estratégia se pode revelar positiva para o doente ao nível de diminuição da ansiedade e depressão, após a alta pode levar à passividade, a alterações comportamentais, à não adesão terapêutica e ao adiamento na procura de cuidados médicos (Janne, Reynaert & Cassiers, 1990).

4.3 O Regresso ao Trabalho

Uma das principais preocupações dos homens com EAM relaciona-se com as implicações do EAM no trabalho. De acordo com Figueiras (1999), a importância social e emocional do trabalho tem um grande impacto em aspectos como a auto imagem masculina, papel familiar e identidade social, entre outras.

Existe algum consenso na literatura científica no intervalo de tempo que os dEAM demoram a regressar ao trabalho. Geralmente, entre 50 a 90% dos doentes demoram entre dois a quatro meses para regressar à sua anterior ocupação laboral (Bennett & Carroll, 1997; Flapan, 1994; Miller et al., 1990). Diversos factores podem estar associados com a demora no regresso ao trabalho. Maeland & Havik (1987) verificaram que os dEAM que habitavam numa zona rural, mais idosos, com baixo nível sócio-cultural e com mais complicações médicas durante a hospitalização, demoravam mais tempo a retomar o trabalho.

Um estudo de Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley (1996) incidiu no papel das percepções de doença na recuperação do EAM. Neste estudo, os pacientes que pensavam que a doença durava pouco tempo, tinha consequências menores e era passível de ser controlada, regressavam mais rapidamente ao trabalho.

A maior parte dos estudos relacionados com o regresso ao trabalho no pós EAM, envolvem predominante ou exclusivamente os homens. Alguns fazem referência a que as mulheres regressam ao trabalho numa menor percentagem de que os homens (Chirikos & Nickel, 1984; Shanfield, 1990; Walling, et al., 1988).

4.4 O Funcionamento Sexual

Após um EAM, a actividade sexual normal prévia à doença parece ser grandemente afectada num elevado número de doentes. Diversos estudos demonstraram que alguns doentes não retomam a sua actividade sexual (Papadoupoulos, 1978) e que outros doentes diminuem a actividade sexual de uma forma considerável (Froelicher et al., 1994).

Diversos motivos poderão estar associados com este facto:

- Uma diminuição da libido por causa dos efeitos secundários da medicação (Flapan, 1994);
- A depressão pode estar associada à impotência sexual (Araújo et al., 1998);
- A sintomatologia somática tal como dor, dispneia e cansaço. Num estudo realizado por Trelawney-Ross & Russell (1987), num seguimento de 6 meses, com uma amostra de 32 homens casados com EAM, constatou-se que 45% dos doentes não retomaram os níveis anteriores de actividade sexual por este motivo;
- O medo de agravamento da condição cardíaca.

De acordo com uma revisão da literatura efectuada por Hamilton (1990) até final dos anos 80, em vinte e um estudos realizados sobre “o retomar da actividade sexual pós EAM” apenas um estudo foi efectuada exclusivamente com mulheres; um outro compara homens e mulheres, e oito incluem homens e mulheres. Neles se constatou que as mulheres demoravam mais tempo a retomar a actividade sexual e referiam mais sintomas somáticos durante o acto sexual.

4.5 As Actividades Sociais e de Lazer

Existe escassa informação na literatura sobre os determinantes do regresso a actividades sociais e de lazer em dEAM. Salientamos Diedericks e colaboradores (1991), que apontam alguns factores que poderão influenciar o regresso a actividades sociais e de lazer como o perfil psicológico, a idade e o nível anterior de actividades sociais e de lazer.

4.6 A Família

Como salienta Ribeiro (1988/89), “*O EAM não é só do miocárdio, mas enfarte do doente, do casal ou da família*” (cit. por Paulino, 1996, p. 36). A doença coronária provoca frequentemente, uma alteração na dinâmica familiar e repercussões psicológicas nestes.

Surgem dúvidas e preocupações no seio da família sobre o futuro do paciente, nomeadamente quanto a:

- Receio de um novo EAM
- Incertezas quanto ao:
 - regresso a uma vida profissional activa
 - retomar da actividade sexual.

As perturbações emocionais e sintomatologia somática surgem com frequência nos cônjuges durante o internamento e prolongam-se durante o ano seguinte após o EAM (Balady et al., 1994; Johnston et al., 1999; Miller & Wikoff, 1989). Estes autores referem ainda que os níveis de ansiedade e depressão podem ser em grande medida reduzidos se os cônjuges forem incluídos nos programas de reabilitação cardíaca. Por exemplo, no estudo de Johnston e colegas (1999), os cônjuges que participaram nos programas de educação e aconselhamento juntamente com os doentes, apresentavam um maior conhecimento da doença, níveis inferiores de ansiedade e depressão e uma maior satisfação com os cuidados de saúde, quando comparados com o grupo de controlo.

4.7 Diferenças no Género na Adaptação Psicossocial no pós EAM

De acordo com a literatura, existem diferenças significativas ao nível do género no que concerne à adaptação psicossocial pós EAM: as mulheres demoram mais tempo a recuperar fisicamente do EAM e a regressar ao trabalho (Murdaugh & O' Rourke, 1988); podem experimentar mais alterações nos níveis de energia e uma restrição nas suas actividades diárias, eventualmente associados a uma diminuição do seu valor pessoal e autoconfiança (Fleury, Kimbell & Kruszewski, 1995); estão mais sujeitas a *distress* emocional (MacKenzie, 1993), depressão (Conn, Taylor & Wiman, 1991; Downing & Littman, 1994; Frank & Taylor, 1993; Thoreson & Low, 1994), ansiedade (Wiklund et al., 1993) e apresentam maiores problemas ao nível do desempenho sexual (Boogard & Brody, 1985).

Num estudo realizado por Wiklund e colaboradores (1993), um ano após o EAM e comparando géneros, as mulheres apresentam mais queixas psicológicas e psicossomáticas: sentir-se pressionadas pelo tempo, cefaleias, dificuldade em dormir e em relaxar, acordar muito cedo e/ou diversas vezes durante a noite e ansiedade.

Existe, deste modo, alguma evidência de que as dificuldades de adaptação psicossocial em mulheres contribuem para um pior prognóstico após EAM. Para além dos factores mencionados anteriormente, a idade mais avançada e as doenças crónicas

associadas podem dificultar a adaptação e a reabilitação cardíaca (Gatz, Harris & Turk-Charles, 1995).

5. REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA E O ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Uma vez que “as representações de doença” constituem um enfoque de trabalho empírico, debruçar-nos-emos mais aprofundadamente sobre este factor cognitivo de adaptação psicossocial pós EAM.

5.1 Definição e Modelos

Os comportamentos adoptados pelos seres humanos para manterem a saúde e evitarem e controlarem as doenças, reflectem as suas histórias idiossincráticas, médicas e psicossociais. Estas histórias são organizadas em esquemas que permitem às pessoas construir significados sobre as doenças e adoptar medidas comportamentais para evitar e tratar as mesmas (e.g. exercício físico, medidas dietéticas, tomar medicação, procura de cuidados médicos, adesão terapêutica...). É a construção de significados sobre o “estar doente” que origina o conceito de representações de doença, também denominado de crenças, percepções ou cognições de doença (Croyle & Barger, 1993). As “representações de doença” podem ser definidas como “crenças implícitas do senso comum que o paciente tem sobre as suas doenças” (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal & Nerenz 1985, cit. por Odgen, 1999, p. 56).

Os trabalhos de Leventhal, Meyer & Nerenz (1980); Leventhal, Nerenz & Steele (1984); Leventhal & Crouch (1997) demonstraram que as representações de doença podem ser alicerçadas em cinco dimensões ou componentes cognitivas: a) identidade (refere-se a uma etiqueta que a pessoa usa para descrever uma doença e os sintomas associados); b) causa percebida da doença (ideias pessoais sobre as causas da doença); c) dimensão temporal (diz respeito à crença do tempo que a doença irá durar); d) consequências (crenças sobre os possíveis efeitos ou consequências na vida dos doentes); e) possibilidade de cura ou controlo da doença (crença de que a doença pode ser tratada ou não, e se as consequências da doença podem ser controladas pelos próprios ou por outros).

Ao associar esta abordagem das representações de doença aos modelos de resolução de problemas, Leventhal e colaboradores (1980; 1985) formularam o *Modelo de Auto-Regulação de Doença*. Os conceitos principais deste modelo prendem-se com a avaliação que as pessoas fazem das ameaças à sua saúde, utilizando o conhecimento e esquemas pré-existentes (representações de doença) que, por seu lado, conduzem a uma acção comportamental, no sentido de evitar ou controlar essa ameaça. Este modelo implica que o doente tenha um papel activo nos processos de saúde e doença, pois as ideias e

pensamentos do doente podem ser desenvolvidos ou alterados com a experiência de novos sintomas ou informação recebida. Segundo Leventhal, Leventhal & Cameron (2001), as pessoas funcionam como sistemas de auto-regulação.

As representações iniciais de um problema de saúde que são construídas por uma pessoa (e.g. a dor que sinto no peito deve ter sido provocada por ter fumado muitos cigarros ontem à noite) levam a procedimentos de *coping* específicos (e.g. fumar menos; tomar analgésicos) que, por sua vez, são avaliados pela sua eficácia. Se a pessoa verificar que o procedimento de *coping* utilizado não foi eficaz para o alívio da dor, pode optar por outra estratégia de *coping* ou então pode alterar a sua perspectiva sobre a natureza do problema (e.g. a dor nunca mais passa - deve ser algo mais sério do que aquilo que estava a pensar), e iniciar respostas comportamentais dirigidas ao novo problema (ex. procurar ajuda médica). Neste sentido, o processo de auto-regulação ocorre ao longo de três fases: interpretação (do problema), *coping* (como lidar com o problema), e avaliação (se a estratégia de coping foi eficaz).

No *Modelo de Auto-Regulação*, a adaptação a uma doença específica é resultado de um processo de resolução de problemas, no qual a decisão de realizar determinadas acções reflecte a compreensão (representação) de uma ameaça à saúde, da capacidade pessoal para a controlar, e da experiência pessoal de custos e benefícios da utilização de um determinado procedimento. De acordo com Leventhal & Crouch (1997), o processo de adaptação é baseado em crenças e avaliações do senso comum. As representações da ameaça à saúde, os procedimentos de *coping* utilizados para controlar a doença e a avaliação final do processo de adaptação, são um produto das competências e compreensão individual.

Segundo Leventhal, Leventhal & Schaefer (1992), as ameaças à saúde são processadas em dois níveis: somático e emocional. Atendendo a determinados estímulos internos e/ou externos, as pessoas processam a informação somática que experimentam, concebem os planos e/ou procedimentos de *coping* para lidar com os sintomas e avaliam se os procedimentos foram ou não eficazes. De uma forma similar é processada a informação emocional (Fig.1).

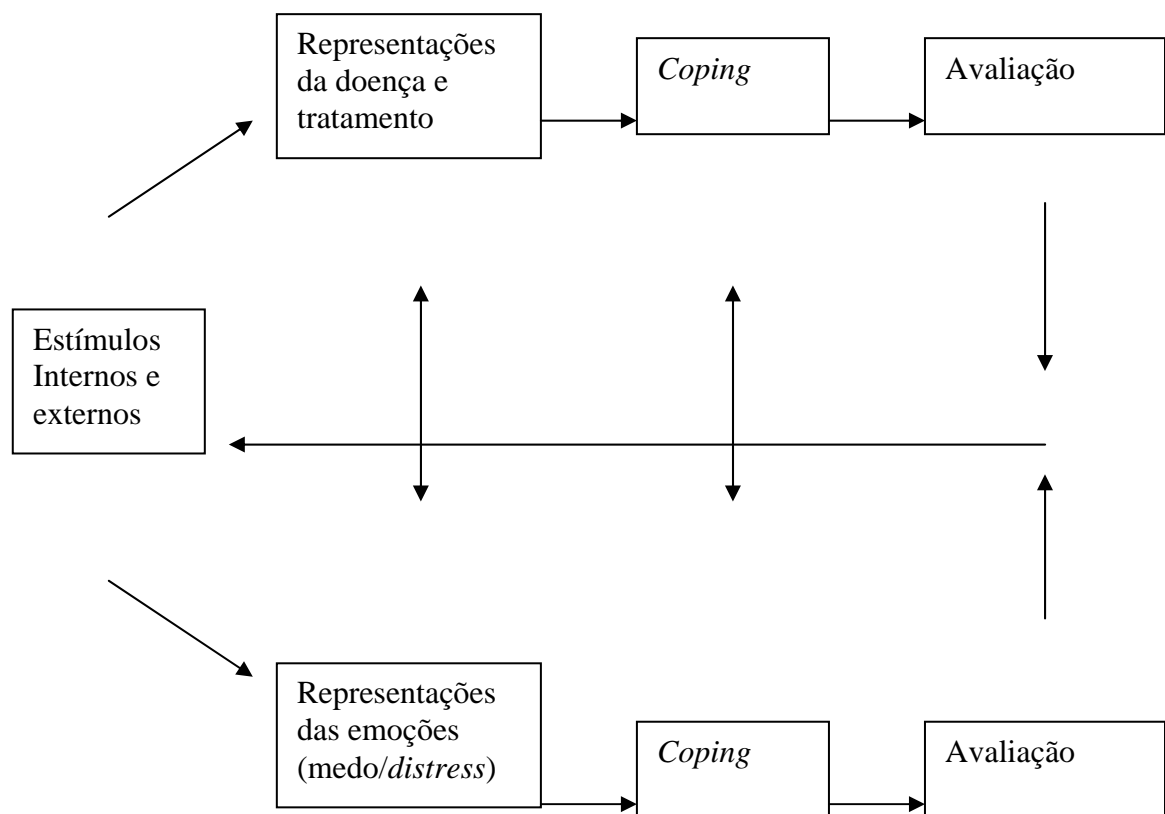


Figura 1. Modelo de Auto-Regulação de Leventhal (Adaptado de Leventhal, Leventhal & Schaefer, 1991).

A interdependência entre os dois níveis, que envolve a ligação entre os sistemas psicológico e fisiológico, constitui uma outra característica deste modelo. Por exemplo, as emoções podem afectar as representações ou o *coping* com a doença, gerando ou aumentando as sensações somáticas e os sentimentos de vulnerabilidade (Johnson & Tversky, 1983), reforçando ou minimizando as percepções de severidade da doença (Ditto, Jemmott & Darley, 1988), cit. por Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001). Os processos subjacentes à construção das representações de doença, à selecção e execução dos procedimentos de *coping* e às suas interacções com os processos emocionais, constituem a dinâmica da auto-regulação.

Outro aspecto crucial associado ao *Modelo de Auto-Regulação* envolve as interacções entre as características concretas e abstractas das representações, quer da doença quer da própria pessoa (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001). Estes autores salientam que há uma relação da idade e de determinados aspectos da personalidade (ex. motivação para aderir ao tratamento, capacidade para lidar com a dor, etc.) com as características concretas (ex.

experiência de sintomas), com a identidade fornecida à doença a partir dos sintomas que experimentam e com a antecipação dos sintomas ou a experiência somática do tratamento. Ao nível abstracto (ex. memória acerca de doenças), as representações da doença (ex. crenças acerca do tempo de vida, expectativas sobre o tratamento médico ou cirúrgico, etc.) interagem com outros factores do auto-sistema, como os sentimentos de vulnerabilidade ou de auto-eficácia para adoptar determinados hábitos de saúde.

Leventhal, Nerenz & Steele (1984) referem que os seres humanos lidam com a doença através do processamento de três principais fontes de informação: 1) informação geral disponível na cultura (ex. linguagem utilizada para etiquetar e descrever doenças, e tratamentos específicos, estigma associado a determinadas doenças, organização dos cuidados de saúde, política de saúde); 2) comunicação com o meio envolvente (ex. partilha de informação com familiares, amigos, professores, mass media); 3) experiência pessoal do doente em relação à doença (ex. ter um segundo EAM). Os autores sugerem que as representações individuais da ameaça à saúde, a selecção e avaliação dos procedimentos de *coping* reflectem as suas percepções (representações) das atitudes e crenças, e do ambiente cultural e pessoal. Assim, os factores sociais e culturais influenciam o modo como as pessoas percebem os sintomas. A informação sobre a doença é transmitida através de outras pessoas (médico, família, amigos, mass media...). Quando existe falta de conhecimento ou os esquemas existentes de doença não encontram significado para a experiência de determinados sintomas, a informação social torna-se um importante factor no processo de avaliação dos mesmos (Leventhal & Diefenbach, 1991).

O principal motivo que leva as pessoas a procurar cuidados de saúde relaciona-se com a experiência de sintomas. A percepção de sintomas pode ser considerada como a tomada de consciência individual de alterações nas funções corporais. Dor, transpiração, náusea ou febre, podem levar as pessoas a pensar que estão doentes e a ter comportamentos para controlar o sintoma e/ou a doença, nomeadamente na procura de cuidados médicos. A experiência de sintomas leva a pessoa a estabelecer uma associação entre estes e o conhecimento contido nos esquemas pessoais de doença, de forma a avaliar a ameaça que aqueles representam para a saúde (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001).

De acordo com Bishop (1991), a informação contida nos esquemas de doença, constitui um protótipo ou base de conhecimento que permite a comparação e interpretação dos sintomas corporais. Se os sintomas actuais apresentam alguma semelhança com o protótipo de doença pessoal, então esta pode fazer interpretações sobre o seu estado de saúde. Por seu lado, Leventhal & Diefenbach (1991) propõem que as comparações são

efectuadas tendo por base episódios de doença e não protótipos de doença. De uma forma geral, a interpretação e resposta aos sintomas inicia-se com uma procura activa na memória a longo prazo de episódios de doença, numa tentativa de estabelecer comparações entre o estado actual e a experiência prévia de doença. Diversos processos cognitivos-perceptuais estão envolvidos na forma como os sintomas são percebidos e interpretados, nomeadamente os factores individuais, psicológicos, culturais e sociais (Cioffi, 1991; Croyle, 1992; Pennebaker, 1983).

Ao nível individual, existem diferenças no que diz respeito ao foco atencional. Há pessoas que prestam mais atenção aos seus estados internos, enquanto que outras estão mais atentos a factores externos e, portanto, menos sensíveis a mudanças internas (Pennebaker, 1982). Este foco, quer seja interno ou externo, pode ter resultados positivos, dependendo dos efeitos desejados e da atenção ou distração dos sintomas físicos.

Outro aspecto importante relaciona-se com a influência das emoções e cognições no conteúdo e activação dos esquemas de doença (Leventhal & Diefenbach, 1991; Skelton & Pennebaker, 1982). Estes autores apontam o papel preponderante das emoções e das cognições na percepção dos sintomas, sobretudo nos estudos da dor. O estado de humor negativo está relacionado com um aumento da intensidade da dor (Verbrugge, 1985),

Em conclusão, as representações de doença são responsáveis pela interpretação e resposta aos sintomas corporais, baseiam-se em esquemas de doença e envolvem diversos processos cognitivos. A comparação entre os sintomas actuais e a história prévia de doença influencia a interpretação do estatuto da doença e a identidade do conjunto de sintomas. Esta interpretação é mediada por factores pessoais (auto-sistema) e por factores do ambiente. De acordo com Weinman & Petrie (1997) as percepções de doença são determinantes principais do prognóstico e adaptação às doenças crónicas, como as DCV.

5.2 Representações de Doença no Enfarte Agudo do Miocárdio

Ultimamente, a aplicação dos modelos de cognição social em diversos estudos tem demonstrado a importância dos factores psicológicos na resposta individual ao EAM. *O Modelo de Auto-Regulação* (Leventhal, Nerenz & Steele 1984) tem sido aplicado em diversos estudos da compreensão do modo como as pessoas fazem a adaptação psicossocial ao EAM (Figueiras, 1999; Petrie et al., 2002; Petrie & Weinman, 1997; Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996).

Como referido anteriormente, as representações de doença constituem um esquema para as pessoas construírem significados sobre os seus sintomas, avaliarem o risco para a saúde e participarem no processo de recuperação da doença. Tem sido constatado que as diferentes componentes das representações de doença se encontram relacionadas com aspectos particulares da reabilitação cardíaca (Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996).

Após o aparecimento dos sintomas do EAM, as pessoas iniciam um processo cognitivo complexo na tentativa de dar um significado a esses sintomas (avaliação) e no desenvolvimento de estratégias para lidar com eles (*coping*). Este processo pode ser explicado pelo *Modelo de Auto-Regulação* (Leventhal et al., 1984), descrito anteriormente, constitui um instrumento de trabalho que permite uma melhor compreensão das percepções individuais nas diversas fases da doença e é um guia para o desenvolvimento de intervenções mais efectivas no processo de reabilitação cardíaca.

A relação (precoce) dos sintomas do EAM com uma doença grave é influenciada pelo conhecimento anterior da sintomatologia das doenças cardíacas, e permite reduzir o intervalo de tempo entre o início dos mesmos e a procura de cuidados de saúde (Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996). O atraso na procura de assistência médica após o início dos sintomas constitui um processo complexo que depende da percepção individual e de factores contextuais. Dado os benefícios associados a um correcto diagnóstico e tratamento, a detecção precoce das DAC deve constituir um factor primordial por parte dos doentes e profissionais de saúde. No caso das mulheres de acordo com diversos estudos, verifica-se que a maioria não percepção as DAC como uma doença feminina, preocupando-se mais com a possibilidade de contrair cancro da mama, desconhecem os factores de risco e estão pouco informadas sobre as DAC (Legato et al., 1997; Mosca et al., 2000).

De acordo com Dracup e colegas (1995) o tempo de tomada de decisão constitui o elemento principal na demora da procura de cuidados de saúde. Petrie & Weinman (1997) salientam que a *identidade*, uma das componentes das percepções de doença, está relacionada com a demora na procura de assistência médica. Sendo a *identidade* a representação dos sintomas que os doentes associam ao EAM, quando surgem os sintomas, os doentes podem não os associar ao EAM, por não possuírem esquemas idiossincráticos da doença. Os doentes podem conceptualizar os sintomas em termos agudos, convictos de que vão passar, e por esse motivo os sintomas podem activar representações de doença não cardíaca e desse modo não recorrem aos serviços de saúde com a brevidade necessária.

Uma tentativa para explicar esta demora é feita por Safer, Tharps, Jackson & Leventhal (1979), que identificaram 3 estádios possíveis para a justificar:

1. Atraso de avaliação
2. Atraso de doença
3. Atraso de utilização.

O primeiro estádio, *o atraso na avaliação*, poderá ser facilmente explicado pelo modelo de Leventhal, Nerenz & Steele (1984), no qual a pessoa interpreta os sintomas de acordo com os esquemas de doença pré existentes, resultantes das experiências pessoal e vicariante, e da influência de factores sociais. O segundo estádio, *o atraso de doença*, compreende o período em que a pessoa reconhece que está doente e decide procurar cuidados médicos. O terceiro estádio (*atraso de utilização*), corresponde ao período entre o decidir procurar ajuda e o receber cuidados de saúde.

Após o diagnóstico de EAM e da admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, a construção de significados sobre as causas da doença começa a desenvolver-se. Este processo permite aos doentes a elaboração e integração da experiência de doença e, simultaneamente, facilita a estruturação de estratégias de *coping* para lidar com ela. De acordo com Petrie & Weinman (1997), muitos doentes constróem ideias sobre as causas do EAM baseado no conhecimento de outros doentes com a doença ou através dos canais de informação.

A adesão terapêutica constitui outro domínio no qual as representações de doença exercem um papel preponderante. Se a adesão terapêutica é perspectivada como uma forma de *coping*, a decisão de seguir as recomendações do tratamento é influenciada pelas representações da doença. No processo de adesão ao tratamento está subjacente a necessidade das pessoas manterem a coerência entre as interacções dinâmicas das representações, *coping* (ex. adesão ao tratamento) e avaliação (ex. a adesão ao tratamento é benéfica?). Num estudo prospectivo realizado em dEAM, Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley (1996) constataram que as percepções específicas da doença estavam relacionadas com diferentes comportamentos. De acordo com os autores, uma maior adesão à reabilitação cardíaca associava-se com a crença de que o EAM podia ser *controlado ou curado*, enquanto que a maior rapidez no regresso ao trabalho dependia da crença de que o EAM provoca *consequências* menos graves. Os doentes que acreditavam que o EAM teria sérias *consequências* para a sua vida apresentavam maior incapacidade em realizar tarefas de vida corrente, actividades de lazer e de interacção social.

Num estudo longitudinal realizado em Portugal, Figueiras (1999) procurou avaliar a importância das representações de doença no processo de reabilitação cardíaca pós EAM nos doentes e respectivos cônjuges. A autora utilizou o *Modelo de Auto-Regulação* como esquema de trabalho e o *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) como instrumento para avaliar as representações de doença. O *coping* com a doença e diversas dimensões da adaptação ao EAM foram também avaliados, nomeadamente o bem-estar psicológico, o regresso ao trabalho, o funcionamento social e sexual, e a alteração dos hábitos de vida. Os resultados obtidos sugerem que os componentes das percepções de doença influenciam diversos aspectos da adaptação à mesma, sendo as *consequências* a componente mais negativamente associada à adaptação ao EAM. A *identidade* e as *consequências* são os componentes que apresentam maior influência ao nível funcional e emocional. Os resultados demonstraram que os doentes que tinham uma percepção de consequências mais sérias, apresentavam níveis mais elevados de incapacidade e *distress*, bem como um pior funcionamento ao nível social, recreacional e sexual. Ao nível da *identidade*, um maior número de sintomas associado ao EAM estava relacionado com um pior bem-estar, vitalidade e actividade social. Os resultados obtidos com os cônjuges sugerem que a partilha de percepções positivas ao nível da *identidade* e *consequências* permite uma melhor adaptação física e psicológica, uma melhoria na actividade sexual e uma diminuição do impacto da doença nas actividades sociais e de lazer. As percepções positivas da componente *duração* estavam associadas a uma menor incapacidade e as percepções positivas de *cura/controlo* relacionadas com alterações significativas nos hábitos de vida (ao nível dos hábitos alimentares).

As crenças sobre as causas do EAM desempenham um papel crucial na compreensão individual de como a doença ocorreu e também como poderia ter sido prevenida (Arefjord et al., 2002). Após o diagnóstico de EAM os doentes desenvolvem crenças sobre as causas da doença. Estas crenças podem constituir um determinante para a responsabilidade individual e de controlo sobre o EAM, nomeadamente no *coping* e na necessária alteração de estilos de vida. Alguns estudos realizados em dEAM e respectivos cônjuges demonstraram que as atribuições causais da doença estariam relacionadas com alteração de comportamentos de saúde inadequados, na medida em que as crenças acerca das causas da doença, são importantes para a compreensão dos motivos porque a doença ocorreu e se podia ter sido prevenida. As crenças nas causas da doença podem ser um determinante importante, no controlo sobre a doença, facilitando a alteração desses factores de risco e confirmam a importância destas atribuições na adaptação à doença

(Arefjord et al., 2002; Figueiras, 1999; Weinman et al., 2000; Petrie & Weinman, 1997). Nestes estudos, a atribuição causal mais comum para o EAM era o *stress*, seguido de vários comportamentos de risco para a saúde.

Tendo em consideração a informação mencionada anteriormente sobre a adaptação psicossocial no pós EAM, ressalta a impressão de que esta é uma área complexa, atendendo aos múltiplos factores envolvidos. Os diversos estudos referenciados, reforçam a ideia da necessidade de ser produzida mais investigação em diversos aspectos da adaptação psicossocial, nomeadamente nas diferenças ao nível do género em termos de factores emocionais, representações de doença, alteração de factores de risco, regresso à vida activa e qualidade de vida.

6. A REABILITAÇÃO CARDÍACA PÓS ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Nos últimos 20 anos temos vindo a assistir a uma modificação na concepção da reabilitação cardíaca. Se até esta altura a reabilitação cardíaca apresentava um cariz mais médico, direccionada para os aspectos clínicos do EAM e para o fornecimento de informação que visava a alteração dos factores de risco denominados clássicos (ex. hábitos tabágicos, alimentação, exercício físico), recentemente, os programas de reabilitação cardíaca estendem-se para outros domínios e incluem uma perspectiva biopsicossocial dos doentes com EAM. Após a manifestação da doença coronária, os objectivos primordiais da reabilitação cardíaca consistem em controlar os sintomas e em reduzir as consequências da doença, através do desenvolvimento e utilização de técnicas médicas e cirúrgicas, combinados com programas de reabilitação cardíaca que incluem uma abordagem multidisciplinar. O objectivo último consiste em restaurar e manter um óptimo estado fisiológico, psicológico, social e profissional nos doentes e melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida (Bueno, 1996).

A reabilitação cardíaca constitui uma importante componente de um plano compreensivo para prestar cuidados de saúde aos dEAM e deve ser integrado em todos os serviços de saúde. Apesar dos benefícios dos programas de reabilitação, a *American Heart Association* (1994) refere que apenas 15% dos pacientes com DAC participam nesses programas. Algumas possibilidades que poderão estar relacionadas com esse facto são sugeridas por este organismo: não referência pelos seus médicos para estes programas; ausência de motivação; dificuldades logísticas ou financeiras; ausência de programas disponíveis na zona de residência; dificuldades de transporte; incompatibilidade com o trabalho; uma combinação destes factores ou uma ausência de condições institucionais e profissionais para a sua realização.

Em 2000, a *American Heart Association* e a *American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Writing Group*, elaboram um documento dirigido aos profissionais de saúde, onde referem que os programas de reabilitação cardíaca devem conter alguns componentes principais com o objectivo de reduzir o risco cardiovascular: promover comportamentos de saúde e adesão a estes comportamentos, reduzir as incapacidades e promover um estilo de vida activo nos doentes com patologia coronária (Balady et al., 2000). A reabilitação cardíaca pode ser, então, considerada como um processo de intervenção multifactorial em pessoas com DAC de acordo com um programa estruturado (Wenger et al., 1995). Este processo deve iniciar-se no dia do internamento e

incidir numa avaliação do doente no que respeita ao seu estado médico, psicossocial, nutricional, educacional e profissional, na tentativa de melhorar e manter as necessidades idiossincráticas de cada doente.

A intervenção pode incidir inicialmente na promoção do conforto físico e psicológico, pelo alívio da dor e redução do impacto emocional provocado pela doença; garantir uma relação de confiança com os prestadores de cuidados de saúde; fornecer um diagnóstico e programa de tratamento sucinto e compreensível (Fisher, 1996). Esta intervenção corresponde à fase I dos programas de reabilitação cardíaca. A fase II deste processo tem, geralmente, o seu início uma a três semanas após a alta hospitalar, e prolonga-se de quatro a seis semanas até seis meses ou mais. Esta é a fase que corresponde à participação num programa multifactorial que deve ser estruturado de acordo com as necessidades do doente e, geralmente, inclui exercício terapêutico, actividade física, modificação de factores de risco, educação para a saúde, aconselhamento nutricional e profissional, suporte e intervenção psicológica e/ou psiquiátrica. Uma vez alcançados os objectivos iniciais, a reabilitação continua num programa de manutenção, com ou sem monitorização ou supervisão formal, sendo esta fase denominada fase III.

Os estudos sobre os benefícios dos programas de reabilitação cardíaca têm sido predominantemente realizados na população masculina com menos de 70 anos de idade. Os efeitos destes programas em mulheres e idosos não se encontram ainda bem determinados. No entanto, os efeitos fisiológicos de alguns componentes da reabilitação cardíaca, como o exercício físico, estendem-se a homens e mulheres e a todas as idades (Pollock & Wilmore, 1990).

6.1 Programas de Reabilitação Cardíaca em Portugal

De acordo com um inquérito realizado por Mendes (1999) aos programas de reabilitação cardíaca realizados em Portugal, os resultados não se apresentam animadores quando comparados com outros na Europa Comunitária e Estados Unidos.

Neste documento é possível, em primeiro lugar, constatar que existem escassos centros de reabilitação cardíaca em Portugal e que estes se localizam nas áreas de Lisboa e Porto. Em segundo lugar, os índices de admissão de doentes coronários a esses centros no ano de 1998 cifraram-se em apenas 0.7% dos EAM do total do país, e 0.9 e 1.9%, respectivamente, das áreas de Lisboa e do Porto, sendo estes valores muito inferiores aos de outros países (entre 15 e 50% em diversos países da Europa e EUA). Tendo em consideração os dados obtidos pelo Registo Nacional do Enfarte Agudo do Miocárdio, numa recolha de

informação entre Fevereiro e Maio de 1999 relativa a doentes que foram internados nos hospitais com o diagnóstico de EAM, apenas 0.5% dos que tiveram alta hospitalar foram referenciados para programas de reabilitação cardíaca ficando desta forma muito aquém do que seria esperado (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2000).

Segundo Mendes (1999), o quadro técnico dos centros de reabilitação é pluridisciplinar, envolvendo médicos, outros técnicos de saúde e de educação física. Apesar de ainda existirem poucos estudos em Portugal ao nível de programas de reabilitação cardíaca que incluam uma abordagem biopsicossocial, de que são exemplos os estudos de McIntyre, Fernandes & Soares (2000) e Almeida e colaboradores (1997), os resultados obtidos apontam para a importância de uma abordagem integrada e multidisciplinar no processo de recuperação pós EAM, quer ao nível de modificação de factores de risco, quer em termos de melhoria de qualidade de vida.

Relativamente às mulheres não temos conhecimento de dados sobre a reabilitação cardíaca no nosso país.

6.2 A Reabilitação Cardíaca numa Perspectiva Médica

De acordo com a *American Heart Association* (1995), a reabilitação cardíaca consiste num processo no qual é realizada uma intervenção com especial incidência na identificação e modificação dos factores de risco. Os objectivos são aumentar a expectativa e melhorar a qualidade de vida, diminuir a necessidade de outros procedimentos médicos ou cirúrgicos (como a angioplastia e o bypass), reduzir a probabilidade de novo enfarte e melhorar a capacidade funcional (ex. ao nível cardíaco e hemodinâmico), em pessoas com doença cardíaca estabelecida.

Os programas de reabilitação cardíaca, numa perspectiva médica, abordam essencialmente a modificação de factores de risco comportamentais e são direccionados para a promoção e manutenção de actividade física, hábitos alimentares saudáveis, controlo do peso, redução do colesterol, controlo da hipertensão e deixar de fumar. Estas medidas revelam resultados positivos na redução da mortalidade cardiovascular (Oldridge et al., 1988; Paffenbarger et al., 1986); melhoria da capacidade funcional (Cannistra et al., 1992); retardar do desenvolvimento ou mesmo reversão da aterosclerose coronária (Kane et al., 1990; Schuler et al., 1992); na redução da probabilidade de novo EAM (Rosenberg et al., 1985).

Este tipo de reabilitação cardíaca numa perspectiva médica, assenta essencialmente e com base em dados clínicos, no fornecimento de informação e conselhos para alterar factores de risco clássicos, não tendo em consideração aspectos psicossociais dos doentes.

Deste modo não são geralmente tomados em conta variáveis extremamente importantes, como as variáveis sócio-demográficas, os aspectos emocionais, a motivação para a modificação de factores de risco, a adesão terapêutica, as cognições de doença dos pacientes, a participação em programas de reabilitação integrados e multidisciplinares, a participação da família no processo de reabilitação, bem como outros factores psicossociais (ex. *stress*, padrão de comportamento tipo A, suporte social,...).

6.3 A Reabilitação Cardíaca numa Perspectiva Biopsicossocial

A importância das variáveis psicossociais no desenvolvimento das doenças das artérias coronárias e no prognóstico de doentes com DAC só recentemente recebeu atenção por parte da comunidade científica. Com a crescente constatação e compreensão dos factores psicológicos e comportamentais no desenvolvimento, manutenção e recuperação do EAM, diversos componentes psicossociais foram incluídos em grande parte dos programas de reabilitação actuais (Brannon & Feist, 1992; Ewart & Fitzgerald, 1994; Krantz & Lundgren, 1998). De entre os factores psicossociais que tem constituído alvo de intervenções psicológicas nas DCVs destacam-se o padrão de comportamento tipo A e a hostilidade, a depressão, a ansiedade, o isolamento social, o *stress*, a ausência de competências sociais e mais recentemente as percepções de doença.

De acordo com Johnston (1997), as intervenções psicológicas no pós EAM têm subjacentes dois objectivos principais: a) melhorar a saúde cardiovascular e minimizar o risco de novo EAM; b) reduzir as perturbações emocionais e a sua interferência na vida quotidiana das pessoas com esta patologia. Para atingir os objectivos anteriores, Bellg (1998) propõe que as intervenções psicológicas no pós EAM devem ser dirigidas para: 1) alteração de estilos de vida e promoção de hábitos de saúde, bem como promoção da adesão aos tratamentos médicos recomendados; 2) apoiar os doentes a lidar com questões relacionadas com a doença e perturbações psicopatológicas (ex. ansiedade e depressão); 3) alteração dos factores fisiológicos que influenciam o início e progressão da doença (ex. associação entre factores psicossociais e a doença física).

Tendo em consideração o exposto anteriormente, a intervenção psicológica direcciona-se essencialmente para a integração do doente no processo de reabilitação cardíaca e promoção de uma melhor adaptação psicossocial. De um modo geral, podemos afirmar que a intervenção psicológica visa principalmente as seguintes áreas: 1) identificação dos factores de risco que contribuíram para o aparecimento, manutenção ou agravamento das doenças cardiovasculares e modificação desses mesmos factores (ex.

hábitos tabágicos, alimentares, inatividade física, ansiedade, depressão); 2) promoção de estilos de vida mais saudáveis; 3) redução do impacto emocional provocado pela doença; 4) identificação, exploração e modificação das representações de doença; 5) identificação e desenvolvimento de mecanismos de *coping* a nível funcional e emocional para fazer face à doença, ao tratamento e exames a realizar; 6) promoção de uma reintegração progressiva e saudável nas várias dimensões de vida; 7) promoção da adesão aos regimes de tratamento e reabilitação cardíaca; 8) intervenção ao nível familiar/social e promoção do apoio familiar adequado; 9) melhoria da comunicação inter-equipa multidisciplinar; 10) referenciação do paciente para terapia de grupo, caso este possa beneficiar com este tipo de terapia.

Em termos de estratégias de intervenção, a educação para a saúde, o aconselhamento, a terapia cognitivo/comportamental e o treino de controlo de *stress* são técnicas que têm sido grandemente utilizadas nos programas de reabilitação cardíaca. Estas medidas têm apresentado resultados promissores na alteração de factores de risco comportamentais e psicossociais, na redução do sofrimento e *distress* e na melhoria da adaptação psicossocial destes doentes (Blumenthal & Emery, 1988; Miller et al., 1990). A importância da modificação dos factores de risco coronários, incluindo os psicossociais, como o comportamento tipo A e a hostilidade, foi recentemente reconhecida em diversos estudos (*Lifestyle Heart Trial*, Ornish et al., 1990; *Recurrent Coronary Prevention Project*, Friedman et al., 1986; *Montreal Type A Intervention Project*, Roskies et al., 1986).

O *Recurrent Coronary Prevention Project* decorreu durante 4 anos em 1000 homens com EAM e com comportamento tipo A identificado, e visava a redução do padrão de comportamento tipo A e a hostilidade. Obtiveram-se resultados positivos com reduções significativas no comportamento tipo A e na hostilidade, comparativamente ao grupo de controlo (Friedman et al., 1986). Um dos aspectos mais relevantes nos resultados obtidos relaciona-se com a redução em cerca de 50% de novos EAMs (fatais e não fatais) no grupo sobre o qual incidiu a intervenção. Resultados positivos consequentes à educação para a saúde em doentes coronários, foram também obtidos por Oldenburg, Perkins & Andrews (1985) que compararam um programa de educação e orientação, que incluía técnicas de relaxamento, controlo da ansiedade e informações sobre a doença, com o programa clínico habitual para os doentes com patologia coronária. Os doentes que participaram no programa de educação e orientação apresentavam menos perturbações emocionais e referiram menos sintomatologia cardíaca.

A intervenção em grupo na reabilitação e adaptação psicossocial às doenças cardiovasculares também tem sido utilizada com resultados muito positivos. Dentro de

diversos programas em grupo, destacam-se os seguintes: o *Recurrent Coronary Prevention Project* (Friedman & Rosenman, 1986, 1987), o *Lifestyle Heart Trial* (Gould et al., 1995; Ornish et al., 1990, 1993), e o *Project New Life* (Burell, 1993), cit. por Allan & Scheidt (1996).

O *Recurrent Coronary Prevention Project* demonstrou efeitos significativos, na redução da morbidade e mortalidade, através de estratégias de modificação comportamental. O objectivo central deste programa, pretendia verificar se pela redução do *Padrão de comportamento tipo A*, a probabilidade de reenfarte diminuía. Os resultados sugeriram uma diminuição significativa, na recorrência de problemas cardíacos, relativamente ao grupo de controlo (Burell, 1996).

O *Lifestyle Heart Trial* baseou-se numa intervenção ao nível da modificação dos estilos de vida (dieta, tabagismo, exercício físico e controlo de *stress*). Os autores verificaram que os sujeitos do grupo experimental, ao fim de um ano, praticavam mais exercício físico, utilizavam mais técnicas de controlo de *stress*, tinham mais sentimentos positivos e de bem estar, enquanto que os sentimentos de ira e hostilidade diminuíram. Também verificaram que os pacientes do grupo experimental, revelavam uma diferença clínica significativa na regressão da aterosclerose coronária, em relação ao grupo de controlo. Concluíram então, que é possível alcançar uma regressão na aterosclerose coronária, através de mudanças comportamentais e de estilos de vida, sem recorrer ao uso de fármacos (Brannon & Feist, 1992).

O *Project New Life* foi realizado em doentes com EAM e que efectuaram cirurgia de bypass aorto-coronário. A intervenção consistia na modificação do comportamento tipo A, na resolução de problemas e no fornecimento de competências para lidar com a dor, ansiedade e *distress*. Tal como o *Recurrent Coronary Prevention Project*, os resultados obtidos são consistentes com a redução da mortalidade e de menor probabilidade de reenfarte, no grupo experimental (Burell, 1996).

Estes programas basearam-se em técnicas de modificação de factores de risco comportamentais e psicossociais e os resultados obtidos sugeriram uma diminuição significativa na recorrência de problemas cardíacos, redução dos índices de ansiedade e depressão, e uma melhor adaptação psicossocial à doença.

O impacto que o EAM pode provocar na família encontra-se bem descrito na literatura e relaciona-se essencialmente com as alterações na dinâmica familiar, problemas conjugais e familiares, dúvidas e receios do prognóstico, perturbações emocionais e sintomatologia somática (Balady et al., 1994; Miller & Wikoff, 1989). Neste sentido, a intervenção com a família é importante em todo este processo e deve ser dirigida para a sua

reorganização. Uma estratégia fundamental passa pela disponibilização de apoio emocional e fornecimento de informação (McIntyre, 1994) para incrementar estratégias adequadas e reduzir a incerteza para lidar com a doença do familiar. A inclusão do cônjuge ou outros familiares no processo de reabilitação cardíaca, mesmo ainda na fase de hospitalização, revela-se importante não só para apoio emocional aos familiares mas também para integrá-los neste processo (Ewart & Fitzgerald, 1994; Figueiras, 1999; Foulkes, Johnston & Robertson, 1993; Johnston et al., 1999). Pode ser necessário incluir a família na modificação de comportamentos de risco (hábitos alimentares, cessação tabágica ou hábitos de exercício físico) para que o doente possa dar continuidade às intervenções iniciadas no hospital. Simultaneamente, a participação dos cônjuges nos programas de reabilitação pode ser relevante e benéfico para eles próprios, na medida em que o suporte e a informação fornecida durante o programa permitem promover sentimentos de controlo e diminuir o *distress* relacionado com o estado de saúde do familiar (Foulkes, Johnston & Robertson, 1993; Weinman, Petrie, Sharpe & Walker, 2000).

A adesão terapêutica é outro foco de intervenção que deve ser privilegiada em qualquer programa de reabilitação cardíaca. O sucesso a longo prazo de qualquer programa de reabilitação cardíaca relaciona-se com a adesão do doente ao programa e ao tratamento. Diversos factores podem estar associados a uma diminuição da adesão aos programas de reabilitação cardíaca: a ausência de uma comunicação clara dos profissionais de saúde; o facto de o programa não estar de acordo com as necessidades individuais; dificuldades na acessibilidade ao local onde se realiza o programa; horários considerados inconvenientes; pouca preparação profissional do orientador do programa; ausência de informação e *feedback* sobre os progressos obtidos. As percepções do doente, assim como as circunstâncias pessoais e sociais, podem determinar a sua adesão às recomendações médicas (Donavan & Blake, 1994). De acordo com Delbanco (1992), algumas estratégias úteis para a promoção da adesão terapêutica aos programas de reabilitação incluem: uma comunicação clara entre os profissionais de saúde e o doente, e sua família; suporte emocional e redução de medos; explicações claras e compreensíveis sobre a reabilitação cardíaca; procura de estratégias de reabilitação que tenham em atenção os valores, preferências e necessidades individuais; estabelecer horários convenientes e acompanhar o doente ao longo do processo de reabilitação, fornecendo uma continuidade de cuidados entre as diversas transições. A combinação de diversas estratégias parece ter resultados positivos na intervenção na adesão terapêutica (Dunbar-Jacob et al., 1995). Para além das referidas anteriormente, podem ser destacadas a educação para a saúde, o estabelecimento

de contratos, a auto-monitorização, o suporte social e o *follow-up* através do telefone (Miller et al., 1997).

Como referido anteriormente, as representações de doença tem constituído recentemente uma nova área de intervenção na reabilitação cardíaca e adaptação psicossocial à doença. Utilizando o *Modelo de Auto-Regulação de Doença*, Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley (1996) demonstraram que dEAM apresentavam crenças claras sobre a *causa, tempo de duração, consequências e controle* da sua doença, durante o internamento na unidade de cuidados coronários. Segundo os autores, estas crenças encontram-se associadas com a subsequente reabilitação cardíaca e com a adaptação à doença, como o regresso ao trabalho e funcionamento social. Neste sentido, a alteração das percepções de doença deve constituir um dos objectivos dos programas de reabilitação cardíaca. Num estudo conduzido por Petrie e colegas (2002), em que foi realizada uma intervenção breve para modificação das percepções do EAM, obteve-se uma melhor preparação dos doentes para a alta hospitalar, um regresso ao trabalho mais rápido e uma redução da sintomatologia somática aos três meses. Existe, assim, alguma evidência que a alteração das representações de doença mais negativas está relacionada com uma redução de incapacidades e uma melhor reabilitação cardíaca e, por esse motivo, deve ser parte integrante destes programas.

6.4 Diferenças na Reabilitação Cardíaca com o Género

Apesar da existência de escassa investigação efectuada com mulheres na reabilitação cardíaca, alguns estudos sugerem que esta também apresenta benefícios, nomeadamente ao nível da capacidade funcional, redução do risco de novos enfartes e melhoria da qualidade de vida (Ades et al., 1992; Blair, 1993; Cannistra et al., 1992; Downing & Littman, 1991; Knox & Czajkowski, 1997; Lavie & Milani, 1995; O'Farrell et al., 2000). Estudos realizados para avaliar o efeito das intervenções na redução de factores de risco sugerem alguma evidência de que em mulheres as estratégias comportamentais apresentam eficácia na redução do hábito de fumar (Gritz, 1994; Ockene, 1993), obesidade (Jeffery, 1994) e promoção de exercício físico (King, 1994).

Apesar de os benefícios da reabilitação cardíaca estarem bem documentados no pós EAM e cirurgia de bypass coronário, os índices de utilização destes programas são muito reduzidos (Thomas et al., 1996). Num estudo conduzido por estes autores, nos Estados Unidos, sobre as diferenças ao nível do género na reabilitação cardíaca, os resultados obtidos salientam a menor participação das mulheres nestes programas (6.9% versus 13.3%

nos homens). Para além de participarem menos, apresentam também maiores desistências (Boogaard & Briody, 1985; Cannistra et al., 1992; Downing & Littman, 1994).

Os motivos que conduzem às diferenças no género na participação em programas de reabilitação cardíaca permanecem ainda pouco claros. Alguns autores apontam algumas sugestões: o facto de os próprios programas estarem mais direccionados para satisfazer os padrões e as necessidades masculinas (Thoreson & Low, 1994); o papel desempenhado pela mulher na sociedade, as responsabilidades familiares e a prestação de cuidados aos filhos (Shumaker & Hill, 1991; wenger, Speroff & Packard, 1993); o menor nível educacional e estatuto económico da mulher (Wingard et al., 1992); o tipo e grau de encorajamento que as mulheres recebem do seu médico assistente (Ades, Waldmann, Polk & Coflesky, 1992); o facto de terem uma maior idade, pior estado funcional e coexistência de outras doenças (Halm et al., 1999; Redman, 1999); outros factores psicossociais (Boogaard & Briody, 1985; Oldridge, LaSalle & Jones, 1980).

Em sumário, e com base na revisão da literatura científica, salienta-se a necessidade de conhecer melhor as diferenças ao nível do género nas DAC, quer em termos de factores de risco, prevenção, etiologia, desenvolvimento, adaptação psicossocial, participação em programas de reabilitação e adesão terapêutica. Muitos dos estudos realizados estão mais focados num modelo masculino, e as constatações obtidas são posteriormente aplicados às mulheres. Contudo, nos anos mais recentes, tem surgido alguns estudos que reforçam a ideia da existência de diferenças significativas entre homens e mulheres, nos diversos aspectos relacionados com as DAC. O presente trabalho pretende fornecer uma contribuição para conhecer melhor algumas diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós EAM, nomeadamente do impacto da ansiedade e da depressão na adaptação psicossocial e a influência das representações de doença na mesma adaptação. Adicionalmente, pretende-se investigar a influência de variáveis sócio-demográficas e clínicas na adaptação psicossocial pós EAM a curto prazo. Estas avaliações a curto prazo são pertinentes, no sentido da necessidade de se proceder precocemente a uma correcta avaliação das variáveis mencionadas, das diferenças existentes ao nível do género, tendo em vista a sua modificação e tratamento, permitindo assim uma melhor adaptação e qualidade de vida no pós EAM em homens e mulheres.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Esta investigação é orientada no sentido de avaliar as diferenças ao nível do género, na adaptação psicossocial a curto prazo, no pós enfarte agudo do miocárdio. No 1º capítulo será abordada a metodologia utilizada neste estudo e no 2º capítulo serão descritos os resultados obtidos. A interpretação e discussão dos resultados serão apresentadas no 3º capítulo. No 4º capítulo procede-se a uma sumarização dos resultados, descrevem-se algumas limitações do estudo, fornecem-se sugestões para futuros estudos e tiram-se algumas conclusões do estudo aqui apresentado.

CAPÍTULO I

METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos apresentar a metodologia utilizada na realização do presente estudo, iniciando essa apresentação pelos objectivos da investigação e hipóteses a testar. Seguem-se as variáveis estudadas, o procedimento de recolha de dados, a população e amostra (especificando os critérios de selecção da amostra e sua descrição), os instrumentos de avaliação utilizados, e por último, o procedimento de análise de dados.

A metodologia utilizada neste estudo foi aquela determinada pela equipa do projecto alargado, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, com o POCTI n.º 35749/99. O trabalho aqui apresentado foi efectuado numa sub-amostra desse estudo, contemplando apenas a adaptação psicossocial a curto prazo. Assim, o objectivo principal desta investigação é avaliar as diferenças existentes ao nível do género, no processo de adaptação psicossocial a curto prazo, em doentes com enfarte agudo do miocárdio.

Esta investigação foi realizada numa amostra portuguesa de doentes com enfarte agudo do miocárdio, obtida em dois hospitais centrais da região norte. É um estudo de coorte, do tipo longitudinal correlacional/diferencial (Almeida & Freire, 1997) em homens e mulheres, diagnosticados com EAM. Os doentes foram avaliados em três momentos: o momento 1 foi realizado dois dias após a admissão hospitalar; o momento 2 foi efectuado na altura da alta hospitalar (cerca de sete dias após a admissão); e o momento 3, quinze dias após a alta.

1 OBJECTIVOS

A literatura científica tem demonstrado a importância das variáveis psicossociais, como os factores emocionais (ansiedade e depressão) e as representações de doença, no processo de recuperação e adaptação psicossocial ao EAM (Bennett & Carroll, 1997; Figueiras, 1999; Fisher, 1996; Flapan, 1994; Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996; Petrie & Weinman, 1997).

O objectivo geral deste estudo é a avaliação das diferenças existentes ao nível do género em doentes com enfarte agudo do miocárdio (dEAM) ao nível da adaptação psicossocial a curto prazo. Este estudo insere-se num projecto mais alargado intitulado “*Psychosocial outcomes in rehabilitation following myocardial infarction in Scottish and Portuguese women: A cross-cultural comparison*” financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (POCTI n.º 35749/99). Como já foi referido atrás, neste estudo considera-se apenas a adaptação a curto prazo ao EAM e algumas das variáveis utilizadas no projecto acima especificado.

O desenvolvimento desta investigação foi orientado pelos seguintes objectivos específicos:

- a) Estudar as diferenças existentes entre homens e mulheres, no que respeita à adaptação psicossocial a curto prazo no pós EAM.
- b) Descrever as percepções de doença em doentes com enfarte agudo do miocárdio e compará-las ao nível do género, nos 3 momentos de avaliação.
- c) Explorar a importância das variáveis sócio-demográficas e clínicas, na adaptação psicossocial a curto prazo.
- d) Utilizar os resultados obtidos para fornecer pistas para o desenvolvimento de orientações para a reabilitação cardíaca a curto prazo, tendo em consideração o género.

2 HIPÓTESES

Assim, tendo em perspectiva o género e a influência dos factores emocionais e as representações de doença na adaptação psicossocial a curto prazo no pós EAM, colocamos as seguintes hipóteses:

1 - Prevê-se uma diferença significativa entre homens e mulheres na adaptação psicossocial a curto prazo, no pós enfarte agudo do miocárdio, apresentando as mulheres maiores dificuldades de adaptação psicossocial do que os homens (avaliada pelas sub-escalas ansiedade e depressão do *Hospital Anxiety and Depression Scale* e pelo total e sub-escalas do *Sickness Impact profile*, locomoção, mobilidade, tarefas domésticas, actividades recreativas e passatempos, actividades sociais, emoções, alerta, sono e repouso, e alimentação).

2 - Prevê-se que a adaptação psicossocial no pós enfarte agudo do miocárdio (avaliada pelas sub-escalas ansiedade e depressão do *Hospital Anxiety and Depression Scale* e total e sub-escalas do *Sickness Impact profile*, locomoção, mobilidade, tarefas domésticas, actividades recreativas e passatempos, actividades sociais, emoções, alerta, sono e repouso, e alimentação), seja influenciada pelas representações concomitantes de doença, esperando-se que, os valores elevados nas dimensões de identidade, duração (aguda/crónica e cíclica), consequências e representação emocional e um valor baixo nas dimensões cura/controlo (pessoal e tratamento) e coerência da doença, estejam relacionados com uma pior adaptação psicossocial à doença.

3 - Prevê-se que existam diferenças significativas ao nível do género nas representações de doença pré alta (avaliadas dois dias após admissão hospitalar e na altura da alta hospitalar) e pós alta (quinze dias após a alta), apresentando as mulheres representações de doença mais negativas do que os homens nos três momentos.

4 - Prevê-se que a adaptação psicossocial pós alta (avaliada pelas sub-escalas ansiedade e depressão do *Hospital Anxiety and Depression Scale* e o total e sub-escalas do *Sickness Impact profile*, locomoção, mobilidade, tarefas domésticas, actividades recreativas e passatempos, actividades sociais, emoções, alerta, sono e repouso, e alimentação), seja influenciada pelos níveis de ansiedade e depressão pré alta (momentos 1 e 2).

Tendo em consideração as múltiplas variáveis na adaptação psicossocial ao EAM, este estudo é complementado com a realização de diversas análises exploratórias, que pretendem analisar a relação existente entre variáveis sócio-demográficas (estado civil, habilitações literárias, área de residência e situação profissional actual), clínicas (dor no peito sentida anteriormente, história de angina de peito, modelos da doença, classe *Killip*, tempo de internamento) e as variáveis psicossociais estudadas (representações de doença, níveis de ansiedade e depressão, e adaptação funcional).

3 VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis do presente estudo foram já identificadas, aquando da formulação dos objectivos e hipóteses, sendo seleccionadas em função dos objectivos da investigação, hipóteses e análises exploratórias, atrás mencionadas.

3.1 Variáveis Independentes

Tendo em consideração o conteúdo das hipóteses descritas anteriormente, considerámos as seguintes variáveis independentes:

- Momentos de avaliação
- Género
- Dimensões das representações de doença [avaliadas pelo *Illness Perception Questionnaire-Revised* (IPQ-R)]:

- o Identidade
- o Duração – (Aguda / crónica)
- o Duração cíclica
- o Consequências
- o Controlo pessoal
- o Controlo de tratamento
- o Coerência da doença
- o Representações emocionais
- o Causas

- Valores de ansiedade e depressão pré alta [avaliados pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)]

3.2 Variáveis Dependentes

Considerámos as seguintes variáveis dependentes:

- Adaptação psicossocial à doença (dimensões do *Sickness Impact Profile*)
 - o Locomoção
 - o Cuidados pessoais e movimento

- Mobilidade
- Tarefas domésticas
- Actividades recreativas e passatempos
- Actividades sociais
- Emoções
- Alerta
- Sono e repouso
- Alimentação

- Valores de ansiedade e depressão pós alta [avaliados pelo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)]

3.3 Variáveis Sócio-demográficas

Para este estudo foram seleccionadas diversas variáveis sócio-demográficas que se assumem como pertinentes para a caracterização da amostra e permitem a análise do seu impacto na adaptação psicossocial a curto prazo no pós EAM.

- Género
- Idade
- Estado civil
- Habilitações literárias
- Área de residência
- Profissão
- Estado profissional actual
- Composição do agregado familiar
- Número de filhos
- Rendimento mensal do agregado familiar.

3.4 Variáveis Clínicas e Dados Clínicos

Foram consideradas diversas *variáveis clínicas* importantes para a caracterização da amostra e estudo de análises exploratórias relevantes.

- Tempo desde o diagnóstico
- Sintomas da doença

- Dores no peito
- Tratamento médico anterior
- Conhecimento de pessoas que tiveram os mesmos sintomas
- Conhecimento de pessoas que tiveram um enfarte agudo do miocárdio
- Motivos por que ficou doente

Relativamente aos *dados clínicos*, foram seleccionadas as seguintes variáveis:

- História familiar de doenças cardiovasculares,
- História de hipertensão,
- História de diabetes,
- História de hiperlipidemia,
- História previa de angina de peito
- Demora até receber cuidados de saúde após o início dos sintomas
- Administração de medicação anti-trombótica
- Classe *Killip*
- Duração do internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
- Duração do internamento na Unidade de cardiologia

Para além das variáveis supra mencionadas, foram investigadas outras. Aquelas que são aqui referidas, foram consideradas as mais relevantes para a compreensão dos resultados obtidos. Outras variáveis não foram analisadas neste estudo, em virtude de terem sido detectadas incongruências nas respostas obtidas nos questionários de *Variáveis Clínicas e Dados Clínicos*.

4 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A amostra do presente estudo foi constituída por sujeitos de ambos os sexos, com o diagnóstico de EAM, que se encontravam internadas nos Serviços de Cardiologia de dois Hospitais do Norte do país.

Para iniciar a recolha de dados foi formulado a cada um dos Hospitais, com a devida antecedência, um pedido de autorização por escrito (anexo I). A este pedido foi anexada uma breve descrição do projecto de investigação, as suas diferentes fases e o nome dos investigadores envolvidos no estudo. Após o deferimento do pedido de autorização foi marcada uma reunião com os directores dos Serviços de Cardiologia e seus assistentes, onde foi apresentado o projecto de investigação, os critérios de inclusão dos pacientes no estudo e a necessidade de aceder aos processos clínicos, para a selecção dos pacientes que satisfaziam os critérios de inclusão no estudo (referidos mais adiante) e para recolha de informação clínica pertinente para a investigação.

O encaminhamento dos pacientes para este estudo, foi efectuado pelos médicos e enfermeiros dos Serviços de Cardiologia, para o qual houve necessidade de diariamente o investigador contactar os referidos serviços, para se inteirar do movimento assistencial dos doentes com EAM.

Os processos clínicos individuais eram consultados antes do contacto directo com os doentes, de modo a verificar se estes satisfaziam os critérios de inclusão estabelecidos. Seguidamente, os doentes que cumpriam estes critérios, eram contactados directamente pelo investigador que, através de uma entrevista breve, avaliava as condições físicas e emocionais, bem como as competências literárias para responderem aos questionários. Em caso de avaliação positiva, o doente era solicitado para colaborar neste estudo, sendo-lhe explicado detalhadamente o âmbito e as finalidades do mesmo. Foi salientado a todos os pacientes que a sua participação era voluntária e gratuita e que era garantida a confidencialidade dos dados pessoais fornecidos. Aos doentes que aceitaram participar no estudo procedia-se ao primeiro momento de avaliação. O passo inicial consistiu na assinatura do consentimento informado elaborado para o efeito. Nos casos em que existiam dificuldades de leitura, o investigador lia as questões e registava as respostas. Os doentes foram informados das avaliações subsequentes, que se realizariam na altura da alta e duas semanas após a alta. Para o terceiro momento de avaliação os doentes eram informados por

escrito do dia, hora e local da sua realização. Este momento era antecedido por um contacto telefónico de confirmação.

Com a intenção de favorecer as melhores condições para a resposta aos questionários, estes foram preenchidos em local privado. Após o seu preenchimento eram revistas as respostas no sentido de verificar e completar as falhas na resposta a alguns dos itens. Nos casos em que foram detectadas incongruências significativas nas respostas, procedeu-se à sua anulação.

Os momentos de avaliação, os respectivos instrumentos de avaliação utilizados e a ordem de preenchimento, são apresentados em seguida:

1º momento de avaliação (2 dias após admissão): Consentimento Informado, Questionário Sócio-Demográfico, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Illness Perception Questionnaire-Revised* (IPQ-R) e Questionário Clínico.

2º momento de avaliação (7 dias após a admissão): *Illness Perception Questionnaire-Revised* (IPQ-R), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e Questionário Dados Clínicos.

3º momento de avaliação (15 dias após a alta): *Illness Perception Questionnaire-Revised* (IPQ-R), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e *Sickness Impact Profile* (SIP).

5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo do nosso estudo foi composta pelos doentes diagnosticados com EAM (1º EAM ou recidiva), internados nos Serviços de Cardiologia de dois hospitais da região norte de Portugal.

A amostra foi seleccionada de acordo com os seguintes critérios:

1. Homens e mulheres com idade igual ou superior a 40 anos
2. Admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
3. Com orientação auto e alopsíquica
4. Com capacidade de leitura e/ou compreensão de português

O método de amostragem variou com o género, devido à dificuldade de obtenção da amostra das mulheres, tendo-se utilizado os seguintes métodos de amostragem:

- Para as mulheres, procedeu-se a uma amostragem não probabilística consecutiva (Almeida & Freire, 1997).
- Para os homens, procedeu-se a uma amostragem aleatória (Almeida & Freire, 1997).

No caso das mulheres, a opção por uma amostragem não probabilística consecutiva decorreu da dificuldade sentida na recolha da amostra, atendendo à pouca incidência de EAM em mulheres na faixa etária mais jovem, pelo que durante o período em que o estudo foi realizado todos os casos que preenchiam os critérios de inclusão no estudo foram convidadas a participar. A aleatorização da amostra masculina foi feita por semana de admissão e não por sujeitos, devido à logística de recolha de dados (1º mês – todos os pacientes admitidos na 1ª e 3ª semana; 2º mês – pacientes admitidos na 2ª e 4ª semana, e por aí adiante).

Tendo em consideração os critérios anteriores, os investigadores contactaram 85 doentes para participação no estudo. A participação dos doentes foi voluntária sendo estes previamente informados sobre a natureza e objectivos da presente investigação. Dos 85 doentes: 2 recusaram-se a participar; 2 faleceram durante o internamento hospitalar; 3 apresentaram respostas incongruentes aos questionários, sendo a amostra final do estudo constituída por 78 pacientes (91.76% de taxa de resposta).

5.1 Caracterização Sócio-demográfica da Amostra

As principais *características sócio-demográficas* da amostra (respeitantes ao género) são apresentadas no quadro 1.

A amostra é constituída por 78 sujeitos com o diagnóstico de EAM sendo 46 homens (59%) e 32 mulheres (41%). A *idade* média das mulheres é de 67.47 anos e os homens de 52.98 ($t(78) = -6.02$; $p = .001$). Quando a variável *idade* é categorizada (\leq que 59 anos e \geq 60 anos) constata-se que 78.3% dos homens tem idade igual ou inferior a 59 anos e 21.7% tem idade igual ou superior a 60 anos. No caso da mulheres, apenas 18.7% tem idade \leq a 59 anos e 81.3% tem idade \geq que 60 anos. A este nível observam-se diferenças significativas ao nível do género ($\chi^2 = 26.89$; $p = .001$), sendo que a maioria dos homens tem idade igual ou inferior a 59 anos e a maior parte das mulheres, idade igual ou superior a 60 anos.

Quanto ao *estado civil*, 89.1% dos homens são casados e dos restantes, 6.5% são solteiros e 4.3% viúvos. Nas mulheres, 59.4% são casadas, 34.4% viúvas e 6.3% solteiras. A análise das diferenças ao nível do género, demonstra existirem diferenças significativas relativamente ao estado civil ($\chi^2 = 12.38$; $p = .002$), havendo uma maior percentagem de homens casados e de mulheres viúvas.

Quadro 1
Principais características sócio-demográficas da amostra por género:
Homens (n= 46) e Mulheres (n=32)

Variáveis demográficas	Homens				Mulheres				χ^2/t	<u>p</u>
	<u>n</u>	%	M	DP	<u>n</u>	%	M	DP		
Género	46	59.0			32	41.0				
Idade	46		52.98	11.11	32		67.47	9.96	T=-6.02	.001
Estado civil	46				32				12.38	.002
Solteiro		6.5				6.3				
Casado		89.1				59.4				
Viúvo		4.3				34.4				
Hab. Literárias	46				32				6.61	.010
Ensino primário		65.2				90.6				
Superior ao ensino primário		34.8				9.4				
Área de residência	46				32				4.07	.044
Rural		45.7				68.8				
Urbana		54.3				31.3				
Categoria Profissional	46				32				25.31	.001
Nível I		4.4				3.1				
Nível II		13.3				3.1				
Nível III		31.1				3.1				
Nível IV		51.1				56.3				
Doméstica		----				34.4				
Estatuto profissional actual	46				30				31.08	.001
Activo		78.3				13.3				
Reformado		19.6				70.0				
Outro		2.2				16.7				
Composição do agregado familiar	46				32				22.35	.001
Sozinho		2.2				18.8				
Casal		6.5				15.6				
Casal e filhos		78.3				34.4				
Com os pais		6.5				----				
Outro		6.5				31.3				
Número de filhos	46				32				17.98	.001
Nenhum		2.2				3.1				
1 a 2 filhos		47.8				18.8				
3 a 5 filhos		41.3				28.1				
6 ou mais filhos		8.7				50.0				
Rendimento mensal do agregado familiar	39				29				22.34	.001
Menos de 250 €		7.7				31.0				
De 250 a 500 €		17.9				51.7				
De 500 a 750€		25.6				6.9				
De 750 a 1000€		17.9				6.9				
Mais de 1000€		30.8				3.4				

No total da amostra, as *habilitações literárias* dos pacientes podem ser consideradas baixas. A maior percentagem dos homens tem como habilitações literárias o ensino primário ou inferior (65.2%), enquanto que 34.8% referem possuir um grau de escolaridade superior ao ensino primário. Verifica-se que nas mulheres 90.6% têm o ensino primário ou inferior e apenas 9.4% referem ter um grau de escolaridade superior aos 4 anos do ensino primário. Também a este nível se verificam diferenças significativas ($\chi^2=6.61$; $p=.010$), apresentando os homens níveis de escolaridade mais elevados.

No que concerne à *área de residência*, 54.3% dos homens tem a sua residência numa zona urbana e 45.7% numa área rural. Por seu lado, 68.8% das mulheres vivem numa área rural e 31.3% na área urbana. A análise das diferenças ao nível do género, demonstra existirem diferenças significativas relativamente à área de residência ($\chi^2=4.07$; $p=.044$), havendo uma maior percentagem de homens a residir numa zona urbana e de mulheres na área rural.

Quanto à *profissão*, e através da utilização da classificação em categorias profissionais preconizada por Sedas Nunes (1970):

- a) 4.4% dos homens e 3.1% das mulheres pertencem à categoria I (grandes industriais e profissões de elevada competência técnica).
- b) A categoria II (profissões liberais de competência média, comerciantes e industriais de pequenas empresas) é composta por 13.3% dos homens e 3.1% das mulheres.
- c) A categoria III (operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e pequenos proprietários agrícolas) engloba 31.1% dos homens e 3.1% das mulheres.
- d) Na categoria IV (operários não especializados e trabalhadores rurais) estão incluídos cerca de metade dos pacientes do sexo masculino (51.1%) e feminino (56.3%).
- e) 34.4% das mulheres são domésticas.

A análise das diferenças ao nível do género, demonstra existirem diferenças significativas relativamente à profissão ($\chi^2=25.31$; $p=.001$), nomeadamente na categoria III (operários especializados e semi-especializados, pequenos comerciantes e pequenos proprietários agrícolas), indicando uma maior percentagem de homens a trabalhar em empregos mais especializados.

No que respeita ao *estatuto profissional actual*, verifica-se que 78.3% dos homens e 13.3% das mulheres estão profissionalmente activos; 70.0% das mulheres e 19.6% dos homens encontram-se reformados ($\chi^2=31.08$; $p=.001$).

Relativamente à *composição do agregado familiar com quem residem*, 78.3 % dos homens referem residir com o cônjuge e filhos, enquanto que só 34.4% das mulheres estão nesta situação. Há uma maior percentagem de mulheres (18.8%) do que homens (2.2%) a viverem sozinhos. A análise das diferenças ao nível do género, demonstra existirem diferenças significativas relativamente à composição do agregado familiar ($\chi^2=22.35$; $p=.001$),

sendo que a maioria dos homens coabita com o cônjuge e os filhos, e uma percentagem elevada de mulheres vive com os filhos, outros familiares ou em lares.

Tendo em consideração o *número de filhos*, é possível constatar que grande parte da amostra tem entre 3 e 5 filhos. Dos homens, 41.3% estão incluídos nesta categoria, bem como 28.1% das mulheres. A este nível verificam-se diferenças significativas ao nível do género ($\chi^2=17.98$; $p=.001$). É possível constatar que cerca de metade das mulheres tiveram 6 ou mais filhos.

Quanto ao *rendimento mensal do agregado familiar*, verifica-se que a maioria das mulheres (51.7%) refere um rendimento mensal entre os 250 e os 500 euros mensais, e nesta situação estão 17.9% dos homens. Por seu lado, 30.8% dos homens revela que o rendimento mensal é superior a 1000 euros por mês e apenas 3.4% das mulheres refere esse valor. Mais negativamente estão 31.0% das mulheres que referem ter um rendimento familiar mensal inferior a 250 euros, quando comparadas com os homens (7.7%). A este nível verificam-se diferenças significativas ao nível do género ($\chi^2=22.34$; $p=.001$), verificando-se que o rendimento mensal do agregado familiar dos homens é mais elevado.

Em conclusão, observa-se resultados significativos ao nível de várias variáveis sócio-demográficas, indicando que os homens se encontram mais favorecidos em condições sociais, económicas e profissionais. A idade mais avançada das mulheres pode constituir um motivo para estas diferenças encontradas.

5.2 Caracterização Clínica da Amostra

As principais características clínicas da amostra (por género) são apresentadas nos quadros 2 e 3. No quadro 2 são apresentados os resultados da história clínica antes do diagnóstico do EAM e dos modelos idiossincráticos acerca da doença; no quadro 3 são apresentados dados sobre factores de risco, aspectos clínicos e evolução clínica.

Quadro 2
Principais características clínicas da amostra por Género:
Homens (n=46) e Mulheres (n=32)

Variáveis clínicas	Homens		Mulheres		χ^2	p
	<u>n</u>	%	<u>N</u>	%		
Diagnóstico do EAM	46		31		.147	.771
Agudo		80.4		83.9		
Crónico		19.6		16.1		
Sintomas predominantes *	46		32			
Cefaleias		----		12.5	6.061	.025
Tempo com sintomas até ao diagnóstico de EAM	44		31		2.786	.248
Até 12 horas		65.9		51.6		
De 13 a 48 horas		20.5		19.4		
Mais de 48 horas		13.6		29.0		
Conhece alguém que tenha tido estes sintomas?	46		32		4.468	.041
Sim		58.7		34.4		
Não		41.3		65.6		
De que sexo?	27		11		.807	.390
Masculino		85.2		72.7		
Feminino		14.8		27.3		
De que idade?	27		11		1.553	.460
Dos 20 aos 39 anos		7.4		9.1		
Dos 40 aos 65 anos		66.7		45.5		
Mais do que 65 anos		25.9		45.5		
Conhece alguém que tenha tido um EAM?	46		32		2.143	.166
Sim		52.2		68.8		
Não		47.8		31.3		
De que sexo?	24		22		4.750	.043
Masculino		95.8		72.7		
Feminino		4.2		27.3		
De que idade?	24		22		6.161	.046
Dos 20 aos 39 anos		8.3		4.5		
Dos 40 aos 65 anos		79.2		50.0		
Mais do que 65 anos		12.5		45.5		
Ficou doente devido ao facto de ser homem/mulher?	43		24		5.551	.023
Sim		27.9		4.2		
Não		72.1		95.8		
Ficou doente devido à idade?	45		26		4.817	.048
Sim		42.2		69.2		
Não		57.8		30.8		
Ficou doente devido à sua situação financeira?	45		26		.130	.701
Sim		8.9		11.5		
Não		91.8		88.5		

* Apenas são apresentados os sintomas com resultados significativos no teste Qui Quadrado.

No que respeita à questão *há quanto tempo foi diagnosticada esta doença*, e atendendo ao espaço temporal das respostas fornecidas, esta variável foi dividida em diagnóstico agudo (1º enfarte) e crónico (reenfarte). Constatamos que 19.6% dos homens e

16.1% das mulheres tiveram um EAM anterior a este. Destes, 77.8% homens e 60.0% mulheres tiveram o EAM anterior entre os últimos 25 e 60 meses ($\chi^2=.50$; $p=.780$).

Do total da amostra, 80.4% dos homens e 83.9% das mulheres tiveram um EAM pela primeira vez nos dias que antecederam a primeira avaliação. Destes, a 54.1% dos homens e 65.4% das mulheres foi-lhes diagnosticado o EAM entre 5 a 7 dias; a 45.9% dos homens e a 34.6% das mulheres entre 2 a 4 dias.

Relativamente aos *sintomas predominantes* que fizeram os pacientes pensarem que estavam doentes e os levaram a recorrer aos cuidados de saúde, é possível constatar que 100% dos homens e 96.9% das mulheres sentiram *dor*, constituindo este o sintoma predominante para homens e mulheres. As *dificuldades respiratórias* foram referidas por 28.3% dos homens e por 18.8% das mulheres. 21.9% das mulheres e 15.2% dos homens manifestaram *perturbações digestivas*. A *perda de forças* foi outro dos sintomas referenciados por 28.1% das mulheres e por 15.2% dos homens. A *sudorese* foi referida por 21.7% dos homens e apenas 6.3% das mulheres. As *cefaleias* constituíram um sintoma exclusivo em 12.5% das mulheres ($\chi^2=6.06$; $p=.025$).

No que concerne à *duração do tempo em que os pacientes estiveram com sintomas até ser diagnosticada a doença*, 65.9% dos homens e 51.6% das mulheres assumem que procuraram os serviços de saúde nas primeiras 12 horas; 20.5% dos homens e 19.4% das mulheres estiveram com sintomas de 13 a 48 horas; 13.6% dos homens e 29.0% das mulheres referem ter estado com sintomas mais de 48 horas, antes de procurarem os cuidados de saúde ($\chi^2=2.79$; $p=.250$).

Relativamente à questão se tinham *conhecimento de alguém que tenha tido os mesmos sintomas*, 58.7% dos homens e 34.4% das mulheres responderam afirmativamente ($\chi^2=4.47$; $p=.041$). Destes, 85.2% dos homens e 72.7% das mulheres, responderam que essa pessoa era do sexo masculino ($\chi^2=.81$; $p=.39$). 66.7% dos homens e 45.5% das mulheres referiram que a pessoa que conheciam tinha idade compreendida entre os 40 e os 65 anos. No mesmo sentido, 45.5% das mulheres e 25.9% dos homens, manifestaram conhecer alguém com os mesmos sintomas, com a idade compreendida entre os 66 e os 90 anos. Por último, apenas 9.1% das mulheres e 7.4% dos homens conheciam uma pessoa que teve os mesmos sintomas entre os 20 e os 39 anos ($\chi^2=1.55$; $p=.46$). Verifica-se que apenas existe diferença ao nível do género, na percentagem de respostas sobre o conhecimento de alguém com os mesmos sintomas, referindo os homens um maior conhecimento de pessoas com os sintomas ($\chi^2=4.47$; $p=.041$).

No que respeita à questão *conhece alguém que teve um ataque de coração*, 52.2% dos homens e 68.8% das mulheres que constituem a amostra responderam afirmativamente ($\chi^2=2.14$; $p=.17$). Concomitantemente, 95.8% dos homens e 72.7% das mulheres reconhecem que essa pessoa conhecida é do sexo masculino e apenas 4.2% dos homens e 27.3% das mulheres referem ser do sexo feminino. A este nível observam-se diferenças significativas ao nível do género ($\chi^2=4.75$; $p=.04$): quer os homens quer as mulheres conhecem uma maior percentagem de homens com *ataque de coração*, embora exista uma maior percentagem de mulheres que conhecem outras mulheres com o mesmo problema.

Para 79.2% dos homens e 50.0% das mulheres, a pessoa conhecida com EAM tem idade compreendida entre os 40 e os 65 anos. No entanto, 45.0% das mulheres refere conhecer uma pessoa com *ataque do coração* com idade compreendida entre os 66 e os 90 anos, contra apenas 6.8% dos homens. Apenas uma pequena percentagem dos homens (8.3%) e das mulheres (4.5%) assumem conhecer alguém com um *ataque de coração*, com idade compreendida entre os 20 e os 39 anos. Também a este nível se verificam diferenças significativas ao nível do género ($\chi^2=6.16$; $p=.05$), com a maior percentagem de homens e mulheres conhecendo alguém que teve um *ataque de coração*, na faixa etária dos 40 aos 65 anos.

95.8% das mulheres considera que o facto de ser mulher não é um factor de risco para o EAM. Também os homens na sua maioria (72.1%), não atribuem o facto de poderem ter um EAM, ao facto de serem homens. Contudo, uma percentagem maior do que as mulheres (27.9%), menciona esse factor de risco ($\chi^2=5.55$; $p=.02$).

Uma situação diferente, verifica-se na variável *acha que ficou doente devido à sua idade*. Em 69.2% das mulheres a resposta é afirmativa, contra 42.2% dos homens ($\chi^2=4.82$; $p=.05$). A este nível, uma maior percentagem de mulheres considera que a idade é um factor de risco para o EAM. A *situação financeira* não é percebida como um factor de risco para 91.1% dos homens e 88.5% das mulheres ($\chi^2=.13$; $p=.70$).

Devido a incongruências verificadas nas respostas a algumas questões, optamos por não as incluir nas análises efectuadas. Deste modo não são apresentados os resultados das seguintes questões do *Questionário Clínico*:

- Tinha sentido dores no peito anteriormente
- Recorreu ao médico nessa altura
- O médico diagnosticou alguma doença

- Recebeu algum tratamento médico no último mês antes da hospitalização; para quê?
- Tomou alguma medicação; para quê?

Como referido anteriormente, são apresentados de seguida os resultados referentes aos factores de risco, aspectos clínicos e evolução clínica (ver quadro 3).

Quadro 3
Principais características clínicas da amostra (N=78) por género, relativamente a factores de risco, aspectos clínicos e evolução clínica: Homens (n=46) e Mulheres (n=32)

Variáveis clínicas	Homens				Mulheres				χ^2/t	p
	n	%	M	DP	N	%	M	DP		
Factores de risco	46				32					
História familiar		18.6				31.3			1.608	.205
Hipertensão		31.0				68.8			10.409	.002
Diabetes		9.5				34.4			6.940	.017
Hiperlipidemia		40.5				61.3			3.091	.100
História previa de angina de peito		14.3				18.8			.266	.752
Demora até receber cuidados de saúde	44				32					
Até 6 horas		81.8				50.0			8.681	.005
Mais que 6 horas		18.2				50.0				
Classe Killip	32				20					
I		78.1				50.0			4.424	.067
II		21.9				50.0				
Número dias internado na UCIC	40		2.98	1.40	31		3.19	0.87	-0.804	.424
Número de dias internado na cardiologia, excluindo a UCIC	39		4.62	2.57	31		4.90	3.03	-0.422	.674

Como é possível constatar pelo quadro 3, no que concerne aos *factores de risco*, 31.3% das mulheres e 18.6% dos homens referiram ter *história familiar de doenças cardiovasculares* ($\chi^2=1.61$; $p=.205$). Com antecedentes de *hipertensão* encontram-se 68.8% das mulheres e 31% dos homens ($\chi^2=10.41$; $p=.002$). 34.4% das mulheres e 9.5% dos homens referiram ter *diabetes* ($\chi^2=6.94$; $p=.017$). As diferenças estatísticas obtidas ao nível do género, devem-se à comorbilidade de doenças que as mulheres apresentam, havendo uma maior percentagem de mulheres que refere história clínica de hipertensão e diabetes. Quando questionados se tinham *hiperlipidemia*, 61.3% das mulheres e 40.5% dos homens responderam afirmativamente ($\chi^2=3.09$; $p=.100$). Relativamente à *angina de peito*, 18.8% das mulheres e 14.3% dos homens referiram antecedentes de história prévia ($\chi^2=.27$; $p=.75$).

No que respeita à *demora média até receber cuidados de saúde, após o início dos sintomas*, 81.8% dos homens e 50% das mulheres referem ter procurado cuidados médicos nas 6 horas seguintes, enquanto que 18.8% dos homens e 50% das mulheres demoraram mais de 6 horas para obterem os mesmos cuidados ($\chi^2=8.68$; $p=.005$). A este nível verificam-se diferenças significativas ao nível do género, existindo um maior atraso na procura de cuidados de saúde por parte das mulheres, após o início dos sintomas.

Quanto aos aspectos clínicos e à gravidade da doença, 78.1% dos homens e 50% das mulheres tiveram EAM com classe Killip I. Os restantes elementos da amostra tiveram EAM com classe Killip II ($\chi^2=4.24$; $p=.067$).

Em relação ao tempo de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), as mulheres permaneceram em média 3.19 dias (DP=.87) e os homens 2.98 dias (DP=1.40) ($t(71)=-.804$; $p=.42$). No Serviço de Cardiologia as mulheres tiveram uma média de dias de internamento de 4.90 (DP=3.03) e os homens 4.62 (DP=2.57) ($t(70)=-.422$; $p=.67$).

Devido a incongruências verificadas nas respostas a algumas questões, optamos por não as incluir nas análises. Deste modo, não são apresentados os resultados das seguintes questões do *Questionário de Dados Clínicos*:

- Utilização de medicação trombolítica
- Valores de enzimas na altura da admissão
- Exames programados após alta hospitalar

Em conclusão, no que concerne à caracterização clínica da amostra, verifica-se que os testes de Qui Quadrado produziram resultados significativos ao nível do género, em algumas variáveis clínicas. É possível constatar que as cefaleias são um dos sintomas do EAM, que apenas é referido por uma percentagem de mulheres. Outros resultados significativos estão relacionados com os modelos de cognição de doença: os homens apresentam um maior conhecimento de pessoas que tiveram os mesmos sintomas; conhecem mais homens que tiveram um EAM, sobretudo na faixa etária dos 40 aos 65 anos; uma maior percentagem pensa que teve o EAM, devido ao facto de pertencer ao género masculino. Por seu lado, as mulheres, apesar de conhecerem mais homens com EAM, referem conhecer também mulheres com o mesmo problema; uma elevada percentagem de mulheres manifesta conhecer pessoas do mesmo género com EAM, com idade superior a 65 anos; uma maior percentagem de mulheres acha que teve o EAM devido à sua idade.

Ao nível dos factores de risco, verificam-se diferenças significativas, apresentando uma maior percentagem de mulheres outras patologias físicas (hipertensão e diabetes). Relativamente à demora média até receber cuidados de saúde, é possível constatar que as mulheres apresentam uma maior atraso, na procura de cuidados médicos após o início dos sintomas.

6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

Os instrumentos utilizados foram seleccionados, desenvolvidos e adaptados para português, no contexto do estudo alargado da FCT “*Psychosocial outcomes in rehabilitation following myocardial infarction in Scottish and Portuguese women: A cross-cultural comparison*”, como referido anteriormente.

Deste modo, tendo em consideração as variáveis em estudo, foram desenvolvidos 3 questionários (Questionário Sócio-Demográfico, Questionário Clínico e Questionário de Dados Clínicos) e seleccionados outros instrumentos de avaliação (anexo II). Exceptuando o *Questionário de Dados Clínicos*, todos os outros instrumentos são de auto-relato. Os instrumentos de avaliação utilizados são apresentados em seguida:

- Questionário Sócio-Demográfico (McIntyre, Gouveia, Soares & Pereira, 2001)
- Questionário Clínico (McIntyre, Gouveia, Soares & Pereira, 2001)
- Dados Clínicos (McIntyre, Gouveia, Soares & Pereira, 2001)
- *Illness Perception Questionnaire Revised* - IPQ-R - (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002). Versão experimental portuguesa (Figueiras, 1999)
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS - (Zigmond & Snaith, 1983). Versão experimental portuguesa (McIntyre, Pereira, Gouveia & Silva, 1999).
- *Sickness Impact Profile* – SIP - (Bergner, Bobbit & Pollard, 1976). Versão experimental portuguesa (McIntyre, McIntyre & Soares, 2000).

Atendendo ao facto de não termos conhecimento de estudos efectuados em Portugal, que avaliassem as características psicométricas do *Hospital Anxiety and Depression Scale* e do *Sickness Impact Profile*, iremos proceder a essa análise numa primeira fase do estudo, que será apresentada na altura da descrição dos instrumentos. Não foi um objectivo principal deste estudo a validação destes instrumentos, atendendo ao número limitado de sujeitos da amostra. Contudo, serão apresentadas as suas características psicométricas na amostra estudada. As características psicométricas destes instrumentos na população portuguesa poderão ser analisadas no âmbito do estudo mais alargado, que está neste momento em curso.

Relativamente ao *Illness Perception Questionnaire* (IPQ), este questionário foi utilizado em Portugal por Figueiras (1999), numa amostra de doentes com enfarte agudo do miocárdio e respectivos cônjuges. Os dados da análise psicométrica efectuada pela autora,

são utilizados neste estudo para efeitos de comparação. Exceptuando para a sub-escala *causas*, neste trabalho procedemos a um estudo da fidelidade em termos de consistência interna e fidelidade teste-reteste das sub-escalas do IPQ-R, e ao nível da validade foram realizadas correlações entre as sub-escalas do instrumento e a validade discriminante, com o HADS.

6.1 – Questionário Sócio-demográfico (McIntyre, Gouveia, Soares & Pereira, 2001)

O questionário sócio-demográfico (McIntyre, Gouveia, Soares & Pereira, 2001) foi desenvolvido com o objectivo de recolher dados demográficos, sociais e culturais dos doentes. É constituído por 9 questões, sendo 8 de resposta múltipla e 1 de resposta breve. Os itens dizem respeito à idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, área de residência, profissão, estado profissional actual, composição do agregado familiar, número de filhos e rendimento mensal do agregado familiar.

6.2 – Questionário Clínico (McIntyre, Gouveia, Soares & Pereira, 2001)

O Questionário Clínico (McIntyre, Gouveia, Soares & Pereira, 2001) pretende avaliar dados referentes à situação clínica dos pacientes e é constituído por 20 itens de resposta breve ou alternativa. Os itens relacionam-se com o tempo em que foi diagnosticada a doença, os sintomas da doença, dores no peito, tratamento médico anterior, conhecimento de pessoas que tiveram os mesmos sintomas, conhecimento de pessoas com um EAM e motivos porque ficou doente.

6.3 – Questionário Dados Clínicos (McIntyre, Gouveia, Soares & Pereira, 2001)

O Questionário de Dados Clínicos (McIntyre, Gouveia, Soares & Pereira, 2001) pretende avaliar dados relativamente à situação clínica dos doentes e é preenchido pelo entrevistador. É constituído por 8 questões de resposta breve ou alternativa que se encontram agrupados em 3 categorias:

- A) Antecedentes clínicos (história familiar de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, hiperlipidemia, história prévia de angina de peito).
- B) Aspectos clínicos (demora até receber cuidados de saúde após o início dos sintomas; fez medicação anti-trombótica).

- C) Evolução clínica (Classe *Killip*; duração do internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e na cardiologia; exames programados após alta hospitalar).

6.4 – Illness Perception Questionnaire - Revised (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002)

O *Illness Perception Questionnaire-Revised* (IPQ-R) é um desenvolvimento do *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) de Weinman e colaboradores (1996), que é um questionário baseado no *Modelo Cognitivo de Auto-Regulação* (Leventhal et al., 1980, 1997). O IPQ-R foi desenvolvido para avaliar quantitativamente as cinco componentes das representações cognitivas de doença (identidade, consequências, duração, controlo/cura e causas) em doentes com patologia crónica. É um questionário que tem sido utilizado na área da Psicologia da Saúde numa larga variedade de doenças crónicas, nomeadamente nas doenças cardiovasculares (Figueiras, 1999; Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996; Steed, Newman & Hardman, 1999; Weinman, Petrie, Sharpe & Walker, 2000), cancro (Buick, 1997), na síndrome de fadiga crónica, dor, diabetes, artrite reumatóide (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne 1996) e na psoríase (Fortune, Richards, Main & Griffiths, 2000).

Em seguida faremos uma breve descrição do *Illness Perception Questionnaire* original e das suas características psicométricas.

6.4.1 Versão original

Como anteriormente mencionado, o IPQ original é constituído por cinco sub-escalas que operacionalizam os componentes do *Modelo de Auto-Regulação*:

1 - Identidade – Diz respeito ao número e natureza dos sintomas que a pessoa associa à doença;

2 – Consequências – Relaciona-se com as crenças sobre os efeitos esperados ou severidade e consequências da doença na vida das pessoas (ao nível físico, psicológico e social);

3 – Duração (Dimensão temporal) – Relaciona-se com a percepção da *duração* da doença. Esta sub-escala tem 3 itens centrais categorizados em agudo/crónico e cíclico;

4 – Cura/controlo – Expectativas sobre a recuperação e controlo sobre a sua doença;

5 – Causas – Avalia as ideias pessoais sobre o(s) factor(es) etiológico(s) do EAM

Deste modo, no IPQ original, a sub-escala *identidade* é composta por 12 itens, que representam sintomas centrais da doença. Os pacientes respondem a cada um dos sintomas segundo uma escala *Likert* de 4 pontos, que varia de “*sempre*” a “*nunca*”, conforme percepcionem se esse sintoma está ou não relacionado com a sua doença. Esta sub-escala é cotada pela soma dos itens assinalados pelo paciente como “*ocasionalmente*” ou superior, variando de 0 a 12 pontos. Conforme veremos mais adiante, a cotação desta sub-escala no IPQ-R, mudou para o formato dicotómico.

De acordo com os autores, os itens das restantes 4 sub-escalas, são cotadas pelo paciente numa escala *Likert* de 5 pontos, variando de “*discordo completamente*” a “*concordo completamente*”. Alguns itens (assinalados pelos autores) têm sentido inverso. Os resultados das sub-escalas *duração*, *consequências* e *cura/controlo*, são obtidos pela soma de todos os itens que constituem cada sub-escala, dividida pelo número de itens. Para a sub-escala *causas*, segundo os autores, cada item representa uma crença numa atribuição causal específica e, por esse motivo, não é adequado somar os itens. Os autores sugerem que os itens possam ser agrupados ou combinados, tendo em vista os objectivos do estudo a realizar.

Relativamente às características psicométricas do IPQ, de acordo com os autores, os coeficientes de fidelidade encontrados, numa amostra de doentes com enfarte agudo do miocárdio e doentes renais, revelam valores elevados de consistência interna e fidelidade. Os coeficientes alfa de consistência interna de *Cronbach* nas sub-escalas foram os seguintes: *identidade*, $r=.82$; *duração*, $r=.73$; *consequências*, $r=.82$; e *controlo/cura*, $r=.73$. Quanto à fidelidade teste-reteste aos 3 e 6 meses, os valores obtidos nas sub-escalas *consequências* ($r=.55$ e $r=.55$) e *controlo/cura* ($r=.54$ e $r=.46$), são mais elevados do que os das sub-escalas *identidade* ($r=.34$ e $r=.06$) e *duração* ($r=.51$ e $r=.36$), revelando que as percepções individuais das *consequências* e *controlo/cura* apresentam menor variação ao longo do tempo.

Em termos das correlações entre as sub-escalas do IPQ, os autores verificaram que os doentes com fortes crenças na *identidade* da doença apresentam uma percepção de que a doença é mais crónica e com *consequências* mais graves. Os doentes com crenças de *duração* da doença como mais crónica, apresentam menor percepção de cura ou controlo e de que a doença tem *consequências* mais graves para a sua vida.

O questionário utilizado neste estudo é uma versão revista do IPQ, o IPQ-R (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002), numa versão experimental portuguesa (Figueiras, 1999), que avalia as cinco dimensões anteriormente mencionadas. Apesar da

adoção com êxito do IPQ original numa larga variedade de estudos, nomeadamente ao nível da adaptação e recuperação nas doenças crónicas, os resultados obtidos permitiram concluir da necessidade de se proceder a alterações e melhoramentos neste questionário. De acordo com Moss-Morris e colaboradores (2002), atendendo a alguma variação encontrada ao nível da consistência interna das sub-escalas nos diversos estudos realizados, sobretudo nas sub-escalas *cura/controlo* e *duração*, houve necessidade de se proceder a novas análises factoriais que, no caso da *cura/controlo*, revelaram uma saturação em dois factores diferentes: *controlo pessoal* e *controlo de tratamento*. No que concerne à sub-escala *duração*, a baixa consistência interna levou os autores a aumentar o número de itens e a desenvolver novos itens para avaliar a *duração cíclica*, que não foi tomada em consideração no IPQ original. Outras duas sub-escalas foram desenvolvidas e acrescentadas ao IPQ: a *representação emocional* e a *coerência da doença*. A *representação emocional* pode permitir uma avaliação das percepções emocionais provocadas pela doença, enquanto que a *coerência da doença* permite avaliar a compreensão e o significado que a pessoa atribui à doença. Enquanto que o IPQ permitia apenas investigar as dimensões cognitivas das representações de doença, o IPQ-R introduz uma nova dimensão, as representações emocionais, estando mais de acordo com o *modelo de auto-regulação* de Leventhal e colaboradores (2001).

Deste modo, no IPQ-R, as cinco dimensões iniciais encontram-se divididas em 9 categorias:

- 1 – Identidade (14 itens)
- 2 – Duração (aguda/crónica) (itens IP1-IP5 + IP18) (6 itens)
- 3 – Consequências (itens IP6-IP11) (6 itens)
- 4 - Controlo Pessoal (itens IP12-IP17) (6 itens)
- 5 – Controlo de Tratamento (itens IP19-IP23) (5 itens)
- 6 – Coerência da Doença (itens IP24-IP28) (5 itens)
- 7 – Duração (cíclica) (itens IP29-IP32) (4 itens)
- 8 – Representação Emocional (itens IP33-IP38) (6 itens)
- 9 – Causas (C1-C18) (18 itens)

A sub-escala *identidade* é avaliada por um conjunto de 14 itens que representam sintomas que os doentes podem ter tido (ou não) desde o início da doença. No caso do EAM, os sintomas são dores, dores de garganta, náusea, falta de ar, perda de peso, fadiga (cansaço), rigidez das articulações, olhos inflamados, dificuldade em respirar, dores de

cabeça, indisposição do estômago, dificuldade em dormir e perda de forças. Esta escala varia consoante o tipo de patologia a avaliar.

Para cada item os pacientes devem responder a duas questões: “*Desde o início da minha doença que tenho sentido este sintoma*” e “*Este sintoma está relacionado com a minha doença*”. Os pacientes respondem a cada uma destas questões utilizando uma escala sim (1) /não (2). Esta escala é cotada através da soma dos “*scores*” dos sintomas assinalados pelos pacientes. O valor total pode variar entre 0 e 14 para cada categoria, constituindo um elevado *score* um número elevado de sintomas que o sujeito associa à doença. A soma dos itens assinalados com sim (1) na segunda coluna (que corresponde à segunda questão), indica o valor da sub-escala *identidade*.

Os 38 itens das sub-escalas *duração* (aguda/crónica), *consequências*, *controlo pessoal*, *controlo de tratamento*, *coerência da doença*, *duração cíclica* e *representação emocional*, são apresentados numa ordem mista e cotados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos: 1 (discordo completamente), 2 (discordo), 3 (não concordo nem discordo), 4 (concordo) e 5 (concordo completamente). À semelhança do IPQ original, depois de invertidos os itens assinalados pelos autores, a pontuação final de cada sub-escala é obtida através da soma de todos os itens que constituem essa escala, dividida pelo número de itens.

Para a sub-escala *causas*, como acontece no IPQ original, é utilizada a mesma escala tipo *Likert*. De acordo com os autores não é apropriado somar os itens, porque cada item representa uma crença numa atribuição causal específica. A sub-escala *causas* no IPQ-R é constituída por 18 itens.

No que respeita às características psicométricas do IPQ-R, a validação deste questionário foi efectuada por Moss-Morris e colaboradores (2002), numa amostra de 711 doentes, divididos por 8 grupos de doença (asma, diabetes, artrite reumatóide, dor crónica, dor aguda, enfarte agudo do miocárdio, esclerose múltipla e Sida). Para validar a estrutura factorial do IPQ-R, os autores efectuaram análises dos componentes principais dos itens da escala. Os itens das sub-escalas *identidade* e *causas* não foram incluídos nesta análise. A análise dos componentes principais produziu 7 factores, que no seu conjunto explicam 64% da variância, fornecendo a confirmação para a estrutura factorial de 7 factores, teoricamente formulada.

Quanto à *identidade*, os autores testaram a validade desta sub-escala de duas formas. Inicialmente efectuaram testes t para amostras emparelhadas, utilizando a sub-escala dos sintomas experienciados e a sub-escala *identidade*. Segundo os autores, esta análise forneceu uma diferença significativa ($t(15.94)$, $p < .001$) entre os sintomas

experienciados pelos doentes *versus* os sintomas que associavam com a doença, fornecendo suporte empírico para a diferença entre somatização e *identidade*. Num segundo momento, os autores investigaram as frequências dos sintomas que os doentes assinalaram como “*este sintoma faz parte da minha doença*”. Verificaram que todos os sintomas foram assinalados por uma percentagem significativa dos doentes, confirmando a validade do conjunto de sintomas incluídos na sub-escala *identidade*. De acordo com os autores, a fadiga foi o sintoma mais assinalado pela amostra (76%), como um sintoma específico da sua doença.

Em termos da sub-escala *causas*, os autores procederam a uma análise dos componentes principais, com os 18 itens da sub-escala. A rotação *Varimax* produziu 4 factores, que explicam 57% da variância total (Atribuições psicológicas; factores de risco; imunidade; e acidente ou sorte).

Relativamente à fidelidade, de acordo com os autores, os coeficientes alfa de *Cronbach* de consistência interna obtidos para cada uma das sub-escalas são elevados, sendo de $r=.79$ para a *duração cíclica*, $r=.80$ para o *controlo de tratamento*, $r=.81$ para o *controlo pessoal*, $r=.84$ para as *consequências*, $r=.87$ para a *coerência da doença*, $r=.88$ para a *representação emocional*, e $r=.89$ para a *duração aguda/crónica*.

Na sub-escala *identidade*, o alfa de *Cronbach* de consistência interna obtido foi de $r=.75$, demonstrando uma fidelidade adequada.

Para a sub-escala *causas*, o alfa de *Cronbach* de consistência interna obtido para cada um dos factores, foi para as *atribuições psicológicas* de $r=.86$; para os *factores de risco* de $r=.77$; para a *imunidade* de $r=.67$; e para o *acidente ou sorte* de $r=.23$.

6.4.2 Características Psicométricas numa Amostra Portuguesa

A versão utilizada neste estudo, foi traduzida por Figueiras (1999) do IPQ-R. Os dados obtidos neste estudo, constituem apenas uma validação piloto das características psicométricas numa amostra de pacientes com EAM, uma vez que o tamanho da amostra não permite a realização de uma validação definitiva. Assim optou-se por realizar apenas o estudo da fidelidade em termos de consistência interna e fidelidade teste-reteste, excepto para a sub-escala *causas*, devido ao N desta amostra não permitir este tipo de análises. Em termos de validade, foram também analisadas as correlações entre as escalas do IPQ-R e o HADS (validade discriminante). Os dados referentes às características psicométricas estudadas,

dizem respeito ao momento 1 de avaliação (cerca de 2 dias após o diagnóstico). Está em curso uma recolha de dados no sul do país, que permitirá completar o trabalho aqui iniciado.

6.4.2.1 Fidelidade

Para determinar a fidelidade do IPQ-R foram calculados os coeficientes alfa de *Cronbach* (consistência interna) para cada sub-escala, à semelhança do procedimento adoptado pelos autores do IPQ-R original.

Ao nível da sub-escala *identidade*, procedemos inicialmente a uma análise das frequências dos sintomas que os doentes assinalaram como “*este sintoma faz parte da minha doença*”. As *dores*, foi o sintoma mais frequentemente assinalado por 87.2% dos pacientes, seguido da *perda de forças* (60.3%), *fadiga* (53.8%), *falta de ar* (47.4%) e *dificuldade em respirar* (42.3%). Os restantes sintomas tiveram uma taxa de resposta acima dos 9.0%, exceptuando o sintoma “olhos inflamados”, que não foi assinalado por nenhum dos pacientes. O estudo da fidelidade da escala foi então efectuado com os restantes 13 itens (sintomas), que constituem a sub-escala. O *alfa de Cronbach* obtido foi de .75 (ver quadro 4). Os resultados indicam que os sintomas *perda de peso* e *dificuldade em dormir*, tem uma baixa correlação com o total da sub-escala *identidade* (<.20). Neste estudo esses itens foram considerados nas análises, mas se esses resultados se mantiverem no futuro, será de considerar a sua eliminação ou substituição, dada a melhoria na consistência interna do instrumento.

Quadro 4
Resultados das análises de consistência interna das sub-escalas do IPQ-R (N=78)

	Itens	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Identidade $\alpha = .75$	Dores	.20	.77
	Dores de garganta	.39	.76
	Náusea	.41	.75
	Falta de ar	.54	.74
	Perda de peso	.10	.78
	Fadiga (cansaço)	.48	.74
	Rigidez das articulações	.22	.77
	Dificuldade em respirar	.59	.73
	Dores de cabeça	.43	.75
	Indisposição de estômago	.47	.75
	Dificuldade em dormir	.12	.78
	Tonturas	.45	.75
Perda de forças	.54	.74	
Duração (aguda/crónica) $\alpha = .88$	1	.69	.86
	2	.69	.86
	3	.78	.84
	4	.69	.86
	5	.85	.83
Consequências $\alpha = .57$	18	.46	.90
	6	.37	.50
	7	.43	.47
	8	-.02	.67
	9	.33	.51
Controlo pessoal $\alpha = .88$	10	.42	.47
	11	.39	.48
	12	.76	.85
	13	.73	.86
	14	.70	.86
Controlo de tratamento $\alpha = .75$	15	.58	.89
	16	.83	.85
	17	.65	.87
	19	.58	.69
	20	.50	.72
Coerência da doença $\alpha = .83$	21	.53	.71
	22	.54	.71
	23	.57	.71
	24	.65	.80
	25	.83	.74
Duração cíclica $\alpha = .66$	26	.74	.77
	27	.67	.79
	28	.32	.88
	29	.53	.53
	30	.78	.33
Representação emocional $\alpha = .78$	31	-.09	.86
	32	.66	.40
	33	.72	.70
	34	.77	.69
	35	.29	.80
	36	.22	.83
	37	.68	.71
	38	.59	.73

Uma análise das restantes sub-escalas apresentadas no quadro 4 permite verificar que dois itens apresentam uma baixa correlação com o total da sub-escala (<.20). Os itens são o 8 (*a minha doença não tem grande efeito na minha vida*) e o 31 (*a minha doença é muito imprevisível*). Neste estudo optou-se por eliminar a título provisório/experimental estes dois itens, considerando o seu efeito negativo sobre a consistência interna do instrumento. Se

estes dados se verificarem no futuro, dever-se-á considerar a eliminação ou substituição destes itens, dado a melhoria na consistência interna que isso poderá trazer.

Os coeficientes *de Cronbach* encontrados nesta amostra, com a totalidade de itens do IPQ-R foram de .88 para a *duração aguda/crónica*, .57 para as *consequências*, .88 para o *controlo pessoal*, .75 para o *controlo de tratamento*, .83 para a *coerência da doença*, .66 para a *duração cíclica* e .78 para a *representação emocional*.

No quadro 5 são apresentados os resultados da análise de consistência interna deste instrumento, com a versão do IPQ-R sem os itens 8 e 31.

Quadro 5
Resultados das análises de consistência interna das sub-escalas do IPQ-R sem os itens 2 e 31 (N=78)

	Itens	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Identidade $\alpha = .75$	Dores	.20	.77
	Dores de garganta	.39	.76
	Náusea	.41	.75
	Falta de ar	.54	.74
	Perda de peso	.10	.78
	Fadiga (cansaço)	.48	.74
	Rigidez das articulações	.22	.77
	Dificuldade em respirar	.59	.73
	Dores de cabeça	.43	.75
	Indisposição de estômago	.47	.75
	Dificuldade em dormir	.12	.78
	Tonturas	.45	.75
	Perda de forças	.54	.74
Duração (aguda/crónica) $\alpha = .88$	1	.69	.86
	2	.69	.86
	3	.78	.84
	4	.69	.86
	5	.85	.83
Consequências $\alpha = .67$	18	.46	.90
	6	.36	.64
	7	.42	.61
	9	.32	.66
Controlo pessoal $\alpha = .88$	10	.53	.56
	11	.50	.58
	12	.76	.85
	13	.73	.86
	14	.70	.86
Controlo de tratamento $\alpha = .75$	15	.58	.89
	16	.83	.85
	17	.65	.87
	19	.58	.69
Coerência da doença $\alpha = .83$	20	.50	.72
	21	.53	.71
	22	.54	.71
	23	.57	.71
Duração cíclica $\alpha = .86$	24	.65	.80
	25	.83	.74
	26	.74	.77
	27	.67	.79
Representação emocional $\alpha = .78$	28	.32	.88
	29	.64	.88
	30	.82	.72
	32	.75	.79
	33	.72	.70
	34	.77	.69
	35	.29	.80
	36	.22	.83
	37	.68	.71
	38	.59	.73

Como se pode constatar pela análise do quadro 5, após a eliminação dos itens 8 e 31, verificou-se uma elevação dos coeficientes de *Cronbach* nas sub-escalas *consequências* (.67) e *duração cíclica* (.86). Como mencionado anteriormente, neste estudo, as análises foram efectuadas com a versão do IPQ-R sem os itens 8 e 31.

Atendendo aos resultados obtidos, a versão do IPQ-R utilizada neste estudo apresenta boa fidelidade para a maioria das sub-escalas. Os valores alfa de *Cronbach* obtidos para as sub-escalas *identidade*, *duração aguda/crónica*, *controlo pessoal*, *controlo de tratamento*, *coerência da doença*, *duração cíclica* e *representação emocional* são semelhantes aos obtidos no estudo do IPQ-R original. Na sub-escala *consequências*, o alfa de *Cronbach* obtido ($r=.67$) é inferior ao da sub-escala original, mas que ainda permite a sua utilização. Contudo, estudos futuros devem examinar os itens problemáticos desta sub-escala.

6.4.2.2 Fidelidade Teste-reteste

Procedeu-se à avaliação da fidelidade teste-reteste, de forma a replicar as análises originais. Contudo, como é objecto deste estudo investigar as variações das representações com o tempo, estes dados não são muito relevantes do ponto de vista do teste de hipóteses.

Para se proceder à análise da fidelidade teste-reteste, foram utilizados os dados obtidos no 2º momento de avaliação (1 semana após o diagnóstico de EAM) e no 3º momento (3 semanas após o diagnóstico). Foram efectuadas correlações de *Pearson* entre a avaliação inicial (momento 1) do IPQ-R, com os momentos 2 e 3 de avaliação.

Quadro 6
Resultados relativos à Fidelidade teste-reteste do IPQ-R (N=78)

	1 semana	3 semanas
Identidade	.70**	.67**
Duração (aguda/crónica)	.84**	.64**
Consequências	.66**	.43**
Controlo pessoal	.80**	.70**
Controlo tratamento	.77**	.62**
Coerência da doença	.70**	.44**
Duração cíclica	.71**	.55**
Representação emocional	.84**	.57**

** . A correlação é significativa ao nível .01

No quadro 6 encontram-se descritos os resultados obtidos na análise da fidelidade teste-reteste. Pela sua análise podemos verificar, que no período de uma semana, as dimensões do IPQ estudadas apresentam uma boa estabilidade, com as correlações a variar entre os .66 e os .84. Todas as dimensões apresentam uma correlação superior a .50. As sub-escalas *duração* (aguda/crónica), *controlo pessoal* e *representação emocional*, surgem como as mais consistentes durante este período.

Os dados da fidelidade teste-reteste às 3 semanas, confirmam que o IPQ-R apresenta uma consistência aceitável, ao longo deste período. Exceptuando para as sub-escalas *consequências* e *coerência da doença*, os resultados obtidos das correlações entre o 1º e o 3º momento, são mais elevadas que .50. O *controlo pessoal*, a *identidade*, a *duração* (aguda/crónica) e o *controlo tratamento*, aparecem como as dimensões mais consistentes ao longo das 3 semanas. As dimensões que maior variação apresentam com o tempo são as *consequências*, a *coerência da doença*, a *duração cíclica* e a *representação emocional*.

Em resumo, os dados que os autores apresentam no IPQ-R original sobre a fidelidade teste-reteste às 3 semanas, dizem respeito a uma amostra de 25 doentes renais. Comparativamente ao original, verifica-se neste estudo, que as sub-escalas *consequências* e *coerência da doença* mostram uma correlação menor que .50, demonstrando uma maior variação ao longo deste período, possivelmente indicando menor estabilidade no tempo destas representações de doença nestes doentes. O significado destes dados será explicado no teste de hipóteses. No IPQ-R original, apenas a sub-escala *controlo pessoal* apresentava uma correlação inferior a .50. No nosso estudo, o *controlo pessoal* é a dimensão que apresenta a melhor estabilidade. Quer no estudo original quer no presente trabalho, verifica-se que as representações de doença que aparecem como mais estáveis, são as de *identidade*.

6.4.2.3 Validade

Devido ao tamanho da amostra não foi possível avaliar a validade de constructo através de análises factoriais. Optou-se por realizar correlações entre as dimensões avaliadas para estudar a relação entre estas, encontrando-se estas descritas no quadro 7.

Quadro 7
Matriz de correlações entre as dimensões do IPQ-R

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Identidade								
2. Duração (aguda/crónica)	.19							
3. Consequências	.24*	.11						
4. Controlo pessoal	-.13	-.10	-.20					
5. Controlo tratamento	.05	-.29**	-.12	.43**				
6. Coerência	-.09	.11	-.17	.31**	.18			
7. Duração cíclica	.14	.08	.14	-.07	-.34**	-.05		
8. Representação emocional	.22	-.04	.50**	-.12	.07	-.18	.03	

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

Para investigar as inter-relações entre as dimensões do IPQ-R, foram utilizados os coeficientes de correlação de *Pearson* (ver quadro 7). Verifica-se que a *identidade* se correlaciona significativa e positivamente com as *consequências*. O *controlo de tratamento* associa-se mais forte e positivamente com o *controlo pessoal*, e negativamente e de uma forma consistente com a *duração* (aguda/crónica) e *duração cíclica*. As *consequências* estão positiva e fortemente associadas com as *representações emocionais*. A *coerência* está positivamente correlacionada com o *controlo pessoal*.

Em resumo, acerca das correlações entre as dimensões do IPQ-R, nesta amostra de pacientes com EAM, verifica-se à semelhança do estudo original, associações esperadas entre as dimensões do questionário. A associação positiva entre a *identidade* e as *consequências*, sugere que, quantos mais sintomas são associados à doença, mais severas são as consequências percebidas. As crenças no *controlo de tratamento*, como acontece no estudo original, associam-se negativamente com a *duração* (aguda/crónica) e *duração cíclica*, pressupondo que a duração da doença será menor e com uma evolução mais estável. Por seu lado as crenças positivas de *controlo* (tratamento e pessoal) e *coerência da doença* encontram-se associadas positivamente entre si, assim como as crenças mais negativas (e.g. quanto maior as crenças nas consequências, mais elevadas as representações emocionais).

Em geral, verifica-se que existem apenas correlações moderadas entre as várias dimensões, confirmando a relativa independência destas.

6.4.2.4 Validade discriminante

De forma a determinar se as dimensões do IPQ-R não são apenas um reflexo das disposições afectivas, procedemos a correlações de *Pearson* entre as sub-escalas do IPQ-R e do HADS em cada momento de avaliação. O quadro 8 mostra que a maioria das correlações são baixas a moderadas.

Como seria de esperar, as correlações mais elevadas são entre a *ansiedade* e a *depressão*, e a *representação emocional*. Estes dados indicam uma associação significativa entre a dimensão emocional e as cognições de doença, mas confirma a validade discriminante do IPQ-R.

Quadro 8
Correlações de *Pearson* entre as dimensões do IPQ-R e as dimensões do HADS

	Momento 1		Momento 2		Momento 3	
	Ansiedade	Depressão	Ansiedade	Depressão	Ansiedade	Depressão
Identidade	.286*	.227*	.366**	.279*	.342**	.343**
Duração (aguda/crónica)	.172	.151	.120	.154	.208	.186
Consequências	.448**	.481**	.466**	.410**	.184	.188
Controlo pessoal	-.316**	-.404**	-.368**	-.480**	-.234*	-.448**
Controlo tratamento	-.191	-.385**	-.383**	-.486**	-.383**	-.450**
Coerência	-.295**	-.299**	-.425**	-.453**	-.500**	-.453**
Duração cíclica	.320**	.301**	.419**	.317**	.624**	.560**
Representação emocional	.631**	.500**	.561**	.549**	.470**	.449**

Em conclusão, quer as análises de consistência interna quer de teste-reteste, bem como as correlações entre as sub-escalas do IPQ-R, produziram resultados semelhantes aos da versão original, o que é promissor em termos da sua utilização para efeitos de investigação. Os valores obtidos nesta amostra são também semelhantes aos encontrados num estudo realizado em Portugal em doentes com enfarte do miocárdio (Figueiras, 1999), utilizando apenas algumas escalas do IPQ. Os *alfas de Cronbach* obtidos pela autora foram de respectivamente .83 para a *identidade*, .73 para as *consequências* e .62 para o *controlo/cura*.

Em termos de fidelidade teste-reteste, os resultados obtidos demonstram globalmente níveis de estabilidade aceitáveis ao longo dos 3 momentos de avaliação. As dimensões que maior variação apresentam com o tempo são as *consequências*, a *coerência da doença*, a *duração cíclica* e a *representação emocional*, estando de acordo com o

modelo de auto-regulação, que propõem que as representações de doença podem variar com o tempo.

Quanto às inter-correlações entre as sub-escalas do IPQ-R, os resultados obtidos, estão no geral, de acordo com as obtidas pelos autores do instrumento e são associações lógicas. Por último, a análise da validade discriminante do IPQ-R com o HADS nos 3 momentos de avaliação, sugere que diversas sub-escalas do IPQ-R estão associadas positiva e negativamente à ansiedade e depressão.

Embora não conclusivos, os dados apresentados neste estudo constituem uma boa fonte de referência para estudos posteriores a realizar com o IPQ-R no EAM. Aguardam-se resultados mais definitivos que possam também confirmar a sua validade de constructo.

6.5 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond & Snaith (1983)

6.5.2 Versão Original

O *Hospital Anxiety and Depression Scale* foi desenvolvido por Zigmond & Snaith (1983), para avaliar de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em tratamento no ambulatório. Apesar de ter sido desenvolvido para ser utilizado nestes doentes, é na actualidade largamente utilizado na investigação e prática clínica para avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (Herrmann, 1997). Ao contrário de outras escalas e inventários para avaliar a ansiedade e a depressão como o *Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), o *State Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) e a *Zung Depression Scale* (Zung, 1965), que foram desenvolvidos e utilizados para avaliar os níveis de ansiedade e depressão mais observáveis em contextos psiquiátricos, o HADS permite a avaliação de níveis mais leves de *distress* em doentes com patologia física. Outro aspecto relevante, prende-se com o facto de o HADS não incluir itens focados em aspectos somáticos, o que é apropriado para os doentes com patologia não psiquiátrica, caso contrário poderia elevar e falsear os resultados finais (Froese, Vasquez, Cassem, & Hackett, 1974). Por exemplo, no caso do EAM, os sintomas como perda de energia, insónia, e perda de interesse, podem ser mais uma consequência directa do EAM do que sintomas relacionados com a depressão, levando a uma sobre representação dos sintomas somáticos e a falsear os resultados obtidos pelos instrumentos de avaliação.

O HADS é uma escala auto-administrada e demora cerca de 10 minutos a ser preenchida. Consiste em 14 itens divididos em duas sub-escalas: ansiedade (7 itens) e depressão (7 itens). Os itens de ansiedade reflectem um estado de ansiedade generalizado, enquanto que os itens da depressão estão mais associados a um estado de anedonia (Zigmond e Snaith, 1983). A inclusão da anedonia, um indicador não-específico do humor depressivo, contribui para a sensibilidade da escala a níveis leves da perturbação, sem depender dos sintomas somáticos (Herrmann, 1997). Assim, 6 dos itens da sub-escala depressão avaliam o humor depressivo e anedonia, e 1 avalia o atraso psicomotor.

O modo de resposta dos 14 itens da escala varia de 0 (baixo) a 3 (elevado), numa escala *Likert* de 4 pontos. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, devendo a pessoa escolher aquela *como se tem sentido durante a última semana*. Os resultados totais de cada sub-escala variam entre 0 e 21, resultantes da soma dos valores dos itens de cada sub-escala. Os valores mais altos indicam níveis elevados de ansiedade e depressão.

De acordo com um estudo realizado por Zigmond & Snaith (1983), em 100 doentes com diferentes queixas de doença física e em tratamento no ambulatório, as pontuações obtidas entre 8 e 10 para cada sub-escala poderão indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica.

Os autores sugerem o valor 8 como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão. Por outro lado, consideram que a severidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), “leve” (8-10), “moderada” (11-15) e “severa” (16-21), (Snaith, & Zigmond, 1994). Os mesmos autores referem que pode ser usada uma pontuação total (HADS-Total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional. A premissa de que as escalas de ansiedade e depressão devem ser analisadas independentemente é apoiada por alguns autores (Constantini et al., 1999; Moorey et al., 1991), na medida em que a ansiedade e a depressão constituem dois factores independentes, mas correlacionados. De acordo com os autores esta escala pode ser repetida no tempo para avaliar o progresso da ansiedade e da depressão.

Quanto às características psicométricas, e no que se refere à validade de constructo do HADS, apesar de alguns estudos demonstrarem estruturas factoriais diferentes (Andersson, 1993; Lewis, 1991; Martin & Thompson, 2000), a confirmação dos dois factores da escala original preconizados pelos autores é apoiada pelo estudo de Moorey e colaboradores (1991), numa amostra de 568 doentes com cancro. Foram encontrados dois

factores explicando 53% da variância. A correlação entre os dois factores foi de .37 para os homens e .55 para as mulheres. Num estudo mais alargado, realizado por Smith e colaboradores (2002), em 1474 doentes com cancro, confirma-se uma estrutura de dois factores para o HADS, que no seu conjunto explicam 49.18% da variância. Estes dois factores correlacionam-se significativa e positivamente ($r=.52$). Roberts e colaboradores (2001), noutro estudo realizado em 167 mulheres com EAM ou submetidas a cirurgia bypass da artéria coronária (48% EAM e 52% CABG), apoiam também uma solução de dois factores. Segundo os autores, os dois factores explicam no seu conjunto, 41.4% da variância inicial (24.5% a ansiedade e 16.9% a depressão). Os resultados demonstraram uma elevada correlação entre os factores ansiedade e depressão ($r=.79$).

No que concerne à fidelidade, os coeficientes encontrados nas duas sub-escalas revelam uma elevada consistência interna (Moorey et al., 1991). De acordo com os autores, o coeficiente alfa de consistência interna de *Cronbach* é de .93 para a ansiedade e de .90 para a depressão. O coeficiente alfa de consistência interna de *Cronbach* para as duas sub-escalas no estudo de Smith e colaboradores (2002), foram respectivamente de .83 para a ansiedade e .79 para a depressão. Os coeficientes *alfa de Cronbach* obtidos no estudo de Roberts e colaboradores (2001), foram de .89 para os 14 itens da escala (HADS –Total), .85 para a ansiedade, e .80 para a depressão, demonstrando uma boa consistência interna. Num outro estudo realizado por Strik e colegas (2001), em 206 doentes com enfarte agudo do miocárdio (156 homens e 50 mulheres), os coeficientes alfa de consistência interna de *Cronbach*, foram respectivamente de .88 para o HADS-Total, .82 para a depressão e .83 para a ansiedade.

Outros estudos realizados confirmam uma elevada consistência interna, com o alfa de *Cronbach* a variar entre os .80 e .90 para as duas sub-escalas (Brandberg et al., 1992; Herrmann & Buss, 1994; Martin & Thompson, 2000) e $r=.82$ para o total da escala (Martin & Thompson, 2000).

Diversos estudos de fidelidade teste-reteste demonstraram uma elevada fidelidade durante 3 semanas para a ansiedade (.89), depressão (.86) e score total (.91) (Spinoven et al., 1997). Para além de 6 semanas também foi encontrada uma boa fidelidade teste-reteste, variando entre os .63 e .85, com correlações próximas dos .70 (Elliott, 1993; Herrmann & Buss, 1994; Strik et al., col., 2001). Os coeficientes de fidelidade teste-reteste para a escala total, sub-escala de ansiedade e sub-escala de depressão, entre a admissão e 2 meses de seguimento (Roberts et al., 2001), eram respectivamente de .78, .79, e .63. Os resultados deste estudo

demonstram uma boa estabilidade teste-reteste durante o período de 8 semanas, sendo a correlação entre as sub-escalas de .60.

6.5.3 Características Psicométricas numa Amostra Portuguesa

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do HADS nesta amostra foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre, Pereira, Gouveia & Silva (1999). Esta versão é constituída pelos 14 itens da escala original (7 para a sub-escala ansiedade e 7 para a sub-escala depressão). As características psicométricas do HADS, na versão portuguesa utilizada, foram determinadas por uma avaliação da fidelidade e validade semelhante à escala original, e de outros estudos citados atrás, para efeitos de comparação. Neste estudo, foram utilizados os dados obtidos no 1º momento de avaliação (2 dias após o diagnóstico do EAM e internamento), para se proceder à análise das propriedades psicométricas do HADS.

A validação do HADS com uma amostra mais alargada, está a ser realizada no âmbito do estudo financiado pela FCT, que foi referido anteriormente.

6.5.3.4 Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o *alfa de Cronbach*, separadamente para as sub-escalas ansiedade e depressão, tal como efectuado pelos autores da escala original. Neste estudo procedeu-se também ao cálculo do *alfa de Cronbach* para o total da escala. Nos quadros 9, 10 e 11, são apresentados respectivamente os coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do HADS, para a sub-escala ansiedade (HADS-A), depressão (HADS-D) e HADS-Total .

Quadro 9**Resultados das análises de consistência interna do HADS – A (Ansiedade) (N=78)**

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1 - Sinto-me tenso	.63	.880
3 - Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	.70	.870
5 - Tenho preocupações que me passam pela cabeça	.64	.877
7 - Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado	.78	.860
9 - Sinto uma espécie de medo como se tivesse um aperto no estômago	.75	.863
11 - Sinto-me inquieto(a) como se tivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro	.72	.867
13 - Tenho sentimentos súbitos de pânico	.60	.882

Alfa de Cronbach = .89

A análise das correlações dos itens do HADS-A (Ansiedade) com o total da escala (sem o item), revelou que todos os itens apresentavam correlações acima de .60, variando dos .60 aos .78. Nas correlações do HADS-D (Depressão) com o total da escala, os valores obtidos situam-se acima dos .38, variando dos .38 aos .72. O coeficiente de fidelidade para a sub-escala HADS-A é de .89 e para a sub-escala HADS-D é de .82, o que revela uma elevada consistência interna em ambos os casos.

Quadro 10**Resultados das análises de consistência interna do HADS – D (depressão) (N=78)**

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
2 - Ainda gosto das coisas de que costumava gostar	.49	.800
4 - Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas	.72	.760
6 - Sinto-me alegre	.67	.769
8 - Sinto-me mais lento ou vagaroso	.50	.801
10 - Perdi o interesse pela minha aparência	.56	.789
12 - Antecipo as coisas com satisfação	.60	.781
14 - Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio	.38	.821

Alfa de Cronbach = .82

A análise das correlações para o HADS-Total revela que todos os itens apresentam correlações acima de .51 com o total da escala, variando dos .51 aos .81. O coeficiente de fidelidade para o HADS-Total é de .91, revelando uma elevada consistência interna desta escala.

Quadro 11
Resultados das análises de consistência interna do HADS –Total (N=78)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1 - Sinto-me tenso	.68	.898
2 - Ainda gosto das coisas de que costumava gostar	.51	.904
3 - Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	.63	.900
4 - Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas	.68	.898
5 - Tenho preocupações que me passam pela cabeça	.62	.900
6 - Sinto-me alegre	.62	.900
7 - Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado	.81	.893
8 - Sinto-me mais lento ou vagaroso	.42	.908
9 - Sinto uma espécie de medo como se tivesse um aperto no estômago	.72	.896
10 - Perdi o interesse pela minha aparência	.55	.903
11 - Sinto-me inquieto(a) como se tivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro	.67	.898
12 - Antecipo as coisas com satisfação	.55	.903
13 - Tenho sentimentos súbitos de pânico	.55	.903
14 - Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio	.56	.903

Alfa de Cronbach =.91

Pela análise dos coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do HADS (por sub-escala e total), é possível constatar que os valores obtidos são altos e semelhantes aos obtidos noutros estudos (Moorey et al., 1991; Roberts et al., 2001; Smith et al., 2002; Strik et al., 2001), revelando uma elevada consistência interna desta escala na amostra em estudo.

6.5.3.5 Validade

Antes de se realizar a análise factorial procedeu-se à análise do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* e do teste de *esfericidade de Bartlett*, para verificar se as características dos dados seriam adequadas para se proceder a uma análise factorial. A análise dos valores obtido pelo KMO (.875) e pelo TEB (564.34, $p < .001$) confirmam os critérios psicométricos para a realização da análise factorial.

A validade de constructo foi estudada recorrendo à análise factorial de componentes principais seguida de rotação *varimax*. Após a extracção e rotação, dois factores com “*eigenvalues*” superiores a 1, emergem da análise do HADS-Total (Quadro 12).

Quadro 12
Estrutura factorial do *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, versão experimental
(N=78)

Factor 1 – Ansiedade	
Eigenvalue: 6.5	Carga Factorial
Variância explicada (após rotação): 29.5%	
Itens	
9 - Sinto uma espécie de medo como se tivesse um aperto no estômago	.872
13 - Tenho sentimentos súbitos de pânico	.812
3 - Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	.761
14 - Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio	(.732)
11 - Sinto-me inquieto(a) como se tivesse que estar sempre a andar de um lado para o outro	.665
7 - Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado	.651
5 - Tenho preocupações que me passam pela cabeça	.515
1 - Sinto-me tenso	.457
Factor 2 – Depressão	
Eigenvalue: 1.7	
Variância explicada (após rotação): 28.6%	
Itens	
6 - Sinto-me alegre	.778
4 - Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas	.770
8 - Sinto-me mais lento ou vagaroso	.688
12 - Antecipo as coisas com satisfação	.643
2 - Ainda gosto das coisas de que costumava gostar	.640
10 - Perdi o interesse pela minha aparência	.620
1 - Sinto-me tenso	(.592)
7 - Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado	(.553)
14 - Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio	.152
Variância total explicada após rotação: 58.18%	

O primeiro factor explica 29.53% da variância total (*eigenvalue* de 6.488) e o segundo factor explica 28.65% da variância total (*eigenvalue* de 1.658), explicando no seu conjunto, mais de 58% da variância total inicial (58.181%). Os outros factores tinham *eigenvalues* <1 e por esse motivo não foram considerados nas análises subsequentes. Os resultados desta análise revelam que os 14 itens da versão original se organizam pelos dois factores de acordo com o modelo original de Zigmond & Snaith (1983). Os itens com cargas factoriais iguais ou superiores a 0.50 são interpretados como representantes de um factor particular.

O quadro 12 demonstra que os itens da ansiedade e depressão apresentam uma carga factorial em factores separados. Uma excepção é o item 7, “*Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado*”, que apresenta uma carga factorial superior a .50 nos dois factores. Excepto o item 1 “*Sinto-me tenso*”, que tem uma carga factorial mais elevada no factor 2, todos os restantes itens do HADS-A tem carga factorial superior a .50 no factor 1. Por seu lado, exceptuando o item 14 “*Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio*”, que apresenta uma carga factorial mais elevada no factor 1, todos os outros itens do HADS-D apresentam uma carga factorial mais elevada no factor 2.

Neste estudo foram também analisadas as correlações entre as sub-escalas ansiedade e depressão, e entre estas e o HADS-Total, encontrando-se os resultados descritos no quadro 13. As correlações observadas entre as sub-escalas e o total do HADS são elevadas ($r=.936$ para a sub-escala ansiedade e $r=.901$ para a sub-escala depressão). Os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as duas sub-escalas, apesar de serem mais baixos do que com o HADS-Total, revelam que estas se correlacionam significativa e positivamente ($r=.69$; $p<.01$) entre si, indicando um associação moderada entre estas sub-escalas, demonstrando portanto alguma especificidade de cada uma das sub-escalas.

Quadro 13
Coefficientes de correlação de *Pearson* entre as sub-escalas do HADS (N=78)

	HADS-Total	HADS-A (ansiedade)	HADS-D (depressão)
HADS-Total	1.000	.936**	.901**
HADS-A (ansiedade)	.936**	1.000	.691**
HADS-D (depressão)	.901**	.691**	1.000

** . Correlação significativa a nível .01

Os coeficientes de correlação de *Pearson* obtidos, vão de encontro aos valores encontrados em estudos descritos anteriormente (Martin & Thompson, 2000; Roberts et al., 2001; Smith et al., 2002), demonstrando uma correlação significativa e positiva entre as duas sub-escalas.

Em conclusão, a análise das propriedades psicométricas do HADS nesta amostra, revela uma boa fidelidade do instrumento, e o estudo da validade confirma a estrutura factorial de dois factores preconizados pelos autores e confirmados por outros estudos. O facto de o item 7, “*Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado*”, ter obtido uma carga

factorial superior a .50 nos dois factores e ser mais elevada no factor 2 (sub-escala depressão), está de acordo com os resultados encontrados noutros estudos (Moorey et al., 1991; Roberts et al., 2001), podendo sugerir a necessidade de se proceder a uma nova análise deste item, de forma a modificá-lo ou a substituí-lo.

No entanto, uma outra explicação pode ser dada a este facto: a moderada e/ou baixa correlação encontrada entre as duas sub-escalas em estudos descritos anteriormente (e.g. Lewis, 1991; Moorey et al., 1991; Roberts et al., 2001), pode indicar uma substancial sobreposição entre a ansiedade e a depressão. De acordo com Herrmann (1997), o HADS permite pelo menos em teoria, avaliar separadamente a ansiedade e a depressão. Segundo o mesmo autor, esta distinção nem sempre acontece na prática clínica. Estas explicações podem também servir de base, para justificar a carga factorial mais elevada do item 1 “*Sinto-me tenso*”, no factor 2 (sub-escala depressão) e do item 14 “*Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio*”, no factor 1 (sub-escala ansiedade). Ainda relativo ao item 14, outra justificação pode estar relacionada com o facto de o HADS ter sido administrado na Unidade de Cuidados Intensivos, onde não existe acesso a televisões, jornais ou revistas.

Para finalizar, atendendo ao reduzido tamanho da amostra, não é nossa pretensão que os dados obtidos neste estudo constituam a validação do instrumento para a população portuguesa. Pretende-se apenas a obtenção de resultados preliminares da análise das características psicométricas do HADS na nossa amostra, que será posteriormente complementado pelo estudo mais abrangente financiado pela FCT, e que está actualmente em fase de implementação. Para efeitos deste estudo, o instrumento a ser utilizado é o original, conforme o preconizado pelos autores. Somos de opinião, de que este instrumento deve ser replicado em amostras mais alargadas de doentes com EAM e outro tipo de doenças coronárias, bem como em doentes com outro tipo de patologias.

6.6 Sickness Impact Profile (SIP) de Bergner, Bobbit & Pollard, (1976).

6.6.2 Versão Original

O *Sickness Impact Profile* (SIP) de Bergner e colaboradores (1976) foi desenvolvido para fornecer uma medida do estado de saúde de pessoas e populações com uma doença aguda ou crónica. A doença é avaliada relativamente ao seu impacto nas actividades diárias e no comportamento dos indivíduos. O SIP “*é um instrumento que permite fornecer um*

perfil descritivo das respostas de um indivíduo, em termos do impacto da doença em comportamentos específicos” (Bergner et al., 1976, p. 401). O SIP pode ser utilizado como um questionário auto administrado ou administrado pelo entrevistador e demora 20 a 30 minutos a ser preenchido.

O início do desenvolvimento do SIP data de 1972 e os estudos de validade e fidelidade do instrumento prolongaram-se por uma década (Bergner et al., 1981). A versão final do SIP comporta 136 itens divididos em 12 categorias: locomoção, cuidados pessoais e movimento, mobilidade, tarefas domésticas, actividades recreativas e passatempos, interacção social, emoções, alerta, sono e repouso, alimentação, comunicação, trabalho. Especificamente, os valores obtidos no SIP avaliam duas dimensões: o funcionamento físico e psicossocial. A dimensão física é composta pelas categorias de locomoção, mobilidade, e cuidados pessoais e movimento. A dimensão psicossocial inclui as categorias de interacção social, comunicação, emoções e alerta. As restantes categorias (sono e repouso, alimentação, trabalho, tarefas domésticas e actividades recreativas e passatempos) são somadas às duas dimensões anteriores para o cálculo do valor total do SIP.

Cada item tem um determinado valor que reflecte o grau de severidade da limitação. Para responderem ao SIP as pessoas devem ter em consideração duas questões: se o item se aplica a eles e em caso afirmativo, se é devido ao seu estado de saúde. Se as duas questões são respondidas positivamente, então o item é cotado.

Segundo Bergner, Bobbit, e Pollard (1976), a forma de cotação do SIP pode ser efectuada ao nível de cada sub-escala, pelas dimensões psicossociais ou físicas, ou por um *score* único variando de 0 a 100. Quanto mais baixo for o *score*, melhor é o estado de saúde dos indivíduos. Os *scores* de limitação expressos em percentagem para cada categoria, são obtidos pela soma dos valores dos itens assinalados dentro de cada categoria e divididos pelo *score* máximo de cada categoria (soma de todos os itens dentro da categoria) e multiplicados por 100%. O *score* total também é expresso em percentagem de limitação e é calculado pela soma dos valores dos itens assinalados em todas as categorias, divididos pela soma dos valores dos 136 itens de todas as categorias e multiplicados por 100%.

O SIP foi utilizado em diversos estudos de investigação em serviços clínicos e da saúde (Patrick & Deyo, 1989; Deyo & Patrick, 1989), apresentando valores elevados de coeficiente de fidelidade, e de validade convergente e discriminante (de Bruin, de Witte, Stevens & Diederiks, 1992). Relativamente à validade de constructo, a estrutura de duas dimensões do SIP (física e psicológica) foi confirmada através de uma análise factorial das 12 categorias, em 332 doentes hospitalizados por condições físicas e psiquiátricas (Brooks et al.,

1990). Quanto à validade convergente, este instrumento correlaciona-se significativamente ($r=.64$) com o *Índice de Actividades da Vida Diária* (ADL) (Katz et al., 1963; 1970; 1976), e ainda com o *National Health Interview Survey Instrument* (.55) (in Bergner et al., 1981). A validade clínica foi avaliada pela relação entre medidas clínicas da doença e os *scores* obtidos no SIP. De acordo com os autores, a relação entre o SIP e as medidas clínicas foram moderadas a elevadas na direcção hipotetizada.

No que respeita à fidelidade do SIP, os coeficientes de consistência interna (*alfa de Cronbach*) foram elevados (.81–.97), bem como os da fidelidade teste-reteste (.88–.92) (Bowling, 1997). Os diversos estudos realizados em amostras de doentes com hipotireoidismo, artrite reumatoide e artroplastia da anca, demonstraram igualmente uma elevada fidelidade teste-reteste ($r=.92$) e consistência interna ($r=.94$) (Bergner, Bobbitt, Carter & Gilson, 1981). Num estudo realizado com doentes a fazer hemodiálise, Schwartzmann e colaboradores (1999) obtiveram um *alfa de Cronbach* de .79 para a dimensão física e .83 para a dimensão psicossocial. Ao procederem ao estudo da consistência interna por sub-escala, constataram que a maior parte tinham valores superiores a .70, exceptuando para as sub-escalas comunicação, sono e repouso e alimentação, que se situavam abaixo deste valor.

Não temos conhecimento de estudos realizados em Portugal em que esta escala tenha sido aplicada na sua totalidade. No estudo de Figueiras (1999), a autora utilizou duas sub-escalas do SIP [interacção social (16 itens) e recreação (4 itens)] em 120 doentes com enfarte do miocárdio. Na avaliação aos 3 meses a fidelidade para a sub-escala *interacção social* foi de .81 e também de .81 para a *recreação*.

Mais recentemente, diversos problemas têm sido apontados ao *Sickness Impact Profile*. Pollard & Johnston (2001), identificaram 7 tipos de problemas: a) cotação incorrecta; b) a natureza e significado dos *scores* globais; c) ambiguidade dos itens; d) a ordenação dos itens; e) a extensão do questionário, e f) a categoria trabalho.

De acordo com Pollard & Johnston (2001), a administração do SIP pode ser mais facilitada. Em vez de se responder aos diversos itens, depois de assinalado um item dentro da cada categoria, que irá corresponder ao grau de limitação mais elevado, deve-se passar para a categoria seguinte, evitando deste modo, responder aos restantes itens.

Estas autoras sugerem, também, um novo método de cotação do SIP a fim de ultrapassar alguns dos problemas identificados. Para a obtenção de um *score* de cada categoria, deve ser tomado em consideração o item assinalado pelo sujeito, como o valor mais elevado nessa categoria. Para a obtenção de um *score* total de limitação, as autoras

sugerem que se proceda à soma dos itens mais elevados de cada categoria e se divida depois pelo número de categorias válidas (a que o sujeito respondeu).

Estudos preliminares levados a cabo por Smith, Johnston, Pollard & Johnston (2001) para validar empiricamente o novo método de cotação, realizado em 277 doentes com patologias físicas crónicas, indicam que a fidelidade, validade de critério e sensibilidade à mudança é idêntica ao do SIP original. Os autores realizaram estudos em 3 populações clínicas: em 101 pacientes que foram seleccionados randómicamente de uma população com algum tipo de incapacidade física; 118 pacientes com enfarte do miocárdio, que foram avaliados na altura da admissão, na alta, e 2, 6 e 12 meses após a alta; em 68 doentes que tiveram um acidente vascular cerebral, sendo avaliados na altura da admissão e 1 e 6 meses após a alta.

A análise da fidelidade foi obtida através do coeficiente de consistência interna (alfa de *Cronbach*), para o SIP cotado da forma original e para o SIP com o novo método de cotação. Após comparação dos resultados de ambos os métodos de cotação, os valores *alfa de Cronbach* foram similares. Os resultados obtidos pelas autoras foram os seguintes: no estudo de pacientes com incapacidade física o *alfa de Cronbach* obtido foi de .85 para o novo método de cotação e de .87 para o antigo; no estudo com pacientes com acidente vascular cerebral, os valores obtidos para o novo método de cotação no 1º e 6º mês, foram respectivamente de .74 e .84, comparados com .70 e .83 do método de cotação original; finalmente, no estudo com pacientes com enfarte do miocárdio, os resultados obtidos pela nova forma de cotação aos 2, 6 e 12 meses foram respectivamente de .80, .85, .89, e pelo modo original de .85, .88, .91.

A validade de critério foi determinada pela análise das correlações do SIP (com o novo método de cotação e o original), com outras medidas de avaliação de incapacidade (*Barthel Index e Observer Assessed Disability*). Os resultados obtidos demonstram correlações similares ou mais fortes entre a nova cotação do SIP com as outras medidas de incapacidade, do que com o método original de cotação. Segundo as autoras, as correlações de *Pearson* entre o SIP cotado da nova forma, com o *Barthel Index e Observer Assessed Disability* no 1º mês era respectivamente de .53 e .55, e no 6º mês de .52 e .44. Com a forma de cotação original do SIP, as correlações de *Pearson* eram de .47 e .57 no 1º mês para *Barthel Index* e o *Observer Assessed Disability*, e de .40 e .35 no 6º mês.

Para determinar a sensibilidade à mudança, os autores procederam a análises estatísticas (ANOVA – Repetead measures), para os pacientes com enfarte do miocárdio e com acidente vascular cerebral. Os níveis de significância obtidos com os pacientes com enfarte

do miocárdio são mais elevados para o novo método de cotação do SIP $F(2;182)=7.6$; $p<.001$, do que para o original $F(2,182)=4.2$; $p=.02$. O mesmo não se passa com os pacientes com acidente vascular cerebral, em que os valores obtidos foram $F(1,67)=3.04$; $p=.08$, para o novo método de cotação e de $F(1,67)=13.3$; $p<.001$ para o original. O novo método de cotação apresenta uma maior sensibilidade do que o método de cotação original para o enfarte do miocárdio, mas não para o acidente vascular cerebral.

No nosso estudo, foi utilizado o novo método de administração e cotação do SIP, preconizado por Johnston e colaboradores (2002), e que foi descrito anteriormente.

6.6.3 Características Psicométricas numa Amostra Portuguesa

A versão do SIP utilizada neste estudo foi uma versão experimental (McIntyre, McIntyre & Soares, 2000) traduzida para língua portuguesa pelos autores. Esta versão é constituída por 127 itens, distribuídos por 11 categorias (locomoção, cuidados pessoais e movimento, mobilidade, tarefas domésticas, actividades recreativas e passatempos, actividades sociais, emoções, alerta, sono e repouso, alimentação e comunicação) (ver quadro 14). Relativamente ao SIP original foi retirada a categoria “*trabalho*”, na medida em que após um EAM, o regresso ao trabalho deve ser feito de uma forma gradual e geralmente não ocorre nas duas semanas após a alta hospitalar (Flapan, 1994). Para além desse motivo, a categoria “*trabalho*” não contempla a possibilidade de as pessoas não recomeçarem a trabalhar por outros motivos que não se relacionem com o seu estado de saúde, como o desemprego ou a reforma (Pollard & Johnston, 2001).

Quadro 14
Sub-escalas e respectivo número de itens do SIP utilizado neste estudo

Categorias do SIP	N.º de itens
Locomoção (itens 1-12)	12
Cuidados pessoais e movimento (itens 13-35)	23
Mobilidade (itens 36-45)	10
Tarefas domésticas (itens 46-55)	10
Actividades recreativas e passatempos (itens 56-63)	8
Actividades sociais (itens 64-83)	20
Emoções (itens 84-92)	9
Alerta (itens 93-102)	10
Sono e repouso (itens 103-109)	7
Alimentação (itens 110-118)	9
Comunicação (itens 119-127)	9

As características psicométricas do SIP na versão experimental portuguesa foram determinadas por uma avaliação da fidelidade e validade, tendo em consideração as frequências de resposta nos itens com pontuação máxima assinalada em cada categoria, como descrito anteriormente. As categorias *cuidados pessoais e movimento*, e *comunicação* foram retiradas da análise, atendendo ao facto de que foram seleccionados apenas os itens com uma frequência de resposta ≥ 5 . e nenhum item destas categorias preenchia esse critério. Deste modo no teste de hipóteses apenas foram consideradas as restantes 9 sub-escalas. Neste estudo foram também realizadas correlações entre as dimensões do SIP, para estudar a relação entre estas.

6.6.3.4 Fidelidade

Para determinar a fidelidade do SIP foi calculado o coeficiente *alfa de Cronbach* (consistência interna) para o total do SIP, obtendo-se um alfa global de .70, o que indica uma consistência interna adequada. As correlações de cada categoria com o total do SIP variaram entre .11 e os .69.

Quadro 15
Coefficientes de Consistência Interna de Cronbach das sub-escalas do SIP
(N=78)

Categorias	Média	Desvio padrão	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Locomoção	36.78	26.01	.69	.629
Mobilidade	44.53	41.97	.46	.667
Tarefas domésticas	49.49	31.03	.45	.668
Actividades recreativas e passatempos	26.28	25.70	.31	.694
Actividades sociais	37.91	30.04	.33	.691
Emoções	26.88	30.11	.34	.689
Alerta	10.79	25.76	.30	.694
Sono e repouso	50.13	39.41	.46	.664
Alimentação	46.08	21.58	.11	.719

Alfa de Cronbach: .70

Uma análise das categorias revela que apenas a *alimentação*, apresenta uma baixa correlação com o total da escala ($<.20$). Optou-se, no entanto, por manter esta categoria atendendo à importância que apresenta na avaliação da adaptação psicossocial após um enfarte do miocárdio. Em termos de comparação com os resultados obtidos por Johnston e colaboradores (2002), verificámos que o *alfa de Cronbach* encontrado no nosso estudo é

inferior ao obtido pelas autoras, demonstrando no entanto ainda uma boa consistência interna.

6.6.3.5 Validade

A validade de constructo foi estudada recorrendo à análise factorial de componentes principais das categorias do SIP, seguida de rotação *varimax* (quadro 16).

Antes de se realizar a análise factorial, procedeu-se à análise do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* e do teste de *esfericidade de Bartlett*, para verificar se as características dos dados seriam adequadas para se proceder a uma análise factorial. A análise dos valores obtidos pelo KMO (.648) e pelo TEB (177.85, $p < .001$) confirmam os critérios psicométricos para a realização da análise factorial.

Quadro 16
Estrutura factorial do *Sickness Impact Profile*, versão experimental (N=78)

Categorias	Cargas factoriais		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Locomoção	.845		
Tarefas domésticas	.762		
Mobilidade	.691		
Sono e repouso	.676		
Emoções	.460		
Alerta		.738	
Actividades sociais		.729	
Actividades recreativas e passatempos		.639	
Alimentação			.814
<i>Eigenvalue</i>	2.9	1.3	1.2
Variância explicada (após rotação)	27.0%	19.1%	14.7%
	Total 60.8%		

Os resultados dessa análise revelam que as nove sub-escalas se organizam por três factores, sendo a variância total explicada de 60.8%. A funcionalidade global parece, assim, agrupar-se em três dimensões. O Factor 1 engloba as sub-escalas locomoção, tarefas domésticas, mobilidade, sono e repouso e emoções, agrupando-se numa dimensão que podemos designar por *capacidade de autonomia/funcionalidade psicológica*. O Factor 2 integra as sub-escalas alerta, actividades sociais, e actividades recreativas e passatempos, agrupando-se numa outra dimensão que parece estar relacionada com a função de se movimentar para o exterior: a *funcionalidade social*. O Factor 3 integra apenas a sub-escala alimentação, que está relacionada com os *hábitos alimentares* dos pacientes.

Neste estudo foram também analisadas as correlações entre as sub-escalas do SIP e entre estas e o SIP-Total, encontrando-se os resultados descritos no quadro 17.

Quadro 17
Matriz de correlações entre as dimensões do SIP (N=78)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 - SIP-Total										
2 - Locomoção	.381**									
3 - Mobilidade	.508**	.423**								
4 - Tarefas domésticas	.382**	.576**	.408**							
5 - Actividades recreativas e passatempos	.174	.291**	.57	.186						
6 - Actividades sociais	.245*	.176	.234*	.065	.314**					
7 - Emoções	.249*	.459**	.116	.179	.197	.046				
8 - Alerta	.105	.332**	.109	.061	.207	.340**	.264*			
9 - Sono e repouso	.440**	.485**	.411**	.278*	.186	.128	.324**	.170		
10 - Alimentação	.234**	.091	.169	.182	-.022	.267*	-.057	-.103	-.060	

** Correlação é significativa ao nível .01 (2-tailed) * Correlação é significativa ao nível de .05 (2-tailed)

O padrão de correlações demonstra que há categorias que se relacionam mais com disfunção nestas dimensões, como sejam a locomoção, a mobilidade, as tarefas domésticas e o sono e repouso. Em contraste, as actividades recreativas e passatempos, as actividades sociais, as emoções, o alerta e a alimentação, apresentam associações mais específicas. É também de assinalar, que o nível de alerta e as actividades recreativas e passatempos não se correlacionam com o SIP-Total nesta amostra. Estes dados mostram um padrão algo heterogéneo de disfuncionalidade para algumas dimensões do SIP.

Os resultados aqui apresentados, são dados preliminares sobre o estudo psicométrico do SIP numa amostra portuguesa de doentes com enfarte do miocárdio. Os estudos de fidelidade indicam uma boa consistência interna em termos da amostra com enfarte do miocárdio, contudo inferior ao estudo de Johnston e colaboradores (2002). Apesar de apresentarmos uma análise factorial do SIP e uma análise da relação entre as sub-escalas, estes dados não são conclusivos e dizem respeito unicamente a esta amostra. Para a determinação das características de validade do SIP, à semelhança de estudos anteriores (Bergner, Bobbitt, Carter & Gilson, 1981; Johnston et al., 2002), é necessário no futuro, proceder-se ao estudo da correlação com outros instrumentos de avaliação, que também avaliem o grau de limitação (disfuncionalidade). Contudo, estes dados podem servir de referência para futuros estudos nesta patologia. Não temos conhecimento de estudos recentes em Portugal, que tenham utilizado esta forma de administração e cotação, devendo por esse motivo, a interpretação dos resultados ser feita com alguma precaução.

Aguardámos por resultados mais definitivos após a conclusão do estudo mais alargado, financiado pelo FCT, já mencionado anteriormente.

7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a colheita de dados, estes foram lançados numa base de dados informática e processados pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – versão 10.0).

Os dados relativos à caracterização da amostra, foram obtidos a partir de estatística descritiva, análises de distribuições e frequências. Para dar resposta às questões de investigação, foram utilizados vários tipos de procedimentos e análises estatísticas, de acordo com o tipo de questão colocada. No teste das hipóteses, a variável *idade* foi utilizada como concomitante (*covariate*), de modo a avaliar as diferenças do género na adaptação psicossocial ao enfarte do miocárdio, controlando a influência da idade, atendendo às diferenças encontradas ao nível da idade nesta amostra. Com efeito, o facto de termos um n pequeno na faixa etária mais jovem nas mulheres e na faixa etária mais velha nos homens, não permitiu investigar o efeito da idade de uma forma mais aprofundada. No entanto, nas análises estatísticas realizadas, quando se verificou o efeito principal ou interactivo significativo da idade, esta variável foi categorizada em <60 anos e ≥ 60 anos, de modo a analisar de um modo descritivo as médias observadas por idade e género.

Assim, para investigarmos a hipótese 1, recorreremos a análises de variância univariada e multivariada, com a *idade* como concomitante (Ancovas e Mancovas), para avaliar as diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial à doença (avaliado pelo valor total do SIP e pelas sub-escalas). Numa segunda fase, para avaliar o efeito do género na ansiedade e depressão (avaliadas pelo HADS), foram efectuadas Mancovas – *medidas repetidas* com os valores obtidos pelo HADS em cada uma das dimensões nos três momentos de avaliação.

Para testarmos a hipótese 2, foram efectuadas séries de regressões múltiplas hierárquicas com as representações de doença em cada momento de avaliação como predictores, com os momentos de ansiedade e depressão concomitantes como variáveis de resultado (eg. representações de doença do momento1 com a ansiedade1 e depressão1). Do mesmo modo, realizámos análises de regressão hierárquica múltipla com cada um dos momentos em que as representações de doença foram avaliadas, e a disfuncionalidade global (SIP-Total) e cada uma das dimensões do SIP atrás referidas. A variável género foi transformada

(*dummy-coding* para variáveis categóricas) em 0 e 1, correspondendo o 0 aos homens e 1 às mulheres, sendo introduzida no modelo de regressão múltipla no 1º bloco. A idade foi introduzida no 1º bloco como variável contínua, devido ao pequeno número de sujeitos nos sub-grupos quando se pretendeu categorizar esta variável.

Para testar a hipótese 3, recorreremos a análises multivariadas (medidas repetidas), para investigar as diferenças ao nível do género nas representações de doença pré alta (nos 2 momentos de avaliação) e pós alta.

Relativamente à hipótese 4, de forma a responder à questão levantada, foram realizadas análises de regressão múltipla hierárquica, de forma a analisar o efeito da ansiedade e depressão dos dois primeiros momentos de avaliação, na ansiedade e depressão nas duas semanas após a alta hospitalar. Do mesmo modo, através de análises de regressão múltipla, foi analisado o efeito da ansiedade e depressão pré-alta na disfuncionalidade global (SIP-Total) e em cada dimensão do SIP.

Por último e em termos de análises exploratórias, a influência de diversas variáveis sócio-demográficas e clínicas nas representações de doença e na adaptação psicossocial ao enfarte do miocárdio ao nível do género, foram investigadas, através da utilização de análises multivariadas do tipo Mancovas - *medidas repetidas* e análises univariadas (Ancovas).

Na totalidade das análises estatísticas realizadas, assumiu-se um *alfa* igual a .05 como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade do erro de tipo I for inferior a .05.

CAPÍTULO II

RESULTADOS

Os resultados que vamos apresentar seguidamente dizem respeito às análises estatísticas dos dados recolhidos e estão organizados de forma a dar resposta às questões de investigação que orientaram este estudo, bem como a testar as hipóteses formuladas. Também são apresentados os resultados referentes às análises exploratórias realizadas.

Neste capítulo, faremos aqui uma descrição dos dados e a sua interpretação terá lugar na parte do trabalho dedicada à discussão dos resultados.

1 RESULTADOS DOS TESTES DE HIPÓTESES

1.1 Hipótese 1 - Prevê-se uma diferença significativa entre homens e mulheres na adaptação psicossocial a curto prazo, no pós enfarte agudo do miocárdio, apresentando as mulheres maiores dificuldades de adaptação psicossocial do que os homens (avaliada pelas sub-escalas ansiedade e depressão do *Hospital Anxiety and Depression Scale* e pelo total e sub-escalas do *Sickness Impact profile*, locomoção, mobilidade, tarefas domésticas, actividades recreativas e passatempos, actividades sociais, emoções, alerta, sono e repouso, e alimentação).

Para testar esta hipótese foram utilizados o *Sickness Impact Profile* (SIP) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), como indicadores da adaptação psicossocial. O SIP apenas foi utilizado no momento 3 (15 dias após a alta) e o HADS nos três momentos de avaliação.

Em relação ao valor SIP-Total e suas sub-escalas, esta hipótese foi testada recorrendo a análises de variância univariada (SIP-Total) e multivariada (sub-escalas) com a *idade* como concomitante (Ancovas e Mancovas), para avaliar as diferenças obtidas ao nível do género na adaptação funcional à doença (momento 3). Para avaliar o efeito do género no conjunto das sub-escalas do HADS (ansiedade e depressão), foram efectuadas análises multivariadas (Mancovas - medidas repetidas) com os valores obtidos pelo HADS em cada uma das dimensões nos três momentos de avaliação.

Como referido anteriormente, a variável *idade* foi utilizada como concomitante (*covariate*) em ambas as análises, de modo a avaliar as diferenças do género na adaptação psicossocial ao enfarte do miocárdio, controlando a influência da idade.

Os resultados das análises de covariância univariada, relativos ao efeito do género no SIP-Total, foram não significativos ($F=0.32$; $p=0.575$) (ver quadro 18). As análises de covariância multivariada produziram resultados significativos para o efeito do género no conjunto das sub-escalas do SIP ($F=2.89$; $P=0.006$). Os resultados univariados foram significativos para as sub-escalas *locomoção* ($F=4.14$; $p=0.045$) e *tarefas domésticas* ($F=12.16$; $p=0.001$), apresentando as mulheres piores valores de adaptação psicossocial.

No quadro 18 encontram-se descritos os resultados referentes às diferenças ao nível do género na adaptação funcional pós EAM (a *negrito* encontram-se os resultados com significância estatística).

Quadro 18
Resultados das análises de variância (Ancovas para o SIP-Total e Mancovas para as sub-escalas)
referentes ao *Sickness Impact Profile* em função do género, considerando a idade como covariante
(N=78)

Dimensões do SIP		Masculino	Feminino	F	p
Sip-Total	Média	55.52	60.47	F=.32	p=.575
	DP	15.95	9.01		
Locomoção	Média	27.43	50.22	F=4.14	p=.045
	DP	22.25	25.40		
Mobilidade	Média	38.43	53.28	F=.20	p=.656
	DP	43.04	39.41		
Tarefas domésticas	Média	35.37	69.78	F=12.16	p=.001
	DP	28.74	21.73		
Actividades recreativas e passatempos	Média	26.07	26.59	F=.32	p=.572
	DP	24.94	27.16		
Actividades sociais	Média	42.83	30.84	F=1.04	p=.312
	DP	29.91	29.24		
Emoções	Média	19.87	36.97	F=1.63	p=.205
	DP	28.89	29.37		
Alerta	Média	11.11	10.34	F=.006	p=.941
	DP	26.58	24.95		
Sono e repouso	Média	49.35	51.25	F=1.47	p=.230
	DP	41.90	36.16		
Alimentação	Média	44.78	47.94	F=.17	p=.678
	DP	22.49	20.41		

Como vimos anteriormente, os resultados obtidos revelam que existem diferenças significativas ao nível do género nas sub-escalas *locomoção* e *tarefas domésticas*, indicando que o género tem um efeito significativo sobre estas dimensões. Analisando as médias da dimensão *locomoção*, podemos verificar que estas são mais elevadas para as mulheres (M=50.22), comparativamente com os homens (M=27.43). O mesmo se verifica no que respeita à sub-escala *tarefas domésticas* (M=69.78), em relação aos homens (M=35.37). Os resultados obtidos, mesmo controlando o efeito da idade, sugerem uma maior disfuncionalidade ao nível da *locomoção* e realização de *tarefas domésticas* por parte das mulheres.

Numa segunda fase, para investigar o efeito do género na ansiedade e depressão nos três momentos de avaliação, foram efectuadas análises de covariância multivariadas (Mancovas - medidas repetidas), utilizando a idade como concomitante.

Em termos dos resultados das Mancovas (medidas repetidas) relativos ao efeito do género e do género X tempo no HADS, os resultados foram não significativos para o efeito do género X tempo: ansiedade (F=.63; p=.54) e depressão (F=.74; p=.48). Os resultados foram significativos para o efeito do género em cada momento, apresentando as mulheres índices

mais elevados de ansiedade e depressão do que os homens. Os resultados revelam que o género possui um efeito significativo sobre a ansiedade ($F= 7.722$; $p=.007$) no pós EAM nos 3 momentos de avaliação.

São apresentados no quadro 19, os valores relativos às médias estimadas do género na ansiedade, nos três momentos de avaliação.

Quadro 19
Médias referentes à ansiedade nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)

Momentos de avaliação	Género	
	Masculino	Feminino
	Média	Média
1	6.00	10.34
2	6.37	9.81
3	5.93	9.22

Pela análise do quadro 19 podemos observar que globalmente, as mulheres apresentam valores médios de ansiedade mais elevados nos três momentos de avaliação, o que confirma a hipótese 1.

Em termos da ansiedade, efectuado o teste de esfericidade de *Mauchly*, este resultou não significativo ($p=.114$), o que significa que as variâncias entre os momentos são estatisticamente iguais.

Ao nível da depressão os resultados mostram um efeito estatisticamente significativo do género ($F=15.09$; $p\leq.001$) na depressão. No quadro 20 são apresentadas os valores médios estimados ao nível do género sobre a depressão.

Quadro 20
Médias referentes à depressão nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)

Momentos de avaliação	Género	
	Masculino	Feminino
	Média	Média
1	4.96	8.94
2	5.51	8.61
3	5.14	8.77

Pela análise do quadro 20, podemos verificar que relativamente à depressão, as médias são globalmente mais elevadas para as mulheres do que para os homens nos três momentos de avaliação, confirmando a hipótese 1. No caso dos homens, verifica-se que os níveis de depressão elevam-se da admissão hospitalar ($M=4.96$) para a altura da alta

(M=5.51), voltando a decrescer na avaliação das duas semanas após a alta (M=5.14). As mulheres apresentam na altura da admissão hospitalar os níveis de depressão mais elevados (M=8.94), decrescendo ligeiramente na altura da alta (M=8.61), e mantendo-se duas semanas após a alta (M=8.77).

Em termos da depressão, efectuado o teste de esfericidade de *Mauchly*, este resultou significativo, o que significa que não podemos assumir a igualdade das variâncias entre os momentos. Os resultados obtidos nas análises intra-sujeitos demonstraram que existe um efeito significativo do factor tempo ($F=3.32$; $p=.044$) e efeito interactivo do *tempo X idade* ($F=3.73$; $p=.030$) sobre os níveis de depressão ao longo dos três momentos de avaliação. A análise da interacção *tempo X idade*, indica que existe uma variação diferencial da depressão ao longo dos momentos de avaliação segundo a idade: enquanto nos doentes mais novos a depressão diminui no momento da alta, nos mais velhos aumenta, como se pode constatar pela análise do quadro 21.

Quadro 21
Médias e desvios padrão referentes à depressão (nos 3 momentos de avaliação) em função da idade categorizada (< 60 anos e ≥ 60 anos) (N=78)

Momentos de avaliação	Idade categorizada			
	36-59 anos		≥60 anos	
	Média	DP	Média	DP
1	4.74	3.70	8.75	4.87
2	4.02	2.84	10.00	4.83
3	4.67	3.82	8.92	4.69

Em resumo, os resultados encontrados comprovam parcialmente a hipótese 1 em termos de adaptação funcional, demonstrando que o género tem um efeito significativo sobre a funcionalidade ao nível da *locomção* e das *tarefas domésticas*. Os resultados sugerem de um modo geral, que são as mulheres que apresentam uma maior disfuncionalidade do que os homens na *locomção* e *tarefas domésticas* e, conseqüentemente, uma pior adaptação.

Nas análises de covariância multivariada, os dados obtidos permitem constatar que existem resultados significativos ao nível do efeito do género sobre a ansiedade e a depressão, apresentando as mulheres níveis mais elevados de ansiedade e depressão durante os três momentos de avaliação. Os dados sugerem que as mulheres apresentam uma pior adaptação em termos emocionais, comprovando a hipótese 1. Os níveis mais elevados

de ansiedade e depressão correspondem nos homens à altura da alta hospitalar e nas mulheres, à altura da admissão hospitalar nos cuidados intermédios.

1.2 Hipótese 2 - Prevê-se que a adaptação psicossocial no pós EAM (avaliada pelo HADS, SIP-Total e sub-escalas), seja influenciada pelas representações concomitantes de doença, esperando-se que valores elevados nas dimensões de identidade, duração (aguda/crónica), consequências, duração cíclica e representação emocional, e um valor baixo nas dimensões controlo pessoal, controlo tratamento e coerência da doença, estejam relacionados com uma pior adaptação psicossocial à doença.

Foram realizadas análises de regressão múltipla hierárquica como especificado anteriormente, com as representações de doença em cada momento de avaliação como predictores, e os momentos de ansiedade e depressão concomitantes como variáveis de resultado (i.e. representações de doença do momento 1 com a ansiedade 1 e depressão 1, etc.). Do mesmo modo, realizámos análises de regressão múltipla com as representações de doença como predictores e a disfuncionalidade global (SIP-Total) e com cada uma das dimensões do SIP como variáveis de resultado. No bloco 1 foram introduzidas as variáveis género e idade, uma vez que estamos interessados no efeito predictor das representações de doença, para além do efeito destas variáveis demográficas. No bloco 2 foram introduzidas individualmente, as variáveis das representações de doença referidas, e no bloco 3 foram introduzidas as interacções entre as sub-escalas das representações de doença (individualmente), com o género, com a idade e com o género e a idade. As variáveis de resultado, como referido anteriormente, foram a ansiedade e a depressão, a disfuncionalidade global avaliada pelo SIP-Total, e as sub-escalas do SIP. Sempre que surgirem interacções significativas, fazem-se correlações de *Pearson* entre as variáveis para cada nível da outra variável.

Os resultados obtidos nas regressões, revelaram que as representações de doença influenciam a adaptação psicossocial à doença em várias dimensões, confirmando globalmente a hipótese 2. A *representação emocional* de doença foi o predictor mais significativo, onde podemos observar nos quadros iniciais, o efeito das representações de doença (em cada momento) na ansiedade e depressão. Posteriormente, são apresentados os quadros com resultados significativos, do efeito das representações de doença (nos 3 momentos), na disfuncionalidade global (SIP-Total) e em cada dimensão do SIP avaliada.

1.2.1 Representações de doença (momento 1) como preditores da ansiedade (momento 1) no pós EAM

No quadro 22 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (momento 1) que apresentam poder explicativo na previsão da ansiedade (momento 1).

Quadro 22
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 1) como predictores da ansiedade (momento 1) (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
<i>Ansiedade (momento 1)</i>					
<u>Bloco 1</u>	.161	7.21***			
Género			.37	2.91**	.32
Idade			---	ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Identidade (momento 1)	.045	4.22*	.22	2.10*	.23
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.012	ns	---	---	---
R ² = .218; R ² Corrigido: .152					
<i>Ansiedade (momento 1)</i>					
<u>Bloco 1</u>	.161	7.21***			
Género			.37	2.91**	.32
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Consequências (momento 1)	.118	12.07***	.38	3.48***	.38
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.009	ns	---	---	---
R ² = .288; R ² Corrigido: .227					
<i>Ansiedade (momento 1)</i>					
<u>Bloco 1</u>	.161	7.21***			
Género			.37	2.91**	.32
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Duração Cíclica (momento 1)	.082	8.03**	.29	2.83**	.31
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.023	ns	---	---	---
R ² = .267; R ² Corrigido: .205					
<i>Ansiedade (momento 1)</i>					
<u>Bloco 1</u>	.161	7.21***			
Género			.37	2.91**	.32
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Representação Emocional (momento 1)	.321	45.85***	.59	6.77***	.62
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.046	ns	---	---	---
R ² = .528; R ² Corrigido: .488					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

Os resultados da análise de regressão múltipla mostram que a *identidade*, as *consequências*, a *duração cíclica* e a *representação emocional* são predictores da ansiedade aos dois dias após admissão hospitalar. O modelo global da *identidade* explica uma variância máxima de 15%; o das *consequências*, 23%; o da *duração cíclica*, 21%; e o da *representação emocional*, 49%. As *representações emocionais* tem um poder explicativo na previsão da ansiedade de 32.1% e apresentam uma correlação *parcial* positiva e elevada, indicando que quanto mais negativas as *representações emocionais*, maior os níveis de ansiedade. As *consequências* explicam 12% da variância da ansiedade e também apresentam uma correlação *parcial* positiva, ou seja, quanto mais negativamente

as consequências percebidas, maiores os níveis de ansiedade. A *duração cíclica* e a *identidade* explicam respectivamente 8% e 5% da ansiedade. Ambas apresentam uma correlação *parcial* positiva, indicando que variam no mesmo sentido da ansiedade, i.e., quanto mais as variações nos sintomas de doença (*duração cíclica*) e maior o número de sintomas associados ao EAM (*identidade*), mais elevados os níveis de ansiedade.

1.2.2 Representações de doença (momento 2) como preditores da ansiedade (momento 2) no pós EAM

No quadro 23 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (momento 2) que apresentam poder explicativo na previsão da ansiedade (momento 2).

Quadro 23

Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 2) como preditores da ansiedade (momento 2) (N=78)

Resultados/ Preditores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
Ansiedade (momento 2)					
<u>Bloco 1</u>	.159	7.07**			
Género			.31	2.40*	.27
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Identidade (momento 2)	.077	7.44**	.29	2.73**	.30
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.007	ns	---	---	---
R ² = .243; R ² Corrigido: .179					
Ansiedade (momento 2)					
<u>Bloco 1</u>	.159	7.07**			
Género			.31	2.40*	.27
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Consequências (momento 2)	.114	11.64***	.37	3.41***	.37
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.011	ns	---	---	---
R ² = .284; R ² Corrigido: .224					
Ansiedade (momento 2)					
<u>Bloco 1</u>	.159	7.07**			
Género			.31	2.40*	.27
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Controlo pessoal (momento 2)	.051	4.76*	-.26	-2.18*	-.25
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.021	ns	---	---	---
R ² = .231; R ² Corrigido: .166					
Ansiedade (momento 2)					
<u>Bloco 1</u>	.159	7.07**			
Género			.31	2.40*	.27
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Controlo tratamento (momento 2)	.053	4.97*	-.26	-2.23*	-.25
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.006	ns	---	---	---
R ² = .217; R ² Corrigido: .151					
Ansiedade (momento 2)					
<u>Bloco 1</u>	.159	7.07**			
Género			.31	2.40*	.27
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Coerência (momento 2)	.076	7.34**	-.31	-2.71**	-.30
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.027	ns	---	---	---
R ² = .262; R ² Corrigido: .199					
Ansiedade (momento 2)					
<u>Bloco 1</u>	.159	7.07**			
Género			.31	2.40*	.27
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Duração Cíclica (momento 2)	.105	10.53**	.34	3.25**	.35
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.002	ns	---	---	---
R ² = .265; R ² Corrigido: .203					
Ansiedade (momento 2)					
<u>Bloco 1</u>	.159	7.07**			
Género			.31	2.40*	.27
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Representação Emocional (momento 2)	.223	26.71***	.50	5.17***	.52
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.029	ns	---	---	---
R ² = .411; R ² Corrigido: .362					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

O quadro 23 mostra que as representações de doença na altura da alta (*identidade, consequências, controlo pessoal, controlo tratamento, coerência da doença e representação emocional*) são importantes predictores da ansiedade no mesmo momento de avaliação. O modelo global que inclui a *identidade* explica um máximo de variância de 18%, contribuindo a *identidade* com 8% de poder explicativo. Os resultados revelam que quantos mais sintomas associados ao EAM maior a ansiedade. Quanto às *consequências*, a variância máxima explicada pelo modelo global é de 22%, sendo a contribuição do poder explicativo das *consequências* de 11%. Os dados sugerem que uma percepção mais negativa de *consequências*, corresponde a maior ansiedade. Em termos de *controlo pessoal*, a variância máxima explicada pelo modelo global é de 17%, contribuindo o *controlo pessoal* com 5% para a explicação dessa variância. Os resultados indicam que quanto menor a percepção de *controlo pessoal* sobre o EAM, maior a ansiedade (correlação parcial negativa). Relativamente ao *controlo de tratamento*, a variância máxima explicada pelo modelo global é de 15%. A contribuição do *controlo de tratamento* é de 5% para explicar essa variância. Os dados obtidos revelam que crenças de controlo de tratamento pobres estão associadas a uma maior a ansiedade (correlação parcial negativa). O modelo global que inclui a *coerência da doença* explica o máximo de 20% da variância, contribuindo a *coerência* com 8% da explicação dessa variância. Os resultados demonstram que quanto menos sentido fizer a doença para o doente (*coerência da doença*), maior a ansiedade.

No que respeita à *duração cíclica*, o modelo global explica 20% do máximo de variância, sendo 11% dessa variância explicada pelas representações de *duração cíclica*. Os dados obtidos revelam que representações de maior variação de sintomas (*duração cíclica*), se associa a uma maior ansiedade. Por fim, no que concerne à *representação emocional*, o modelo total explica um máximo de 36% da variância, sendo a contribuição da *representação emocional* de 22%. As representações *emocionais* negativas do EAM, correspondem maiores níveis de ansiedade.

Os dados obtidos confirmam a hipótese 2 na sua globalidade, indicando um poder explicativo ainda mais alargado das representações de doença na ansiedade na altura da alta, salientando-se o papel da percepção das *consequências* e da *representação emocional* da doença.

1.2.3 Representações de doença (momento 3) como preditores da ansiedade (momento 3) no pós EAM

No quadro 24 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (momento 3) que apresentam poder explicativo na previsão da ansiedade (momento 3).

Quadro 24
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 3) como preditores da ansiedade (momento 3) (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
Ansiedade (momento 3)					
<u>Bloco 1</u>	.124	5.31**			
Género			.30	2.32*	.26
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Identidade (momento 3)	.064	5.80*	.26	2.41*	.27
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.087	ns	---	---	---
R ² = .274; R ² Corrigido: .213					
Ansiedade (momento 3)					
<u>Bloco 1</u>	.124	5.31**			
Género			.30	2.32*	.26
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>	.080	7.43**			
Controlo tratamento (momento 3)			-.30	-2.72**	-.30
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.003	ns	---	---	---
R ² = .207; R ² Corrigido: .140					
Ansiedade (momento 3)					
<u>Bloco 1</u>	.124	5.31**			
Género			.30	2.32*	.26
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Coerência (momento 3)	.145	14.72***	-.44	-3.84***	-.41
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.024	ns	---	---	---
R ² = .293; R ² Corrigido: .234					
Ansiedade (momento 3)					
<u>Bloco 1</u>	.124	5.31**			
Género			.30	2.32*	.26
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Duração Cíclica (momento 3)	.298	38.10***	.57	6.17***	.58
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.016	ns	---	---	---
R ² = .437; R ² Corrigido: .390					
Ansiedade (momento 3)					
<u>Bloco 1</u>	.124	5.31**			
Género			.30	2.32*	.26
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Representação Emocional (momento 3)	.143	14.40***	.40	3.80***	.40
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.042	ns	---	---	---
R ² = .309; R ² Corrigido: .250					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

Pela análise do quadro 24, verifica-se que as representações de doença com poder explicativo na previsão da ansiedade nas 2 semanas após a alta, são: *identidade*, *controle tratamento*, *coerência da doença*, *duração cíclica* e *representação emocional*.

O modelo que engloba a *identidade* apresenta um máximo de variância explicada de 21%, em que 6% da dessa variância é explicada pela *identidade*. Os resultados obtidos demonstram que a um maior número de sintomas associados ao EAM, se associa maior ansiedade (momento 3). Em termos do *controle tratamento*, a variância máxima explicada pelo modelo global é de 14%, contribuindo o *controle tratamento* com 8% dessa explicação. Os dados sugerem que crenças de baixo *controle de tratamento* do EAM, predizem maior ansiedade. Relativamente à *coerência da doença*, verificámos que o máximo de variância explicada pelo modelo global é de 23%, sendo a contribuição da *coerência* de 15%. Quanto menor a *coerência* na percepção da doença, maior a ansiedade. Na *duração cíclica*, verifica-se que o máximo de variância explicada pelo modelo é de 39%, contribuindo a *duração cíclica* com 30% dessa explicação. Os resultados revelam que crenças de *duração cíclica* dos sintomas, estarão relacionadas com uma maior ansiedade. Finalmente, o modelo total da *representação emocional* explica um máximo de variância de 25%, contribuindo a *representação emocional* com 14% do poder explicativo dessa variância. Os dados obtidos demonstram que *representações emocionais* mais negativas, predizem maiores níveis de ansiedade.

Estes dados confirmam novamente a hipótese 2, indicando que as representações de doença relativas à *duração cíclica* dos sintomas, *representação emocional* e *consequências da doença* são especialmente significativos nas 2 semanas após a alta. Globalmente, as avaliações dos 3 momentos, sugerem que, representações cognitivas diferentes são importantes nos diferentes momentos de ajustamento pós enfarte.

1.2.4 Representações de doença (momento 1) como preditores da depressão (momento 1) no pós EAM

No quadro 25 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (momento 1) que apresentam poder explicativo na previsão da depressão (momento 1).

Quadro 25

Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 1) como preditores da depressão (momento 1) (N=78)

Resultados/ Preditores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
Depressão (momento 1)					
<u>Bloco 1</u>	.308	16.70***			
Género			.42	3.61***	.39
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Consequências (momento 1)	.088	10.81**	.33	3.29**	.36
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.040	ns	---	---	---
R ² = .437; R ² Corrigido: .389					
Depressão (momento 1)					
<u>Bloco 1</u>	.308	16.70***			
Género			.42	3.61***	.39
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Controlo tratamento (momento 1)	.034	3.83*	-.20	-1.96*	-.22
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.028	ns	---	---	---
R ² = .370; R ² Corrigido: .316					
Depressão (momento 1)					
<u>Bloco 1</u>	.308	16.70***			
Género			.42	3.61***	.39
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>	.064	7.50**			
Duração Cíclica (momento 1)			.25	2.74**	.30
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.015	ns	---	---	---
R ² = .387; R ² Corrigido: .336					
Depressão (momento 1)					
<u>Bloco 1</u>	.308	16.70***			
Género			.42	3.61***	.39
Idade				ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Representação Emocional (momento 1)	.143	19.30***	.39	4.39***	.46
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.074	3.71*			
Género X Idade X Representação Emocional			1.41	2.58*	.29
R ² = .526; R ² Corrigido: .485					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

Analisando o quadro 25, podemos constatar que as representações de doença no momento 1 que são predictoras de depressão no mesmo momento são: *consequências*, *controlo tratamento*, *duração cíclica* e *representação emocional*.

O modelo global que inclui as *consequências* apresenta um máximo de variância explicada de 39%, sendo de 9% a contribuição das *consequências* para a explicação dessa variância. Os dados indicam que crenças de *consequências* negativas acerca da doença estão associadas a maiores níveis de depressão. Em termos de *controlo de tratamento*, o modelo global explica um máximo de variância de 32%. A contribuição do *controlo de tratamento* para a explicação dessa variância é de apenas 3%. Crenças de baixo *controlo de*

tratamento predizem maiores níveis de depressão. O modelo global que engloba a *duração cíclica*, explica um máximo de variância de 34%, contribuindo a *duração cíclica* com 6% dessa explicação. Os dados sugerem que crenças de *duração cíclica* elevadas predizem maior depressão.

No que concerne à *representação emocional*, o modelo global explica um máximo de variância de 48%, sendo a contribuição da *representação emocional* de 14%. Verifica-se uma interação ao nível do *género X idade X representação emocional*, que contribui com 7% para a explicação da variância total. O efeito das interações foi estudado por efeitos de correlação de *Pearson*, verificando-se um padrão diferente da relação entre a *representação emocional* e a depressão para homens e mulheres. Enquanto nos homens esta relação é significativa e dependente da idade, nas mulheres, esta relação só se verifica para as mais velhas. Verifica-se uma correlação moderada positiva e significativa entre as *representações emocionais* nos homens da faixa etária dos 36 aos 59 anos e a depressão no momento 1 ($r=.464$; $p=.004$). A correlação é também alta e positiva entre as *representações emocionais* e os homens da faixa etária dos 60 aos 88 anos ($r=.780$; $p=.008$). Nas mulheres da faixa etária dos 36 aos 59 anos, a correlação com a depressão é negativa e não significativa ($r=-.421$; $p=.406$). Na faixa etária dos 60 aos 88 anos, as mulheres apresentam uma correlação com a depressão moderada positiva e significativa ($r=.602$; $p=.001$).

1.2.5 Representações de doença (momento 2) como preditores da depressão (momento 2) no pós EAM

No quadro 26 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (momento 2) que apresentam poder explicativo na previsão da depressão (momento 2).

Pela análise do quadro 26, as representações de doença com maior poder de previsão da depressão na altura da alta são: *controlo pessoal*, *controlo tratamento*, *coerência da doença* e *representação emocional*. Estes dados confirmam a hipótese 2 na sua globalidade.

O modelo que inclui o *controlo pessoal*, explica um máximo de variância de 49%, sendo de 4% a variância explicada pelo *controlo pessoal*. Os dados demonstram que crenças de menor *controlo pessoal* sobre a doença estarão relacionadas com maiores níveis de depressão.

Quadro 26
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 2) como preditores da depressão (momento 2) (N=78)

Resultados/ Preditores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
Depressão (momento 2)					
<u>Bloco 1</u>	.453	31.03***			
Género			.31	3.04**	.33
Idade			.45	4.31***	.45
<u>Bloco 2</u>					
Controlo pessoal (momento 2)	.036	5.23*	-.22	-2.29*	-.26
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.040	ns	---	---	---
R ² = .529; R ² Corrigido: .489					
Depressão (momento 2)					
<u>Bloco 1</u>	.453	31.03***			
Género			.31	3.04**	.33
Idade			.45	4.31***	.45
<u>Bloco 2</u>					
Controlo tratamento (momento 2)	.051	7.68**	-.25	-2.77**	-.31
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.009	ns	---	---	---
R ² = .514; R ² Corrigido: .472					
Depressão (momento 2)					
<u>Bloco 1</u>	.453	31.03***			
Género			.31	3.04**	.33
Idade			.45	4.31***	.45
<u>Bloco 2</u>					
Coerência (momento 2)	.037	5.32*	-.22	-2.31*	-.26
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.066	3.54*			
Género X Coerência			-.92	-2.02*	-.23
R ² = .556; R ² Corrigido: .518					
Depressão (momento 2)					
<u>Bloco 1</u>	.453	31.03***			
Género			.31	3.04**	.33
Idade			.45	4.31***	.45
<u>Bloco 2</u>					
Representação Emocional (momento 2)	.130	23.03***	.38	4.80***	.36
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.082	5.79***			
Género X Idade X Representação Emocional			1.32	2.81**	.32
R ² = .665; R ² Corrigido: .636					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

Relativamente ao *controlo tratamento*, o modelo global apresenta um máximo de variância explicada de 47%, contribuído o *controlo tratamento* com 5% dessa explicação. Os resultados manifestam que um baixo *controlo de tratamento*, está associado a maiores níveis de depressão.

O modelo global da *coerência da doença* explica um máximo de variância de 52%, sendo apenas de 4% o contributo da *coerência da doença*. Quanto mais baixa a representação da *coerência da doença*, maiores os níveis de depressão. Verifica-se uma interacção entre o *género X coerência da doença*, que explica 7% da variância. Feita a

análise de correlação de *Pearson*, os resultados obtidos sugerem que as mulheres apresentam uma correlação com a depressão negativa, moderada e significativa ($r=-.617$; $p\leq.001$), enquanto os homens apresentam uma correlação baixa da *coerência da doença* com a depressão, que é positiva e não significativa ($r=.002$; $p=.989$).

Tendo em conta o modelo global da *representação emocional*, este explica 64% da variância máxima, sendo o contributo da *representação emocional* de 13%. Os dados indicam que representações emocionais mais negativas predizem maiores índices de depressão. Verifica-se uma interacção entre o *género X idade X representação emocional*. Os dados mostram um padrão diferencial de correlações entre as *representações emocionais* e a depressão para homens e mulheres. Nas mulheres mais velhas ($r=.645$; $p<.001$) e nos homens [mais novos ($r=.498$; $p=.002$) e mais velhos ($r=.666$; $p=.036$)] a *representação emocional* está positivamente correlacionada com a depressão. Nas mulheres mais novas, a correlação é negativa e não significativa ($r=-.104$; $p=.845$).

1.2.6 Representações de doença (momento 3) como predictores da depressão (momento 3) no pós EAM

No quadro 27 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (momento 3) que apresentam poder explicativo na previsão da depressão (momento 3).

Pela análise do quadro 27, é possível constatar que várias dimensões das representações de doença tem poder de previsão da depressão nas 2 semanas após a alta: *identidade, controlo pessoal, controlo tratamento, coerência da doença, duração cíclica e representação emocional*. Estes resultados vão de encontro ao esperado pela hipótese 2.

O modelo global que inclui a *identidade* explica uma variância máxima de 37%, com a contribuição da *identidade* de apenas 3%. Os dados demonstram que um maior número de sintomas associados ao EAM, predizem maiores níveis de depressão. Quanto ao *controlo pessoal*, o modelo global explica 37% da variância máxima, contribuindo o *controlo pessoal* com 6%. Uma baixa crença de *controlo pessoal* sobre a doença está associada a maiores níveis de depressão. Relativamente ao *controlo de tratamento*, verificámos que o modelo global explica 37% da variância máxima, cabendo às representações de *controlo de tratamento* 6% dessa explicação. Os resultados revelam que uma baixa percepção de *controlo de tratamento* corresponde a maiores níveis de depressão.

Quadro 27

Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (momento 3) como preditores da depressão (momento 3) (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
Depressão (momento 3)					
<u>Bloco 1</u>	.344	19.65***			
Gênero			.38	3.37***	.36
Idade			.28	2.49*	.28
<u>Bloco 2</u>					
Identidade (momento 3)	.033	3.96*	.19	1.99*	.23
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.045	ns	---	---	---
R ² = .422; R ² Corrigido: .373					
Depressão (momento 3)					
<u>Bloco 1</u>	.344	19.65***			
Gênero			.38	3.37***	.36
Idade			.28	2.49*	.28
<u>Bloco 2</u>					
Controlo pessoal (momento 3)	.063	7.86**	-.28	-2.80**	-.31
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.011	ns	---	---	---
R ² = .418; R ² Corrigido: .369					
Depressão (momento 3)					
<u>Bloco 1</u>	.344	19.65***			
Gênero			.38	3.37***	.36
Idade			.28	2.49*	.28
<u>Bloco 2</u>					
Controlo tratamento (momento 3)	.064	8.01**	-.27	-2.83**	-.31
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.008	ns	---	---	---
R ² = .416; R ² Corrigido: .367					
Depressão (momento 3)					
<u>Bloco 1</u>	.344	19.65***			
Gênero			.38	3.37***	.36
Idade			.28	2.49*	.28
<u>Bloco 2</u>					
Coerência (momento 3)	.034	3.99*	-.21	-2.00	-.23
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.020	ns	---	---	---
R ² = .397; R ² Corrigido: .346					
Depressão (momento 3)					
<u>Bloco 1</u>	.344	19.65***			
Gênero			.38	3.37***	.36
Idade			.28	2.49*	.28
<u>Bloco 2</u>					
Duração Cíclica (momento 1)	.157	23.37***	.42	4.83***	.49
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.027	ns	---	---	---
R ² = .528; R ² Corrigido: .488					
Depressão (momento 3)					
<u>Bloco 1</u>	.344	19.65***			
Gênero			.38	3.37***	.36
Idade			.28	2.49*	.28
<u>Bloco 2</u>					
Representação Emocional (momento 3)	.080	10.26**	.30	3.20**	.35
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.033	ns	---	---	---
R ² = .457; R ² Corrigido: .411					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

Em termos de *coerência da doença*, o modelo global explica 35% da variância máxima. A contribuição das representações da *coerência da doença* é de apenas 3%. Quanto menor a *coerência da doença*, maiores os índices de depressão. O modelo global

da *duração cíclica* explica um máximo de variância de 49%, sendo o contributo da *duração cíclica* de 16%. Os dados indicam que percepções de *duração cíclica* mais elevada predizem maiores níveis de depressão. Finalmente, o modelo global da *representação emocional* explica o máximo de variância de 41%. A contribuição da *representação emocional* é de apenas 8%. Os resultados obtidos revelam que *representações emocionais* negativas estão relacionadas com maiores níveis de depressão. Não se verificaram efeitos de interacção.

Em resumo, os dados das regressões confirmam globalmente a hipótese 2, revelando que várias dimensões das cognições de doença predizem a depressão nos 3 momentos pós EAM avaliados. No entanto, é importante assinalar que há padrões diferenciais de predição, segundo o momento considerado. Além disso, em relação à depressão, salienta-se o facto das cognições de doença terem um poder predictor adicional ao género e idade, menor do que no caso da ansiedade, podendo ainda este padrão predictivo variar com o género ou a idade.

1.2.7 Representações de doença (3 momentos) como predictores da adaptação funcional ao EAM (avaliado pelo SIP-Total)

No quadro 28 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (3 momentos) que apresentam poder explicativo na previsão da adaptação funcional ao EAM.

Pela análise do quadro 28 é possível constatar, que a representação de doença que apresenta um maior poder de previsão do SIP-Total é o *controlo pessoal* (momento 2).

Quadro 28

Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictoras da adaptação funcional à doença às 2 semanas (avaliada pelo SIP-Total do *Sickness Impact Profile*) (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
<i>SIP total</i>					
<u>Bloco 1</u>	.169	7.61***			
Género				ns	---
Idade			.45	3.51***	.38
<u>Bloco 2</u>					
Controlo pessoal (momento 2)	.036	ns	---	---	---
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.096	3.24*			
Idade X Controlo Pessoal			-1.31	-2.82**	-.32
R ² = .301; R ² Corrigido: .241					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

O modelo global do *controlo pessoal* explica um máximo de variância de 24%. Neste modelo não se verifica o efeito isolado do *controlo pessoal*, mas verifica-se o efeito de interacção da *idade X controlo pessoal*. As correlações indicam um padrão diferente de associação nos mais novos e mais velhos, embora não atingindo significância. Nos doentes da faixa etária até aos 59 anos, verifica-se uma correlação baixa, positiva e não significativa entre as representações de *controlo pessoal* e a disfuncionalidade global ($r=.287$; $p=.65$), enquanto que na faixa etária com idade superior a 59 anos, verifica-se uma correlação baixa, negativa e não significativa entre o controlo pessoal e a disfuncionalidade global ($r=-.204$; $p=.232$). Os dados obtidos confirmam parcialmente a hipótese 2 para o SIP-Total, indicando associações limitadas e modestas entre o *controlo pessoal* e a funcionalidade global pós EAM.

1.2.8 Representações de doença (3 momentos) como preditores da funcionalidade ao nível da locomoção

No quadro 29 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (3 momentos) que apresentam poder explicativo na previsão da locomoção.

Quadro 29
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como preditores da locomoção às 2 semanas (N=78)

Resultados/ Preditores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
Locomoção					
Bloco 1	.267	13.69***			
Género			.24	2.03*	.23
Idade			.34	2.85**	.48
Bloco 2					
Identidade (momento 1)	.040	4.24*	.21	2.06*	.23
Bloco 3					
Interacções	.008	ns	---	---	---
R ² = .315; R ² Corrigido: .257					
Locomoção					
Bloco 1	.267	13.69***			
Género			.24	2.03*	.23
Idade			.34	2.85**	.31
Bloco 2					
Duração Cíclica (momento 2)	.057	6.22*	.25	2.49*	.28
Bloco 3					
Interacções	.013	ns	---	---	---
R ² = .337; R ² Corrigido: .281					
Locomoção					
Bloco 1	.267	13.69***			
Género			.24	2.03*	.23
Idade			.34	2.85**	.31
Bloco 2					
Duração Cíclica (momento 3)	.181	24.35***	.45	4.93***	.50
Bloco 3					
Interacções	.004	ns	---	---	---
R ² = .453; R ² Corrigido: .406					
Locomoção					
Bloco 1	.267	13.69***			
Género			.24	2.03*	.23
Idade			.34	2.85**	.31
Bloco 2					
Coerência (momento 3)	.045	4.85*	-.25	-2.20*	-.25
Bloco 3					
Interacções	.002	ns	---	---	---
R ² = .314; R ² Corrigido: .256					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

Analisando o quadro 29, podemos constatar que as representações de doença com maior poder preditivo da locomoção são: *identidade* (momento 1); *duração cíclica* (momentos 2 e 3); e *coerência da doença* (momento 3).

O modelo global da *identidade*, explica um máximo de variância de 26%, contribuindo a *identidade* com 4%. Os dados obtidos sugerem que um maior número de sintomas associados ao EAM prediz maior disfuncionalidade ao nível da *locomoção*. Relativamente à *duração cíclica* (momento 2), o modelo global explica 28% do máximo de variância explicada, sendo 5% explicada pela *duração cíclica*. Na *duração cíclica* (momento 3), 41% é o máximo de variância explicado pelo modelo global. A *duração cíclica* explica 18% dessa variância. Os resultados demonstram que crenças de *duração cíclica* dos sintomas (momentos 2 e 3) se associam a maior disfuncionalidade em termos de locomoção. Quanto à *coerência da doença*, o modelo global explica 26% da variância máxima, contribuindo a *coerência* com apenas 5%. Nesta dimensão, mais uma vez, quanto menor a percepção de *coerência de doença*, maiores dificuldades ao nível da locomoção.

1.2.9 Representações de doença (3 momentos) como predictores da funcionalidade ao nível da mobilidade

No quadro 30 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (3 momentos) que apresentam poder explicativo na previsão da mobilidade.

Analisando o quadro 30, podemos constatar que as representações de doença com maior poder preditivo da mobilidade são: *duração aguda/crónica* (momento 2); *duração cíclica* (momento 1); e *representação emocional* (momentos 1 e 2).

O modelo global da *duração aguda/crónica* explica um máximo de variância de 19%. Não se verifica efeito isolado da *duração aguda/crónica*. Verifica-se uma interação entre a *idade X duração aguda/crónica*, que explica 9% da variância. Pela análise das correlações de *Pearson* pode-se constatar da existência de uma correlação positiva e significativa ao nível dos doentes mais novos entre as representações de *duração aguda/crónica* e a *mobilidade* ($r=.369$; $p=.016$). Nos doentes mais velhos, verifica-se uma correlação negativa e não significativa ($r=-.226$; $p=.186$). Nos doentes mais novos quanto mais crónica a *duração da doença*, pior a adaptação em termos de *mobilidade*.

Quadro 30
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictores da mobilidade às 2 semanas (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
Mobilidade					
Bloco 1	.149	6.55**			
Género				ns	---
Idade			.42	3.23**	.35
Bloco 2					
Duração Aguda/crónica (momento 2)	.017	ns	---	---	---
Bloco 3					
Interacções	.089	2.81*			
Idade X Duração Aguda/crónica			-2.51	-2.48*	-.28
R ² = .255; R ² Corrigido: .192					
Mobilidade					
Bloco 1	.149	6.55**			
Género				ns	---
Idade			.42	3.23**	.35
Bloco 2	.054	5.03*			
Representação Emocional (momento 1)			.24	2.24*	.25
Bloco 3					
Interacções	.004	ns	---	---	---
R ² = .207; R ² Corrigido: .140					
Mobilidade					
Bloco 1	.149	6.55**			
Género				ns	---
Idade			.42	3.23**	.35
Bloco 2	.049	4.50*			
Representação Emocional (momento 2)			.23	2.12*	.24
Bloco 3					
Interacções	.010	ns	---	---	---
R ² = .207; R ² Corrigido: .140					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

Em termos da *representação emocional*, os modelos globais explicam um máximo de variância de 14% para ambos os momentos de avaliação. Nos momentos 1 e 2, o contributo das *representações emocionais* é de 5%. Os dados obtidos revelam que quanto mais negativas as *representações emocionais* de doença, maiores as dificuldades de mobilidade.

Os dados relativos à mobilidade também revelam que o poder predictivo das cognições de doença é modesto e limitado, mas 3 dimensões destas confirmam parcialmente a hipótese 2.

1.2.10 Representações de doença (3 momentos) como predictores da funcionalidade ao nível das tarefas domésticas

No quadro 31 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (3 momentos) que apresentam poder explicativo na previsão da funcionalidade ao nível das tarefas domésticas. Pela análise do quadro 31 é possível constatar que as representações de doença com maior poder preditivo nas tarefas domésticas são: *controlo pessoal* (momento 3); *duração cíclica* (momento 3); e *representação emocional* (momento 1).

Quadro 31

Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como preditores das tarefas domésticas às 2 semanas (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
<i>Tarefas domésticas</i>					
<u>Bloco 1</u>	.356	20.77***			
Género			.39	3.49***	.37
Idade			.28	2.53*	.28
<u>Bloco 2</u>					
Controlo pessoal (momento 3)	.019	ns	---	---	---
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.080	3.50*			
Idade X Género X Controlo Pessoal			-1.39	-2.31*	-.27
R ² = .456; R ² Corrigido: .410					
<i>Tarefas domésticas</i>					
<u>Bloco 1</u>	.356	20.77***			
Género			.39	3.49***	.37
Idade			.28	2.53*	.28
<u>Bloco 2</u>					
Duração Cíclica (momento 3)	.061	7.71**	.26	2.78**	.31
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.023	ns	---	---	---
R ² = .440; R ² Corrigido: .393					
<i>Tarefas domésticas</i>					
<u>Bloco 1</u>	.356	20.77***			
Género			.39	3.49***	.37
Idade			.28	2.53*	.28
<u>Bloco 2</u>					
Representação Emocional (momento 1)	.003	ns	---	---	---
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.084	3.59*			
Idade X Representação Emocional			-2.13	-2.80**	-.32
R ² = .444; R ² Corrigido: .397					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

Em termos do *controlo pessoal* (momento 3), a variância máxima explicada pelo modelo global é de 41%. Não se verifica um efeito isolado significativo. Verifica-se uma interacção entre *género X idade X controlo pessoal* que explica 8% da variância. A análise das correlações indica que a relação entre o *controlo pessoal* e as tarefas domésticas só é significativa para os homens mais velhos ($r=.800$; $p=.005$). Nos homens mais novos a correlação é positiva mas não significativa ($r=.103$; $p=.552$). Relativamente às mulheres, quer para a faixa etária mais nova ($r=-.059$; $p=.911$) quer para a mais velha ($r=-.010$; $p=.962$) essa correlação é negativa e não significativa.

Tendo em consideração a *duração cíclica* (momento 3), verifica-se que o modelo global explica 39% da variância máxima. A contribuição da *duração cíclica* é de 6%. Os dados revelam que representações de *duração cíclica* dos sintomas predizem maior disfuncionalidade em termos de tarefas domésticas. Por último, o modelo global da *representação emocional* (momento 1) explica um máximo de variância de 40%. Não se

verifica efeito isolado das representações emocionais significativo. Verifica-se uma interacção entre a *idade X representação emocional*. A análise das correlações revela um padrão oposto da relação entre a *representação emocional* e as tarefas domésticas com a idade. Para os doentes da faixa etária mais jovem existe uma correlação positiva entre as *representações emocionais* e as tarefas domésticas ($r=.265$; $p=.090$) e para os mais idosos uma correlação negativa mas não significativa ($r=-.272$; $p=.108$). Assim no caso dos mais jovens, quanto mais negativas as *representações emocionais*, maior a disfuncionalidade em termos de tarefas domésticas, verificando-se que esta relação não é significativa para os mais velhos.

1.2.11 Representações de doença (3 momentos) como predictores da funcionalidade ao nível das actividades sociais

No quadro 32 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (3 momentos) que apresentam poder explicativo na previsão da funcionalidade ao nível das actividades sociais.

Quadro 32
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictores das actividades sociais às 2 semanas (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
<i>Actividades sociais</i>					
<u>Bloco 1</u>	.047	ns	---	---	---
Género			---	---	---
Idade			---	---	---
<u>Bloco 2</u>					
Duração Cíclica (momento 3)	.068	5.68*	.28	2.38*	.27
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.043	ns	---	---	---
R ² = .157; R ² Corrigido: .086					

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

Pela análise do quadro 32 é possível constatar que a *duração cíclica* (momento 3) é predictora da funcionalidade nas actividades sociais.

O modelo global da *duração cíclica* explica um máximo de variância de 9%, sendo o contributo da *duração cíclica* de 7%. Os resultados obtidos demonstram que crenças de *duração cíclica* dos sintomas predizem maior disfuncionalidade ao nível das actividades sociais. Pode-se concluir que ao nível das actividades sociais as cognições de doença não influenciam a funcionalidade, com a excepção da duração cíclica.

1.2.12 Representações de doença (3 momentos) como predictores da funcionalidade ao nível das emoções

No quadro 33 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (3 momentos) que apresentam poder explicativo na previsão da funcionalidade ao nível das emoções.

Pela análise do quadro 33 é possível constatar que as representações de doença com maior poder preditivo na sub-escala emoções são: *identidade* (momento 3); *duração cíclica* (nos 3 momentos); *coerência* (momento 3); e *representação emocional* (momento 3). Assim, as cognições de doença são especialmente predictoras das emoções nas 2 semanas após a alta.

O modelo global da *identidade* explica um máximo de variância de 17%. A *identidade* contribui com 7% para essa explicação. Quanto mais sintomas associados ao EAM, maior a disfuncionalidade ao nível emocional. Por sua vez, os modelos globais da *duração cíclica* explicam um máximo de variância de 20% (momento 1); 12% (momento 2); e 19% (momento 3). A *duração cíclica* explica 14% da variância máxima (momento 1); 5% no momento 2; e 11% no momento 3. Os dados revelam que nos 3 momentos, crenças de *duração cíclica* dos sintomas predizem maior disfuncionalidade em termos emocionais. No que respeita à *coerência*, o modelo global explica um máximo de variância de 11%, sendo o contributo da *coerência* de 5% para essa explicação. Quanto menor a percepção de *coerência da doença* maior a disfuncionalidade emocional. Por último, o modelo global da *representação emocional* explica um máximo de variância de 15%. A *representação emocional* explica 9% dessa variância. Os dados indicam que quanto mais negativa a *representação emocional*, maior a disfuncionalidade emocional.

Quadro 33

Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictores das emoções às 2 semanas (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
<i>Emoções</i>					
<u>Bloco 1</u>	.107	ns	---	---	---
Género			---	---	---
Idade			---	---	---
<u>Bloco 2</u>					
Identidade (momento 3)	.065	5.77*	.27	2.40*	.27
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.061	ns	---	---	---
R ² = .232; R ² Corrigido: .167					
<i>Emoções</i>					
<u>Bloco 1</u>	.107	ns	---	---	---
Género			---	---	---
Idade			---	---	---
<u>Bloco 2</u>					
Duração Cíclica (momento 1)	.141	13.92***	.38	3.73***	.40
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.018	ns	---	---	---
R ² = .266; R ² Corrigido: .204					
<i>Emoções</i>					
<u>Bloco 1</u>	.107	ns	---	---	---
Género			---	---	---
Idade			---	---	---
<u>Bloco 2</u>					
Duração Cíclica (momento 2)	.055	4.83*	.24	2.20*	.25
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.022	ns	---	---	---
R ² = .184; R ² Corrigido: .115					
<i>Emoções</i>					
<u>Bloco 1</u>	.107	ns	---	---	---
Género			---	---	---
Idade			---	---	---
<u>Bloco 2</u>					
Duração Cíclica (momento 3)	.113	10.66**	.35	3.27**	.36
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.036	ns	---	---	---
R ² = .255; R ² Corrigido: .193					
<i>Emoções</i>					
<u>Bloco 1</u>	.107	ns	---	---	---
Género			---	---	---
Idade			---	---	---
<u>Bloco 2</u>					
Coerência (momento 3)	.054	4.80*	-.27	-2.19*	-.25
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.023	ns	---	---	---
R ² = .184; R ² Corrigido: .115					
<i>Emoções</i>					
<u>Bloco 1</u>	.107	ns	---	---	---
Género			---	---	---
Idade			---	---	---
<u>Bloco 2</u>					
Representação Emocional (momento 3)	.088	8.10**	.31	2.85**	.31
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.023	ns	---	---	---
R ² = .218; R ² Corrigido: .152					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

1.2.13 Representações de doença (3 momentos) como predictores da funcionalidade ao nível do sono e repouso

No quadro 34 são apresentados os resultados significativos dos modelos globais das representações de doença (3 momentos) que apresentam poder explicativo na previsão da adaptação funcional ao nível do sono e repouso.

Quadro 34
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com as representações de doença (3 momentos) como predictores do sono e repouso às 2 semanas (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
Sono e repouso					
<u>Bloco 1</u>	.076	3.09*			
Género			---	-----	
Idade			.33	2.48*	.28
<u>Bloco 2</u>					
Duração Cíclica (momento 2)	.058	4.99*	.25	2.23*	.25
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.009	ns	---	---	---
R ² = .143; R ² Corrigido: .071					
Sono e repouso					
<u>Bloco 1</u>	.076	3.09*			
Género			---	---	---
Idade			.33	2.48*	.28
<u>Bloco 2</u>					
Duração Cíclica (momento 3)	.115	10.49**	.36	3.24**	.35
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.022	ns	---	---	---
R ² = .213; R ² Corrigido: .147					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

Pela análise do quadro 34 é possível constatar que a representação de doença com maior poder preditivo na sub-escala sono e repouso é a *duração cíclica* (momentos 2 e 3).

Os modelos globais da *duração cíclica* explicam um máximo de variância de 7% (momento 2) e 15% (momento 3). O contributo da *duração cíclica* para essa explicação é respectivamente de 6% (momento 2) e 11% (momento 3). Os dados obtidos demonstram que crenças de *duração cíclica* dos sintomas predizem maior disfuncionalidade em termos de sono e repouso.

Os dados apresentados até agora indicam que o poder predictivo das cognições de doença, embora significativo, é menor em relação à adaptação funcional do que no caso da ansiedade e da depressão. Os factores demográficos parecem ter um papel mais significativo na previsão da funcionalidade do que as cognições de doença. Também se verifica que alguns aspectos da funcionalidade são mais dependentes das cognições de

doença do que outras, como é o caso da mobilidade e sono e repouso. Na globalidade, os dados relativos ao SIP, confirmam parcialmente a hipótese 2.

Em conclusão, verifica-se que em termos da *ansiedade no momento 1* (2 dias após internamento), as dimensões das representações de doença concomitantes que fornecem uma melhor previsão dos níveis de *ansiedade* são a *identidade*, as *consequências*, a *duração cíclica* e a *representação emocional*. A dimensão das representações de doença com maior poder explicativo da *ansiedade* é a *representação emocional*. Na *ansiedade no momento 2* (na altura da alta hospitalar), a *representação emocional* continua a ser a dimensão com maior poder predictivo. Para além da *representação emocional*, outras dimensões com bom poder predictivo da *ansiedade* são a *identidade*, as *consequências*, o *controlo pessoal*, o *controlo tratamento*, a *coerência da doença*, e a *duração cíclica*. Relativamente à *ansiedade do momento 3* (15 dias após a alta), a *duração cíclica* é a dimensão com melhor poder predictivo da *ansiedade*, seguido da *coerência da doença*, *representação emocional*, *controlo tratamento* e *identidade*.

No que concerne à *depressão*, algumas dimensões das representações de doença apresentam também um bom poder predictivo. Assim, em termos da *depressão no momento 1* (2 dias após internamento), a *representação emocional* constitui um predictor significativo da *depressão*. As outras dimensões com um bom poder de previsão da *depressão* são as *consequências*, a *duração cíclica* e o *controlo tratamento*. Na *depressão momento 2* (na altura da alta hospitalar), a *representação emocional* continua a ser a dimensão com melhor poder de previsão, seguido do *controlo de tratamento*, *coerência da doença* e *controlo pessoal*. No último momento de avaliação da *depressão* (15 dias após a alta), a *representação emocional* continua a ter melhor poder de previsão, seguido do *controlo tratamento*, do *controlo pessoal*, da *duração cíclica*, da *coerência da doença* e da *identidade*.

Outras dimensões das representações de doença são importantes predictores de variáveis de adaptação funcional (avaliados pelo SIP) nas 2 semanas após a alta. Assim, as crenças de *controlo pessoal* (momento 2) são predictoras significativas da *disfuncionalidade global* (SIP-Total). Em termos de *locomoção*, a *duração cíclica* (momento 3) constitui a dimensão com maior poder de previsão, seguida pela *duração cíclica* (momento 2), *coerência da doença* (momento 3) e *identidade* (momento 1). Relativamente à *mobilidade*, as dimensões com maior poder de previsão são a *representação emocional* (momentos 1 e 2), *duração cíclica* (momento 1), e *duração aguda/crónica* (momento 2). No que respeita às *tarefas domésticas*, as dimensões com maior poder predictivo são a *duração cíclica*

(momento 3), o *controle pessoal* (momento 3), e a *representação emocional* (momento 1). A *duração cíclica* (momento 3) apresenta um poder de previsão significativo sobre as *atividades sociais*. Em termos de *emoções*, as dimensões que apresentam um bom poder predictivo são a *duração cíclica* (momentos 1, 2 e 3), a *representação emocional* (momento 3), a *identidade* (momento 3), e a *coerência da doença* (momento 3). Por último, a dimensão das representações de doença com poder de previsão do *sono e repouso*, é a *duração cíclica* (momentos 2 e 3).

Os resultados obtidos revelaram parcialmente que as representações de doença têm impacto em diversas dimensões da adaptação psicossocial à doença.

1.3 Hipótese 3 – Prevê-se que existam diferenças significativas ao nível do género nas representações de doença pré alta (avaliadas dois dias após admissão hospitalar e na altura da alta hospitalar) e pós alta (quinze dias após a alta), apresentando as mulheres representações de doença mais negativas do que os homens nos três momentos.

Para investigar as diferenças ao nível do género nas representações de doença nos 3 momentos de avaliação, utilizaram-se análises multivariadas de covariância (Mancovas - medidas repetidas). A idade foi inserida como variável concomitante, para controlar o seu efeito sobre a variável dependente.

Os resultados obtidos comprovam parcialmente a hipótese 3, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do género nas sub-escalas *identidade*, *duração aguda/crónica*, *controle tratamento* e *coerência da doença*. Estes resultados sugerem de um modo geral, que são as mulheres que apresentam representações de doença mais negativas.

Os dados revelam que o género possui um efeito significativo sobre a *identidade* ($F=5.504$; $p=.022$) no pós EAM. São apresentados no quadro 35, os valores relativos às médias estimadas do género na *identidade*, nos três momentos de avaliação.

Quadro 35

Médias referentes à identidade nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)

Momentos de avaliação	Género	
	Masculino	Feminino
	Média	Média
1	3.65	5.41
2	3.37	5.09
3	3.91	5.09

Pela análise do quadro 35 podemos observar que globalmente, as mulheres apresentam valores médios de sintomas associados ao EAM mais elevados nos três momentos de avaliação. Pode concluir-se que existem resultados significativos ao nível do efeito do género sobre a *identidade* no pós EAM, sendo as mulheres que associam mais sintomas ao EAM ao longo dos três momentos de avaliação. O maior número de sintomas associados ao EAM, corresponde nos homens às duas semanas após alta hospitalar e nas mulheres, à altura da admissão hospitalar. Em termos da *identidade* não se verificaram efeitos principais nem interactivos significativos do tempo de avaliação.

Os resultados revelam que o género possui um efeito significativo sobre a *duração aguda/crónica* ($F=6.092$; $p=.016$) no pós EAM. São apresentados no quadro 36, os valores relativos às médias estimadas do género na *duração aguda/crónica*, nos três momentos de avaliação.

Quadro 36

Médias referentes à duração aguda/crónica nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)

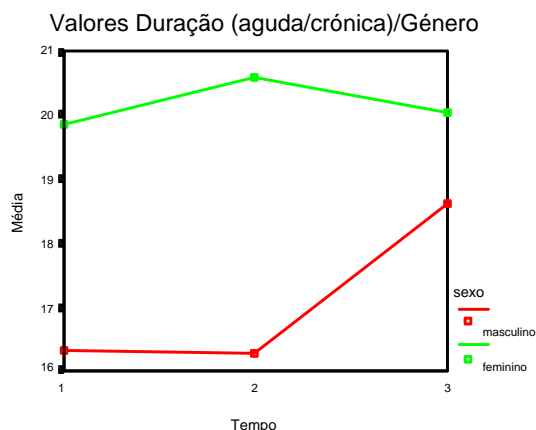
Momentos de avaliação	Género	
	Masculino	Feminino
	Média	Média
1	16.34	19.85
2	16.26	20.59
3	18.61	20.03

Pode concluir-se que existem resultados significativos ao nível do efeito do género na *duração aguda/crónica* no pós EAM, sendo as mulheres que apresentam representações de *duração* mais *crónica* da doença ao longo dos três momentos de avaliação.

Relativamente à *duração aguda/crónica*, ao nível intra-sujeito verifica-se um efeito interactivo entre o *tempo X género* ($F=3.69$; $p=.033$). A análise das médias indica um padrão diferente para homens e mulheres com o tempo, mantendo-se a percepção de *duração* da

doença estável e mais crónica nas mulheres, enquanto que nos homens, a percepção de cronicidade aumenta nas duas semanas após a alta (ver gráfico 1).

Gráfico 1
Valores médios referentes à duração aguda/crónica nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)



O género não possui um efeito significativo sobre as *consequências* ($F=1.619$; $p=.207$). Ao nível das *consequências*, os resultados obtidos intra-sujeitos (factor tempo) também não são significativos para os efeitos principais e interações. São apresentados no quadro 37, os valores relativos às médias estimadas do género nas *consequências* da doença nos três momentos de avaliação.

Quadro 37
Médias referentes às consequências nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)

Momentos de avaliação	Género	
	Masculino	Feminino
	Média	Média
1	16.30	17.17
2	16.22	17.90
3	18.21	18.26

Ao nível entre sujeitos, os resultados obtidos não são significativos para o efeito do género sobre o *controlo pessoal* ($F=1.45$; $p=.232$). No quadro 38 são apresentadas as médias estimadas do *controlo pessoal* em função do género. Nos resultados obtidos ao nível intra-

sujeito (factor tempo) também não foram significativos em termos dos efeitos principais e interactivos.

Quadro 38

Médias referentes ao controlo pessoal nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)

Momentos de avaliação	Género	
	Masculino	Feminino
	Média	Média
1	23.38	20.95
2	23.08	21.80
3	22.86	22.92

Verifica-se um efeito significativo do género sobre o *controlo de tratamento* ($F=7.26$; $p=.009$). São apresentados no quadro 39, os valores relativos às médias estimadas do género no *controlo de tratamento*, nos três momentos de avaliação. Em termos de *controlo de tratamento*, não se verificam efeitos principais do tempo nem interacções.

Quadro 39

Médias referentes ao controlo tratamento nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)

Momentos de avaliação	Género	
	Masculino	Feminino
	Média	Média
1	20.25	17.88
2	19.99	17.69
3	19.90	18.68

As médias mostram uma estabilidade no tempo das crenças de *controlo de tratamento* nos homens e mulheres, embora nas mulheres haja uma ligeira elevação dos valores médios nas 2 semanas após a alta. Assim, as diferenças de género são desfavoráveis às mulheres, especialmente no período de internamento. Em resumo, relativamente ao *controlo de tratamento* é possível constatar que existe um efeito significativo do género sobre o *controlo de tratamento*. Os homens apresentam crenças de *controlo de tratamento* mais elevadas do que as mulheres nos 3 momentos de avaliação.

Os resultados obtidos demonstram que o género possui um efeito significativo sobre a *coerência da doença* ($F=8.16$; $p=.006$). São apresentados no quadro 40, os valores relativos às médias estimadas do género na *coerência da doença*, nos três momentos de avaliação. Ao nível intra-sujeito (factor tempo) não se verificam efeitos principais nem interacções significativas.

Quadro 40

Médias referentes à coerência da doença nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do gênero (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)

Momentos de avaliação	Gênero	
	Masculino	Feminino
	Média	Média
1	15.11	13.22
2	16.18	12.20
3	17.31	14.11

O quadro 40 mostra que os homens apresentam representações de *coerência da doença* mais elevadas do que as mulheres, que tendem a aumentar com o tempo. Pode concluir-se que existem resultados significativos ao nível do efeito do gênero na *coerência da doença*, em que os homens apresentam uma percepção da *coerência* da doença mais elevada ao longo dos três momentos de avaliação. O valor mais elevado da *coerência* corresponde em homens e mulheres às duas semanas após alta hospitalar.

Não se verificaram resultados significativos do efeito do gênero sobre a *duração cíclica* ($F=1.24$; $p=.268$). No quadro 41 são apresentadas as médias estimadas da *duração cíclica* em função do gênero. No que concerne à *duração cíclica*, ao nível intra-sujeito (factor tempo), também não se verificaram efeitos principais e interactivos significativos.

Quadro 41

Médias referentes à duração cíclica nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do gênero (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)

Momentos de avaliação	Gênero	
	Masculino	Feminino
	Média	Média
1	6.47	6.85
2	5.73	6.63
3	5.37	6.55

Os resultados obtidos não são significativos ao nível do efeito do gênero sobre a *representação emocional* ($F=1.48$; $p=.228$). No quadro 42 são apresentadas as médias estimadas da *representação emocional* em função do gênero. Relativamente à *representação emocional*, também não se verificaram efeitos principais e interactivos significativos ao nível intra-sujeito (factor tempo).

Quadro 42
Médias referentes à representação emocional nos 3 momentos de avaliação (medidas repetidas), em função do género (valores estimados), considerando a idade como concomitante (N=78)

Momentos de avaliação	Género	
	Masculino	Feminino
	Média	Média
1	19.51	20.24
2	19.36	20.48
3	18.81	21.68

Em resumo, os resultados encontrados confirmam a hipótese colocada para várias representações de doença no sentido esperado. De facto, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do género nas representações de doença ao longo dos 3 momentos de avaliação, apresentando as mulheres representações de doença mais negativas nas sub-escalas *identidade*, *duração aguda crónica*, *controlo tratamento*, e *coerência da doença*. Estas representações parecem ser bastante estáveis no tempo para mulheres e homens. Não se verificaram diferenças do género nas representações de doença nas sub-escalas *consequências*, *controlo pessoal*, *duração cíclica* e *representação emocional*.

1.4 Hipótese 4 - Prevê-se que a adaptação psicossocial pós alta (avaliada pelo HADS no momento 3 e pelo SIP) seja influenciada pelos níveis de ansiedade e depressão pré alta (avaliados pelo HADS nos momentos 1 e 2).

De forma a explorar a influencia da ansiedade e depressão pré alta na adaptação psicossocial ao EAM, foram realizadas diversas regressões hierárquicas: no 1º bloco foram introduzidas as variáveis sócio-demográficas (género e idade), no 2º bloco os valores da ansiedade/depressão (1º e 2º momentos de avaliação) e no 3º bloco as interações da ansiedade e depressão com o género e a idade.

Como mencionado anteriormente, a variável género foi recodificada em 0 e 1. A idade foi introduzida como variável rácio.

Em relação à adaptação funcional, os resultados encontrados comprovam parcialmente a hipótese colocada, demonstrando que os níveis de ansiedade e depressão pré alta (nos 2 momentos de avaliação) possuem poder explicativo para algumas das sub-escalas

do SIP e para a ansiedade e depressão do HADS. A ansiedade pré alta foi altamente predictor da ansiedade pós alta, o mesmo se verificando para a depressão.

São apresentados de seguida os resultados significativos em forma de quadros, onde podemos analisar nos quadros iniciais, o efeito da ansiedade e depressão dos dois primeiros momentos de avaliação, na ansiedade e depressão nas duas semanas após a alta hospitalar. Posteriormente, são apresentados os quadros com resultados significativos, do efeito da ansiedade e depressão pré alta (nos dois momentos de avaliação), na disfuncionalidade global (SIP-Total) e em cada sub-escala do SIP. Os resultados significativos encontram-se a *negrito*.

1.4.1 Ansiedade pré alta como predictor da ansiedade pós alta

Pela análise do quadro 43 podemos constatar que os modelos globais com a ansiedade pré alta (momento 1 e momento 2) explicam respectivamente 55% e 60% de um máximo de variância na ansiedade pós alta (momento 3). A ansiedade (momento 1) contribui com 45% para a explicação dessa variância e a ansiedade (momento 2) com 49%. Os dados demonstram que maiores níveis de ansiedade pré alta (nos 2 momentos) predizem maior ansiedade pós alta.

Quadro 43
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a ansiedade (momentos 1 e 2) como predictores da ansiedade (momento 3) (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
<i>Ansiedade (momento 3)</i>					
<u>Bloco 1</u>	.124	5.31**			
Género			.30	2.32*	.26
Idade			---	ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Ansiedade (momento 1)	.448	77.64***	.73	8.81***	.72
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.015	ns	---	---	---
R ² = .588; R ² Corrigido: .553					
<i>Ansiedade (momento 3)</i>					
<u>Bloco 1</u>	.124	5.31**			
Género			.30	2.32*	.26
Idade			---	ns	---
<u>Bloco 2</u>					
Ansiedade (momento 2)	.494	95.89***	.77	9.79***	.75
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.013	ns	---	---	---
R ² = .631; R ² Corrigido: .600					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

1.4.2 Depressão pré alta como predictor da depressão pós alta

No quadro 44 verifica-se que os modelos globais com a depressão, explicam 51% (momento 1) e 55% (momento 2) do máximo de variância da depressão nas duas semanas após a alta (momento 3). A depressão (momento 1) contribui com 18% para a explicação da variância da depressão (momento 3) e a depressão (momento 2) com 21%. Os resultados obtidos indicam que níveis de depressão pré-alta (nos 2 momentos) elevados predizem maiores níveis de depressão pós alta (magnitude elevada das correlações parciais). A depressão no internamento parece ter menor poder predictivo para a depressão pós internamento quando comparada com a ansiedade. Os factores demográficos (género e idade) tem um poder predictivo mais elevado que a depressão previa.

Quadro 44
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a depressão (momentos 1 e 2) como predictores da depressão (momento 3) (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
<i>Depressão (momento 3)</i>					
Bloco 1	.344	19.65***			
Género			.41	2.13*	.25
Idade			---	ns	---
Bloco 2					
Depressão (momento 1)	.177	27.38***	.51	5.23***	.52
Bloco 3					
Interacções	.024	ns	---	---	---
R ² = .545; R ² Corrigido: .507					
<i>Depressão (momento 3)</i>					
Bloco 1	.344	19.65***			
Género			.45	2.53*	.29
Idade			---	---	---
Bloco 2					
Depressão (momento 2)	.212	35.35***	.62	5.95***	.57
Bloco 3					
Interacções	.028	ns	---	---	---
R ² = .584; R ² Corrigido: .549					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

1.4.3 Ansiedade pré alta (momentos 1 e 2) como predictor da adaptação funcional (avaliada pelo SIP)

Pela análise do quadro 45 verifica-se que a ansiedade (momento 1) tem poder explicativo na previsão da adaptação psicossocial ao EAM, nas seguintes sub-escalas do SIP: *locomoção*, *tarefas domésticas*, e *emoções*. Os modelos globais para cada uma das sub-escalas, apresentam um máximo de variância explicada de respectivamente 25% para a *locomoção*; 38% para as *tarefas domésticas*; e 32% para as *emoções*. O poder explicativo

da ansiedade é muito modesto para a locomoção e tarefas domésticas e mais significativo para as emoções. A contribuição única da ansiedade (momento 1) para prever a adaptação psicossocial ao EAM em termos de *locomoção*, é de 4%; níveis de ansiedade elevados estão associados com uma maior disfuncionalidade em termos da *locomoção*. Em termos de *tarefas domésticas* não se verifica um efeito isolado da ansiedade, mas uma interação da *ansiedade X idade*. A análise das correlações de *Pearson* revela uma correlação positiva nos doentes mais novos ($r=.204$; $p=.194$) e uma correlação negativa nos doentes mais velhos ($r=-.009$; $p=.957$), parecendo indicar que essa relação existe para os mais novos e não para os mais velhos.

Relativamente às *emoções*, como seria de esperar, o contributo da ansiedade para prever a adaptação psicossocial em termos de *emoções* é elevado (25%). Os dados sugerem que quanto mais elevada a ansiedade (momento1), maior a disfuncionalidade emocional nas duas semanas após a alta.

Quadro 45
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a ansiedade (momento 1) como predictor das sub-escalas do SIP às 2 semanas (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
SIP Escala1 (Locomoção)					
Bloco 1	.28	13.69***			
Género			---	ns	---
Idade			.33	2.85**	.31
Bloco 2					
Ansiedade (momento 1)	.036	3.87*	.21	1.97*	.22
Bloco 3					
Interacções	.003	ns	---	---	---
R ² = .307; R ² Corrigido: .248					
SIP Escala4 (Tarefas Domésticas)					
Bloco 1	.356	20.77***			
Género			---	ns	---
Idade			.81	3.95***	.42
Bloco 2					
Ansiedade (momento 1)	.002	ns	---	---	---
Bloco 3					
Interacções	.074	3.08*			
Int. Ans1*Idade			-1.90	-2.60*	-.30
R ² = .433; R ² Corrigido: .385					
SIP Escala7 (Emoções)					
Bloco 1	.107	ns			
Género			---	ns	---
Idade			---	ns	---
Bloco 2					
Ansiedade (momento 1)	.254	29.37***	.55	5.42***	.53
Bloco 3					
Interacções	.13	ns	---	---	---
R ² = .373; R ² Corrigido: .320					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

A ansiedade (momento 2) tem um poder explicativo na previsão da adaptação psicossocial ao EAM, nas seguintes sub-escalas do SIP: *locomção*, *emoções*, *sono e repouso* (ver quadro 46). Os modelos globais da ansiedade para cada uma das sub-escalas mencionadas, explicam respectivamente 28% para a *locomção*; 22% para as *emoções*; e 6% para o *sono e repouso* (máximo de variância explicada).

Quadro 46
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a ansiedade (momento 2) como
predictora das sub-escalas do SIP às 2 semanas (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
SIP Escala1 (Locomção)					
Bloco 1	.267	13.69***			
Género					
Idade			.31	2.62*	.29
Bloco 2					
Ansiedade (momento 2)	.058	6.32*	.26	2.51*	.28
Bloco 3					
Interacções	.009	ns	---	---	---
R ² = .335; R ² Corrigido: .278					
SIP Escala7 (Emoções)					
Bloco 1	.107	ns	---	---	---
Género			---	ns	---
Idade			---	ns	---
Bloco 2					
Ansiedade (momento 2)	.164	16.60***	.44	4.07***	.43
Bloco 3					
Interacções	.012	ns	---	---	---
R ² = .282; R ² Corrigido: .221					
SIP Escala9 (Sono e Repouso)					
Bloco 1	.076	ns	---	---	---
Género			---	---	---
Idade			.33	2.48*	.28
Bloco 2					
Ansiedade (momento 2)	.053	4.53*	.25	2.13*	.24
Bloco 3					
Interacções	.004	ns	---	---	---
R ² = .134; R ² Corrigido: .061					

*p<.05 ; **p<.01 ; ***p<.001

O poder predictivo da ansiedade na alta para o SIP pós alta é modesto para a *locomção*, *sono e repouso* e mais significativo para as *emoções*.

A contribuição única da ansiedade (momento 2) na previsão da adaptação pós EAM à *locomção* é de 6%; Maior ansiedade (momento 2) corresponde a maior disfuncionalidade ao nível da *locomção*. Em termos de *emoções*, o contributo da ansiedade na previsão da adaptação emocional é de 16%; quanto mais elevada a ansiedade (momento 2), maior a disfuncionalidade em termos de adaptação emocional. Relativamente ao *sono e repouso*, a

contribuição da única da ansiedade para a previsão da adaptação nesta sub-escala é de 5.3%; quanto maior a ansiedade (momento 2), maior a disfuncionalidade em termos de *sono e repouso*.

1.4.4 Depressão pré alta (momentos 1 e 2) como predictora da adaptação funcional (avaliada pelo SIP)

No quadro 47 encontram-se descritos os resultados significativos da análise de regressão do poder predictivo da depressão (momento 1) na adaptação funcional.

Quadro 47
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a depressão (momento 1) como predictora das sub-escalas do SIP às 2 semanas (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
<i>SIP Escala7 (Emoções)</i>					
<u>Bloco 1</u>	.107	ns	---	---	---
Género		ns	---	---	---
Idade		ns	---	---	---
<u>Bloco 2</u>					
Depressão (momento 1)	.105	9.89**	.39	3.15**	.34
<u>Bloco 3</u>					
Interacções	.038	ns	---	---	---
R ² = .250; R ² Corrigido: .187					

*p <.05 ; **p <.01 ; ***p <.001

Pela análise do quadro 47 podemos constatar que o modelo global da depressão (momento 1) tem um poder explicativo apenas na previsão da sub-escala *emoções* do SIP (máximo de variância explicada: 19%). O contributo único da depressão para prever a adaptação na sub-escala *emoções* é de 11%; Maiores níveis de depressão (momento 1) estão relacionados com uma maior disfuncionalidade ao nível emocional na adaptação ao EAM.

No quadro 48 são apresentadas as dimensões do SIP, nas quais a depressão (momento 2) tem um poder explicativo (locomoção, emoções, sono e repouso).

Quadro 48
Resultados significativos das análises de regressão hierárquica com a depressão (momento 2) como preditora das sub-escalas do SIP às 2 semanas (N=78)

Resultados/ Predictores	R ² Δ	F	Beta	t	Sr (parcial)
SIP Escala1 (Locomoção)					
Bloco 1	.267	13.69***			
Género			.24	2.03*	.23
Idade			.34	2.85**	.31
Bloco 2					
Depressão (momento 2)	.041	4.43*	.28	2.10*	.24
Bloco 3					
Interacções	.026	ns	---	---	---
R ² = .335; R ² Corrigido: .279					
SIP Escala7 (Emoções)					
Bloco 1	.107	ns	---	---	---
Género		ns	---	---	---
Idade		na	---	---	---
Bloco 2					
Depressão (momento 2)	.106	9.99**	.44	3.16**	.35
Bloco 3					
Interacções	.014	ns	---	---	---
R ² = .227; R ² Corrigido: .162					
SIP Escala9 (Sono e Repouso)					
Bloco 1	.076	3.09*			
Género		ns	---	---	---
Idade			.33	2.48*	.28
Bloco 2					
Depressão (momento 2)	.050	4.22*	.30	2.05*	.23
Bloco 3					
Interacções	.016	ns	---	---	---
R ² = .142; R ² Corrigido: .069					

*p <.05 ; **p <.01 ; ***p <.001

O modelo global da depressão (momento 2) explica um máximo de variância sobre a *locomoção* de 28%. A depressão contribui com 4% para a previsão da adaptação à *locomoção*; maiores níveis de depressão (momento 2) correspondem a maior disfuncionalidade em termos de *locomoção*. Ao nível da sub-escala *emoções*, a variância máxima explicada pelo modelo global da depressão (momento 2) é de 16%. A contribuição única da depressão (momento 2) para prever a adaptação emocional é de 11%; quanto mais elevados os níveis de depressão maior a disfuncionalidade ao nível emocional. Relativamente ao *sono e repouso*, o máximo de variância explicada pelo modelo global da depressão (momento 2) é de 7%. A contribuição única da depressão para a previsão da adaptação ao sono e repouso é de 5%; níveis de depressão mais elevados (momento 2) predizem maior disfuncionalidade em termos de *sono e repouso* na adaptação pós EAM.

Os resultados apresentados confirmam parcialmente a hipótese aqui testada. A ansiedade durante o internamento e na alta aparece como o predictor mais importante do estado emocional pós alta, assim como da adaptação funcional ao nível das emoções.

1.5 Análises exploratórias

Este estudo é complementado com análises exploratórias, nas quais se pretende analisar a relação entre diversas variáveis sócio-demográficas e clínicas, e sua interacção com o género, nas representações de doença e na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte do miocárdio.

Pretenderam-se analisar as seguintes variáveis sócio-demográficas: estado civil, habilitações literárias e estatuto profissional. Quanto às variáveis clínicas as que se pretenderam analisar foram as seguintes: dor no peito sentida anteriormente, história de angina de peito, modelos da doença (conhecimento de alguém com os mesmos sintomas; conhecimento de alguém com ataque cardíaco; ficou doente devido a ser homem/mulher; ficou doente devido à sua idade; ficou doente devido à sua situação financeira), classe *Killip*, e tempo de internamento.

De entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas, apenas serão apresentadas as análises referentes às variáveis clínicas *dores no peito anteriormente*, *modelos da doença*, *classe Killip* e *tempo de internamento*, porque quando se pretendeu categorizar as restantes variáveis constatámos que o n não era suficiente para efectuar as análises.

Para investigar a influência das variáveis clínicas mencionadas na adaptação funcional ao EAM, foram utilizados testes univariados (Ancovas a 2 factores), enquanto que para avaliar a influência na ansiedade e depressão nos 3 momentos (avaliadas pelo HADS), foram utilizados testes multivariados (Mancovas - medidas repetidas). Para avaliar a influência destas variáveis nas representações de doença, também foram utilizadas *medidas repetidas*.

Os resultados encontram-se organizados por variável, facilitando-se deste modo a sua análise e interpretação. Apenas são referidos e descritos os resultados de interacção com o género.

1.5.1 Género e Dores no Peito Sentidas Anteriormente

Em termos da variável *dores no peito sentidas anteriormente*, verificou-se que 21 homens e 15 mulheres referiram ter sentido estas dores no passado, enquanto que 25 homens e 17 mulheres manifestaram não as ter tido anteriormente.

Os resultados das análises de covariância univariada e multivariada não forneceram resultados significativos para o efeito das dores no peito sentidas anteriormente com o SIP-Total e sub-escalas.

Relativamente às análises multivariadas, também não se verificaram efeitos interactivos das *dores no peito sentidas anteriormente* com o *género* ao nível das outras dimensões estudadas. No entanto, os resultados obtidos revelaram efeitos significativos da *dor sentida anteriormente* ($F=5.22$; $p=.025$) na *identidade*. A análise das médias estimadas indicia que os doentes que não sentiram dor anteriormente ($M=4.99$) associam mais sintomas ao EAM do que aqueles que sentiram dor ($M=3.74$).

1.5.2 Género e Modelos da Doença (conhecimento de alguém com os mesmos sintomas; conhecimento de alguém com ataque cardíaco; ficou doente devido a ser homem/mulher; ficou doente devido à sua idade; ficou doente devido à sua situação financeira).

Foram realizadas análises de covariância univariada e medidas repetidas com os modelos da doença supra citados, mas os resultados obtidos não evidenciam efeitos principais ou interactivos significativos. Por esse motivo não são aqui descritos.

1.5.3 - Género e Classe Killip

Em termos de classe *Killip*, os resultados obtidos nesta amostra foram de nível I e II. Do total da amostra, apenas obtivemos a classe *Killip* de 52 doentes. Destes, 25 homens e 10 mulheres apresentaram nível I, e 7 homens e 10 mulheres tiveram nível II.

As análises de covariância univariada e multivariada realizadas, mostram que existe um efeito interactivo *classe Killip X género* ($F=5.11$; $p=.029$) sobre a funcionalidade ao nível das *emoções*. Analisando as médias estimadas verifica-se que as mulheres com a classe *Killip* de maior gravidade (nível II) apresentam médias mais elevadas ($M=45.17$) do que os homens com o mesmo nível de classe *Killip* ($M=13.36$), sugerindo uma pior adaptação emocional por parte das mulheres. Em contraste, no nível I da classe *Killip*, são os homens que apresentam uma pior adaptação emocional ($M=25.52$) do que as mulheres ($M=17.16$).

Em termos das análises realizadas com *medidas repetidas*, constata-se um efeito significativo da classe *Killip* na *duração cíclica* ($F=5.98$; $p=.018$). Verifica-se pela análise das médias estimadas, que os doentes com classe *Killip* mais elevada (nível II) apresentam crenças de maior duração cíclica dos sintomas do EAM ($M=7.29$) do que aqueles que tiveram classe *Killip* nível I ($M=5.27$).

1.5.4 - Género e Duração do Internamento

Para investigar o impacto da variável *duração do internamento*, foram formadas duas categorias (até 8 dias e mais de 8 dias de internamento). Do total da amostra (N=69), 25 homens e 16 mulheres estiveram internados por causa da doença até 8 dias, enquanto que 13 homens e 15 mulheres permaneceram internados por mais de 8 dias.

Os resultados das análises de covariância univariada e multivariada revelaram que existe um efeito interactivo *duração do internamento X género* (F=10.89; p=.002) sobre a sub-escala *locomoção*. Verifica-se pela análise das médias estimadas que nas mulheres o tempo de internamento afecta negativamente a locomoção (mais de 8 dias de internamento: M=61.53; 8 dias de internamento ou menos: M=29.72). Nos homens a locomoção não é afectada pelo tempo de internamento (mais de 8 dias de internamento: M=33.00; 8 dias de internamento ou menos: M=34.82).

Relativamente à sub-escala *tarefas domésticas*, verifica-se uma tendência para um efeito interactivo *duração do internamento X género* (F=3.71; p=.059). Enquanto nos homens, não se verifica uma diferença assinalável com a duração do internamento (internamento prolongado: M=37.59; internamento menos prolongado: M=41.30), nas mulheres, aquelas com o internamento mais prolongado verificou-se maior disfuncionalidade ao nível das *tarefas domésticas* (M1=76.30; M2=56.20) do que nas com internamento breve.

Em termos das *actividades recreativas e passatempos* também se verifica um efeito interactivo *duração do internamento X género* (F=19.35; p≤.001). Pela análise das médias estimadas constata-se que ao nível do internamento mais prolongado, as mulheres apresentam maior disfuncionalidade ao nível das *actividades recreativas e passatempos* (M=46.93) do que os homens (M=17.25). Relativamente ao internamento inferior a 8 dias, verifica-se o padrão oposto, apresentando os homens maior disfuncionalidade (M=31.96) do que as mulheres (M=10.11) ao nível desta sub-escala.

Também se verifica um efeito significativo da *duração do internamento* sobre a sub-escala *emoções* (F=18.01; p≤.001). Analisando as médias estimadas, verifica-se que os doentes que tem internamentos mais prolongados (superiores a 8 dias), apresentam maior disfuncionalidade (M=45.13) ao nível emocional do que aqueles que tem internamentos até 8 dias (M=16.87).

Em termos da sub-escala *sono e repouso*, também se verifica um efeito significativo da *duração do internamento* (F=8.50; p=.005). Pela análise das médias estimadas constata-se que os doentes com o internamento superior a 8 dias apresentam

maiores dificuldades ao nível do *sono e repouso* (M=67.19) do que aqueles que tiveram internamento inferior (M=40.09).

No que respeita aos resultados obtidos nas *medidas repetidas* do HADS, estes revelam que existem efeitos principais e interactivos quer na ansiedade, quer na depressão. Ao nível da *ansiedade*, verifica-se efeitos significativos da *duração do internamento* (F=11.96; p=.001). Na análise das médias estimadas verifica-se que os doentes com internamento superior a 8 dias apresentam níveis de ansiedade mais elevados (M=10.24) do que aqueles que tiveram um internamento mais curto (M=6.38). Em termos de depressão, verifica-se igualmente efeitos significativos da *duração do internamento* (F=6.04; p=.017). A análise das médias estimadas indica que os doentes com internamento superior a 8 dias apresentam médias mais elevadas de depressão (M=8.36) do que aqueles que tem internamento mais curto (M=6.29).

Em termos do IPQ-R, verifica-se um efeito interactivo *duração do internamento X género* (F=7.11; p=.010) sobre a sub-escala *coerência da doença*. As médias indicam que nos pacientes com internamento prolongado, os homens tem maior coerência da doença do que as mulheres (M1=17.12; M2=12.02), enquanto que nos doentes com internamento menos prolongado, as diferenças de género não são significativas (M1=14.60; M2=14.44).

Relativamente à *duração cíclica*, verifica-se um efeito interactivo *duração do internamento X género* (F=11.50; p=.001). As médias revelam diferenças significativas nas mulheres com a duração do internamento (internamento maior duração: M=9.12; internamento menor duração: M=4.70), enquanto nos homens essas diferenças não são assinaláveis (internamento maior duração: M=6.14; internamento menor duração: M=5.68).

Em resumo, a variável duração do internamento é um factor significativo no ajustamento psicossocial subsequente, afectando a funcionalidade em várias dimensões, o estado emocional e algumas crenças acerca da doença. Em geral, quanto mais longo o internamento, mais negativo o ajustamento psicossocial pós EAM.

CAPÍTULO III

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo antecedente procurámos apresentar e descrever os dados obtidos, realçando os resultados mais relevantes e com maiores implicações para este estudo. No actual capítulo, procedemos a uma análise e apreciação crítica dos resultados descritos anteriormente. A discussão dos resultados encontra-se organizada sequencialmente de modo a dar resposta às hipóteses de investigação e análises exploratórias.

O presente estudo orienta-se essencialmente para avaliar diferenças entre homens e mulheres na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo do miocárdio. Inicialmente foram avaliadas as semelhanças e diferenças ao nível do género relativamente às variáveis sócio-demográficas e clínicas dos doentes que constituíram a amostra.

No que concerne às variáveis sócio-demográficas, a análise destes dados permitiu concluir que existem diferenças estatisticamente significativas com o género, ao nível da *idade* (as mulheres são mais velhas), *estado civil* (maior percentagem de mulheres viúvas), *escolaridade* (a maioria das mulheres não estudou ou apenas tem o ensino primário), *área de residência* (a maior percentagem das mulheres são provenientes de uma região rural), *categoria profissional* (as mulheres apresentam níveis profissionais inferiores), *estatuto profissional actual* (a maior percentagem dos homens estão activos profissionalmente, enquanto que a maioria das mulheres estão reformadas), *composição do agregado familiar* (uma elevada percentagem das mulheres vivem sós, com outros familiares ou em lares), *número de filhos* (as mulheres tem maior número de filhos), e *rendimento mensal do agregado familiar* (rendimentos inferiores por parte das mulheres).

Relativamente às variáveis clínicas, verificaram-se diferenças significativas entre homens e mulheres no que concerne aos *sintomas predominantes* (as cefaleias foram apenas referidas por mulheres), *conhecimento de alguém com os mesmos sintomas* (uma maior percentagem de homens respondeu afirmativamente), *conhecimento de alguém com ataque cardíaco em termos de género e idade* (uma elevada percentagem das mulheres afirma conhecer outras mulheres com a doença com mais de 65 anos de idade), *atribuição da doença ao facto de ser homem ou mulher* (uma elevada percentagem dos homens atribuem a doença ao facto de serem homens), *atribuição da doença à idade* (a maior percentagem das mulheres atribui a doença à sua idade), *factores de risco* (uma elevada percentagem de mulheres referem história anterior de hipertensão e diabetes), e *demora até receber cuidados de saúde* (uma maior percentagem de homens recorreu nas primeiras 6 horas aos cuidados médicos após o início dos sintomas). Estas diferenças serão tidas em consideração na discussão dos resultados.

1 - Hipótese 1

A hipótese 1 previa uma diferença significativa entre homens e mulheres na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo do miocárdio, apresentando as mulheres maiores dificuldades de adaptação psicossocial.

Os dados obtidos comprovam apenas parcialmente esta hipótese em termos de adaptação funcional, verificando-se diferenças significativas ao nível do género nas sub-escalas *locomção* e *tarefas domésticas*, apresentando as mulheres uma pior adaptação em ambas as dimensões. Estes resultados vão de encontro ao de outros estudos, nos quais após um EAM, as mulheres apresentam maiores dificuldades de saúde, demoram mais tempo a recuperar fisicamente da doença e tem um maior número de dias de reduzida actividade após o EAM do que os homens (Conn et al., 1991; Loose & Fernhall, 1995; Murdaugh & O' Rourke, 1988). Segundo Loose & Fernhall (1995), as mulheres apresentam maior disfuncionalidade no comportamento emocional, tarefas domésticas, tarefas quotidianas e funcionamento psicossocial, bem como uma maior vulnerabilidade à fadiga.

Algumas explicações para justificar uma pior adaptação das mulheres nestas dimensões podem ser consideradas. Em primeiro lugar, as mulheres parecem apresentar enfartes do miocárdio mais severos ao nível físico, com uma classe *Killip* mais elevada e portanto com maiores implicações ao nível do funcionamento cardíaco. Este facto pode conduzir com maior frequência à presença de sintomas como a fadiga e o cansaço, levando a alterações no nível de energia e provocando uma limitação na realização do esforço físico, como andar, subir escadas e mesmo realizar tarefas quotidianas em casa. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos noutros estudos (Clark, 1997; Clarke, 1994). Apesar de não se terem obtido resultados significativos ao nível do género, verifica-se uma tendência para o significativo, apresentando as mulheres uma maior percentagem de classe *Killip* II. Por outro lado, os resultados apontam para uma maior demora na procura de cuidados médicos após o início dos sintomas por parte das mulheres, evitando deste modo que pudessem beneficiar de determinados tratamentos (por exemplo de terapia trombolítica), o que pode ter contribuído para uma maior severidade do EAM.

Em segundo lugar, de acordo com outros estudos realizados no EAM, é frequente a comorbilidade com outras doenças, como a falência coronária congestiva, hipertensão, diabetes e problemas osteo-articulares (Clark, 1997; Denollet & Brutsaert, 1998; Gottlieb et al., 2000). Neste estudo uma elevada percentagem de mulheres refere antecedentes de hipertensão e diabetes, podendo estas patologias contribuir para uma maior dificuldade de

adaptação nas dimensões referidas. Por outro lado, a dificuldade de *locomoção* e de realização de *tarefas domésticas* pode estar associado ao facto de uma maior percentagem de mulheres serem viúvas e viverem sós, levantando questões importantes como o tema do suporte social. Diversos estudos tem enfatizado a importância do suporte social no pós EAM, associado a uma melhor recuperação da doença (Wills, 1997; Ziegelstein, 2001), sugerindo que uma escassa percepção de suporte social pode estar relacionada com uma baixa auto-estima e sintomatologia ansiosa e depressiva.

Em terceiro lugar, as mulheres parecem ter uma maior prevalência de sintomatologia ansiosa e depressiva, como encontrado em estudos prévios (Ladwig et al., 1994; MacKenzie, 1993; Ziegelstein, 2001), contribuindo para uma maior dificuldade de adaptação no pós EAM. Este assunto será desenvolvido de modo mais aprofundado mais adiante.

Por último, as representações que as mulheres fazem do EAM parecem ser diferentes das representações feitas pelos homens, que se podem justificar pelos aspectos socioculturais (por exemplo a crença de que se tem de estar em repouso após um EAM).

Em termos de adaptação emocional, os resultados comprovam a hipótese 1, apresentando as mulheres níveis de ansiedade e depressão mais elevados ao longo dos 3 momentos de avaliação. Algumas explicações mencionadas anteriormente para esclarecer a pior adaptação em termos funcionais, também são válidas para justificar a pior adaptação em termos emocionais, como vamos referir a seguir.

Relativamente à adaptação emocional ao enfarte do miocárdio, avaliada pelo *Hospital Anxiety e Depression Scale*, os dados deste estudo sugerem que as mulheres apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que os homens ao longo dos 3 momentos de avaliação. Os resultados obtidos de níveis elevados de ansiedade e depressão após o EAM são consistentes com outros estudos prévios realizados (Frasure-Smith et al., 1999; Herrmann et al., 1998; Martin & Thompson, 2000; Vaccarino et al., 1995).

Diversas explicações podem estar relacionadas com o facto de as mulheres apresentarem níveis emocionais mais elevados do que os homens após o EAM. Assim, uma possível explicação pode estar relacionada com o processamento de informação sobre os sintomas e a própria doença. De acordo com o *modelo de auto-regulação* (Leventhal et al., 1984), as representações de doença que os doentes fazem sobre o EAM, é processada em paralelo com representações emocionais, para desenvolverem formas de lidar com a doença e avaliarem se esses procedimentos foram ou não eficazes. No caso das mulheres, as percepções emocionais podem ser mais activadas no caso do EAM, por não possuírem

esquemas idiossincráticos sobre o EAM, talvez por ser ainda considerada uma doença predominantemente masculina. A dor, desconforto e outros sintomas do EAM, podem activar emoções como o medo, ansiedade e depressão, que podem permanecer por longos períodos de tempo (Rogers, 1995). Num estudo levado a cabo por Robertson e colaboradores (2001) em mulheres com EAM, os resultados obtidos no HADS indicavam que na altura de admissão os valores de ansiedade e depressão eram elevados, e aos 2 meses houve um decréscimo dos valores da ansiedade mas não da depressão. Estes resultados vão de encontro a outros estudos, de que a depressão na altura da admissão após o EAM é mais elevada nas mulheres, nos doentes com menor grau de escolaridade e doentes com baixo suporte social (Frasure-Smith et al., 1999; Lauzon et al., 2003). Por outro lado, parece existir por parte das mulheres uma maior tendência para a catastrofização dos sintomas, que associado a um estilo de resposta mais “ruminativo”, pode estar relacionado com sintomatologia depressiva mais severa no pós enfarte do miocárdio (Rogers, 1995). É importante salientar que este estudo não permite determinar se as diferenças de género ao nível da ansiedade e depressão têm a ver com diferenças à partida na distribuição desta patologia e não com a ocorrência de enfarte. No entanto, independentemente do ponto de partida, iremos ver que esta afectividade negativa terá um impacto desfavorável na adaptação funcional das mulheres.

A investigação tem demonstrado que a ansiedade e depressão estão relacionados com aspectos da recuperação e adaptação psicossocial no pós EAM, como o regresso ao trabalho e o retomar de actividades sociais (Havik & Maeland, 1990; Trelawney-Ross & Russell, 1987). A ansiedade e depressão têm sido associadas ao aumento da mortalidade e morbidade, reduzida qualidade de vida, bem como a uma fraca adesão à reabilitação cardíaca e alteração de factores de risco (Fernandez, 1993; Frasure-Smith et al., 1993; Herrmann et al., 1998; Lesperance et al., 1996; Martin & Thompson, 2000; Mayou et al., 2000)

Como conclusão, os resultados obtidos neste estudo, reforçam a evidência de que as mulheres apresentam maiores dificuldades funcionais e emocionais após um EAM. Estes aspectos devem ser tidos em consideração em programas de reabilitação cardíaca.

É necessária futura pesquisa para clarificar o papel do género na adaptação psicossocial (quer a curto quer a longo prazo). Como sugestão recomenda-se que os profissionais de saúde estejam conscientes das dificuldades que as mulheres apresentam, para se promover um processo de recuperação adequado nas mulheres. Pensámos, deste modo, a necessidade de se proceder a uma correcta avaliação inicial do funcionamento

psicossocial das mulheres com EAM, especialmente dos aspectos emocionais e recursos sociais disponíveis.

2 - Hipótese 2

A hipótese formulada que se previa que uma pior adaptação psicossocial ao enfarte do miocárdio seria influenciada pelas representações de doença concomitantes, sendo que valores elevados nas dimensões identidade, duração (aguda/crónica), duração cíclica, consequências e representação emocional, e valores baixos nas dimensões cura/controlo (pessoal e tratamento) e coerência da doença estariam relacionados com uma pior adaptação psicossocial à doença. Os resultados obtidos corroboram-na globalmente.

Verifica-se que diferentes dimensões das representações do EAM se encontram associadas a domínios específicos de adaptação psicossocial e recuperação da doença. O nosso estudo demonstra que as representações de doença após o EAM são importantes determinantes da adaptação psicossocial durante o internamento hospitalar e 2 semanas após a alta. A *representação emocional* de doença foi o predictor mais significativo da adaptação psicossocial à doença. As percepções de doença avaliadas no momento 1 são predictoras da ansiedade e depressão no mesmo momento e do SIP-Total, locomoção, mobilidade, tarefas domésticas e emoções nas 2 semanas após a alta; as representações de doença no momento 2 também são predictoras da ansiedade e depressão concomitantes e do SIP-Total, mobilidade, tarefas domésticas, locomoção, emoções, e sono e repouso 15 dias após a alta; e as representações no momento 3 são predictoras da ansiedade e depressão no mesmo momento, bem como das emoções, tarefas domésticas, locomoção, actividades sociais, e sono e repouso concomitantes. Os resultados serão discutidos em termos da influência das dimensões das representações de doença sobre cada uma das variáveis dependentes.

Começando pela *identidade* percebida do enfarte do miocárdio, ou seja, a presença e o número de sintomas que os doentes associam à doença, em cada momento de avaliação, esta é predictiva da ansiedade concomitante nos 3 momentos de avaliação e da depressão no momento 3 (15 dias após alta). Estes dados sugerem que crenças fortes na *identidade* do EAM, isto é, os sintomas que os doentes associam com a sua doença se relacionam com os níveis de ansiedade nos 3 momentos de avaliação. Este achado está de acordo com o *Modelo de Auto-regulação*, em que a *identidade* é uma componente central das representações de doença. A identificação de sintomas associados à doença, tende assim, a ter como paralelo uma resposta emocional de maior ansiedade. Esta ansiedade poderá estar relacionada com a presença da doença em si e/ou, com outras cognições negativas acerca desta, como a previsão de consequências negativas após a alta. De facto, o

modelo de Leventhal e colaboradores (1991) prevê que haja uma interacção entre os vários domínios das representações de doença. Este poder predictivo é bastante menor para a depressão pós EAM, fazendo prever que a consciência da presença de sintomas de doença, não seja uma componente fulcral desta. Somente a *identidade* do momento 3 prevê a depressão concomitante, sugerindo que os sintomas associados ao EAM após a alta hospitalar, estejam relacionados com elevação nos níveis de depressão. Uma possível explicação relaciona-se com uma possível maior consciencialização da doença e dos sintomas associados, que conduz a uma reposta depressiva mais elevada. Os resultados obtidos sugerem que para além da presença de sintomas, o número de sintomas que os doentes associam ao EAM estão relacionados com uma pior adaptação emocional.

A *identidade* (momento 1) apresenta um poder de previsão significativo na adaptação funcional ao nível da *locomoção* e a *identidade* (momento 3) também tem um poder predictivo ao nível das *emoções* aos 15 dias após a alta. A *identidade* no momento da alta não é preditiva de nenhuma dimensão do SIP, provavelmente porque não há grande variabilidade da *identidade* durante o internamento. Uma possível explicação é dada por Leventhal (1984), que propõe que após um EAM, são geradas crenças de *identidade* derivadas da experiência nova de sintomas, que se tornam mais crónicas com o tempo (não se verifica grande variabilidade da identidade com o tempo). Neste sentido os sintomas que os doentes experienciam e que associam ao EAM no momento 1 (percepção de duração aguda), são predictores de uma maior disfuncionalidade ao nível da *locomoção* (provavelmente pelo receio do aparecimento ou agravamento dos sintomas com o esforço físico) quando o doente regressa a casa e ao nível emocional, pelas mesmas razões apontadas acima referentes ao HADS.

As crenças de que o enfarte vai ter graves *consequências* negativas para a vida dos doentes, constituem uma dimensão com um poder de previsão significativo ao nível da ansiedade (momentos 1 e 2) e depressão (momento 1), mas não ao nível da adaptação funcional (SIP). Os resultados sugerem que as percepções de consequências severas do EAM, são predictoras de maior perturbação emocional nos 2 dias após o diagnóstico e na altura da alta hospitalar, mais uma vez apoiando o *Modelo de Auto-regulação* de funcionamento paralelo de resposta à doença do ponto de vista cognitivo e emocional. Ao invés dos resultados obtidos noutros estudos (Figueiras, 1999; Moss-Morris et al., 1996; Petrie et al., 1996), de que crenças nas consequências negativas do EAM estavam associados a uma maior disfuncionalidade noutros domínios (ex. interacções sociais, actividades domésticas, actividades recreativas e passatempos), neste estudo isso não foi constatado. Uma possível explicação para esta constatação, prende-se com o facto de este estudo pretender avaliar apenas a curto

prazo a adaptação psicossocial, enquanto que nos estudos mencionados o tempo de avaliação era mais alargado; outra explicação pode estar relacionada com o facto de os sujeitos não possuírem esquemas idiossincráticos das *consequências* do EAM e o período de avaliação não ter sido suficiente para se verificar a disfuncionalidade nestes domínios.

As *representações emocionais* do EAM têm poder predictivo na ansiedade (nos 3 momentos) e na depressão (nos 3 momentos). Como seria de esperar, os resultados obtidos sugerem que as *representações emocionais* estejam relacionadas com os níveis de ansiedade e depressão nos 3 momentos de avaliação. Anteriormente, foi constatada a existência de correlações positivas e significativas entre as *representações emocionais* e a ansiedade e depressão nos 3 momentos de avaliação, sugerindo uma sobreposição destas variáveis. Em termos da capacidade predictiva da depressão, verifica-se nos momentos 1 e 2 uma interacção das *representações emocionais* com o género e a idade, sugerindo que o impacto das representações emocionais nos homens não depende da idade, enquanto nas mulheres depende da idade, só se verificando esta relação para as mais velhas. Já vimos que nas mulheres mais velhas existe maior isolamento e, provavelmente um ambiente de alta mais negativo que poderá explicar esta relação, enquanto nas mulheres mais novas poderá haver factores protectores que impedem as cognições negativas se transformarem em resposta emocional negativa. Em geral, estes dados sugerem que as cognições negativas correspondem muitas vezes a respostas emocionais negativas durante todo o período de adaptação pós EAM a curto prazo.

Nos 15 dias após a alta, as *representações emocionais* (momentos 1 e 2) são predictores significativos da adaptação funcional ao nível da *mobilidade* e *tarefas domésticas*, o que sugere que a resposta cognitiva negativa durante o internamento afecta a adaptação motora e a realização de tarefas domésticas após a alta. A este nível verifica-se uma interacção entre a idade e as *representações emocionais*, sugerindo que esta relação existe para os doentes mais novos, mas não para os mais velhos. Como seria de esperar, as representações emocionais às 2 semanas pós alta é predictora da funcionalidade emocional concomitante, mais uma vez reflectindo a relação entre as cognições e emoções.

As crenças de *controlo pessoal* sobre a doença na altura da alta são predictores significativos da ansiedade (na altura da alta) e da depressão (na altura da alta e 15 dias após a alta), sugerindo que percepções de menor *controlo pessoal* sobre o EAM estará relacionado com o aumento dos níveis de ansiedade na altura da alta hospitalar e da depressão também na alta e 15 dias após a alta. Moss-Morris e colaboradores (2002) já tinham encontrado dados

semelhantes em doenças cardiovasculares, verificando-se que um baixo *controle pessoal* estava associado a uma resposta emocional mais negativa.

A percepção de crenças de *controle pessoal* às 2 semanas após a alta, tem um bom poder de previsão da adaptação funcional ao nível das *tarefas domésticas*. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Petrie e colaboradores (1996), em que a dimensão cura/controle era um predictor significativo das tarefas domésticas aos 3 meses após o EAM, sugerindo que crenças de maior cura/controle da doença estão relacionados com uma maior capacidade de realizar tarefas domésticas, induzindo uma adaptação funcional mais pobre. A este nível verifica-se uma interacção entre o *controle pessoal* pós alta com o género e a idade, sugerindo que um maior *controle pessoal* sobre a doença nos homens mais velhos se associa a uma menor dificuldade de realização de tarefas domésticas, sendo esta relação não significativa para os outros subgrupos (homens mais novos e mulheres).

As crenças do *controle de tratamento* constituem um predictor significativo da ansiedade e depressão concomitantes. Deste modo, crenças do maior controle do tratamento parecem estar relacionadas com menores níveis de ansiedade na alta e pós alta, e menores níveis de depressão nos 3 momentos. Aos 15 dias após a alta, as crenças no *controle tratamento* não são predictivas da adaptação funcional pós EAM (SIP). Como era esperado, fortes crenças de que os tratamentos realizados podem controlar ou curar a doença, estão associados a uma melhor adaptação emocional nos 3 momentos de avaliação (Moss-Morris et al., 2002; Petrie et al., 1996). Enquanto o controle pessoal está mais ligado a aspectos da vida diária sob o controle do sujeito, o controle de tratamento refere-se a aspectos médicos, uma vez que o tratamento não se refere muitas vezes aos domínios funcionais de reabilitação (eg. locomoção, actividades recreativas).

A *coerência da doença* (na altura da alta e 15 dias após a alta), ou seja, o sentido que o EAM faz para os doentes, tem um poder de previsão significativo da ansiedade e da depressão concomitantes. Globalmente, os resultados sugerem que uma maior *coerência da doença* está associada a menores níveis de ansiedade e depressão na altura da alta e no pós alta. A interacção encontrada entre a *coerência da doença* (momento 2) e a depressão, sugere que uma menor compreensão da doença estará relacionada com níveis mais elevados de depressão nas mulheres. A investigação nesta área tem demonstrado que os sujeitos com maior compreensão da doença, tem um papel mais activo no processo de auto regulação, e conseqüente resposta aos sintomas e melhor adaptação psicossocial (Moss-Morris et al., 2002).

A *coerência da doença* (momento 1 e 2) é também predictor significativo da adaptação funcional ao nível da *locomoção* e *emoções*. Parece que estes dados apontam para que os sujeitos com menor *coerência da doença*, percepcionem uma maior dificuldade de adaptação ao nível das dimensões mencionadas.

A *duração aguda/crónica* não é uma dimensão das percepções de doença com valor predictivo de qualquer domínio de adaptação psicossocial estudado nestes 3 momentos de avaliação. Uma vez que se trata de um período de adaptação a curto prazo, poderá ser que a representação de duração não varie muito com o tempo nestes sujeitos, o que reduz a probabilidade de correlação significativa.

A *duração cíclica* é uma das dimensões das representações do EAM que possui maior poder predictivo em grande parte dos domínios de adaptação psicossocial avaliados. A percepção de uma variação cíclica dos sintomas da doença é um predictor significativo da ansiedade (nos 3 momentos de avaliação) e da depressão (momentos 1 e 3). Os dados obtidos sugerem que percepções do EAM como uma doença com maior variação cíclica dos sintomas se associa a níveis emocionais mais elevados nos 3 momentos de avaliação. Esta representação parece ter mais influência na ansiedade no momento da alta (provavelmente aumentando a incerteza e baixando o sentido de controlo) e na depressão nas 2 semanas após a alta (provavelmente pelo aumento da percepção de consequências negativas).

A *duração cíclica* é um predictor importante para a funcionalidade emocional, especialmente no período de admissão nos cuidados intermédios e 2 semanas após a alta. Estes dados estão de acordo aos encontrados para o HADS e podem explicar-se de modo semelhante. Às 2 semanas após a alta a variação cíclica dos sintomas afecta vários domínios funcionais (locomoção, tarefas domésticas, actividades sociais, emoções, e sono e repouso). Uma possível explicação para este facto é que nos primeiros dias após o EAM, os doentes estão mais focados na sintomatologia somática e no receio que possam vir a sentir novos sintomas ou um agravamento dos mesmos. Com o tempo provavelmente haverá uma expectativa de maior estabilidade dos sintomas, que se não for correspondida acabará por afectar o domínio funcional. A relação da variação cíclica dos sintomas com a ansiedade e a depressão vem reforçar este resultado negativo.

Em resumo, os resultados obtidos estão de acordo com os dados de outros estudos (Cooper et al., 1999; Figueiras, 1999; Petrie et al., 1996), que salientam que as percepções iniciais de doença são importantes determinantes de diferentes aspectos da adaptação e recuperação após EAM. Globalmente, as avaliações dos 3 momentos, sugerem que, representações cognitivas diferentes são importantes nos diferentes momentos de

ajustamento pós enfarte. Os dados sugerem que, as representações de doença desempenham um papel predictor mais importante na ansiedade pós EAM do que na depressão ou na adaptação funcional. Durante o internamento, a representação de *consequências*, *coerência da doença* e *duração cíclica* dos sintomas são os predictores mais importantes da resposta emocional. No pós alta, além da *duração cíclica* dos sintomas, a percepção da *coerência da doença* afecta a adaptação emocional. O facto de as escalas do IPQ-R serem fortemente predictivas de níveis de *distress* e incapacidades, sugere que as percepções de doença podem ter um efeito directo no humor e adaptação psicossocial, não sendo mediadas pelo *coping* (Weinman et al., 1996). Estes dados fazem antever a importância de modificar as crenças de doença mais negativas, ainda numa fase inicial, para promover uma melhor adaptação psicossocial ao enfarte do miocárdio.

3 - Hipótese 3

A hipótese 3 previa a existência de diferenças significativas entre o género nas representações de doença pré alta (nos 2 momentos de avaliação) e pós alta, apresentando as mulheres representações de doença mais negativas do que os homens nos três momentos. Os resultados obtidos comprovam substancialmente a hipótese, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do género nas sub-escalas *identidade*, *duração aguda/crónica*, *controlo tratamento* e *coerência da doença*. Estes resultados sugerem de um modo geral, que são as mulheres que associam mais sintomas ao EAM nos 3 momentos de avaliação, percebem a doença como mais crónica, tem menores crenças no controlo de tratamento e possuem uma menor compreensão da doença (coerência). Apesar de não terem sido encontrados resultados significativos nas outras dimensões do IPQ-R (consequências, controlo pessoal, duração cíclica e representações emocionais), existe uma tendência para as mulheres perceberem maiores consequências da doença, menor controlo sobre a mesma, maior percepção de duração cíclica dos sintomas e níveis emocionais mais elevados. Ao nível das consequências e controlo pessoal, estas diferenças verificam-se principalmente durante o internamento, tendendo a desaparecer às 2 semanas pós alta.

Relativamente à *identidade da doença*, os resultados sugerem que as mulheres associam um maior número de sintomas ao EAM nos 3 momentos de avaliação. Em termos da *duração aguda/crónica*, os resultados obtidos sugerem que as mulheres apresentam percepções do EAM como uma doença mais crónica ao longo dos 3 momentos de avaliação. Verifica-se uma interação do género com o tempo em termos da *duração aguda/crónica*, apresentando as mulheres maior estabilidade na percepção de doença do que os homens (cronicidade aumenta às 2 semanas). Uma possível explicação para o facto de existir uma mudança de percepção da cronicidade do EAM de doença aguda para crónica, relaciona-se com o facto de imediatamente após o EAM serem geradas crenças de doença aguda (Petrie & Weinman, 1997). Com o decorrer do tempo há uma maior consciencialização do EAM como uma doença crónica.

Quanto ao *controlo de tratamento*, os resultados obtidos sugerem que os homens apresentam crenças de que o tratamento pode controlar ou curar a doença ao longo dos 3 momentos de avaliação. Este resultado contrasta com o *controlo pessoal* em que não se verificaram diferenças significativas com o género, porque o *controlo de tratamento* se refere a aspectos mais médicos da doença, que possivelmente as mulheres compreendem

pior que os homens. Simultaneamente, no que concerne à *coerência da doença*, os resultados obtidos sugerem que os homens apresentam uma maior compreensão do EAM ao longo dos 3 momentos de avaliação, provavelmente pelas mesmas razões apontadas relativamente ao maior conhecimento da doença.

Estes resultados demonstram que existem percepções do enfarte do miocárdio diferentes entre homens e mulheres, e que de um modo geral, as mulheres apresentam crenças da doença mais negativas. Diversas explicações podem estar subjacentes aos resultados obtidos. Em primeiro lugar, devemos considerar a questão de que culturalmente o enfarte agudo do miocárdio ainda é considerado uma doença masculina, estando as mulheres mais preocupadas com outro tipo de doenças, como o cancro da mama. De acordo com um estudo de Legato e colaboradores (1997), numa amostra comunitária constituída unicamente por mulheres, 44% das mulheres acreditam ser muito improvável que possam vir a ter um EAM, 58% estão convictas que tem maior probabilidade de morrer de cancro da mama do que por EAM, e 51% das mulheres com mais de 60 anos, referem que a probabilidade de virem a desenvolver um EAM é inferior aos dos homens da mesma idade. Para além disso, neste estudo referido, mais de metade das mulheres salienta que os seus médicos nunca lhes falaram acerca das doenças cardíacas. Estes dados parecem sugerir que as mulheres possuem um maior desconhecimento sobre o EAM, aspecto que será investigado no estudo mais alargado da FCT mencionado anteriormente.

Em segundo lugar, de acordo com o *modelo de auto-regulação* (Leventhal et al., 1997), quando as pessoas atribuem causas para a sua doença ou desenvolvem formas de com ela lidar, são influenciadas por factores culturais, institucionais, sociais e pessoais. Estes factores afectam o modo como as pessoas formam as representações mentais da doença e desenvolvem estratégias de *coping* para lidar com ela. Neste estudo e no caso dos homens, as percepções da doença parecem ser formadas pela informação disponível no meio ainda antes do aparecimento do EAM, que se evidencia pela emergência precoce de percepções de doença mais definidas. Como se verificou neste estudo, após o início dos sintomas, os homens demoraram menos tempo a procurar serviços de saúde do que as mulheres. Estes dados sugerem uma diferença ao nível do género da forma como os doentes constroem e organizam as representações da sua doença a curto prazo, nomeadamente no que respeita à *identidade, duração aguda/crónica, controlo tratamento e coerência da doença*, que se pode reflectir no ajustamento à doença e procura de ajuda.

Por último, diversas diferenças significativas obtidas ao nível do género nas variáveis sócio-demográficas e clínicas podem explicar estes resultados. O facto de as

mulheres serem mais velhas, possuírem menos habilitações literárias, serem provenientes de uma região rural, serem viúvas e/ou viverem sós e terem outras patologias (hipertensão e diabetes), são factores que podem contribuir para as diferenças entre homens e mulheres, na construção de representações cognitivas acerca do enfarte do miocárdio. Estes factores devem ser tomados em consideração em estudos posteriores, para investigar o impacto de variáveis sócio-demográficas e clínicas nas representações de doença, e adaptação e recuperação do EAM. Este tema será discutido mais pormenorizadamente mais à frente, na discussão das análises exploratórias.

4 - Hipótese 4

A hipótese 4 previa que a adaptação psicossocial pós alta, após enfarte agudo do miocárdio, fosse influenciada pelos níveis de ansiedade e depressão pré alta (nos momentos 1 e 2). Os resultados obtidos comprovam parcialmente a hipótese formulada.

Os níveis de ansiedade e depressão pré alta (no internamento) possuem poder explicativo na previsão da ansiedade e depressão nos 15 dias após a alta. O poder predictivo em relação à ansiedade é maior do que no que respeita à depressão, indicando a importância da detecção precoce deste problema e a necessidade de considerar a hipótese de uma intervenção específica.

Os resultados obtidos indicam que a ansiedade apresenta poder predictivo na adaptação funcional ao nível da *locomoção e emoções*. Os dados sugerem que quanto mais elevada a ansiedade pré alta, maior a disfuncionalidade nos 15 dias após a alta hospitalar. A ansiedade e depressão na alta relacionam-se com pior ajustamento na *locomoção, emoções e sono e repouso* pós alta. A funcionalidade emocional é o componente mais afectado pela ansiedade e a depressão, o que reflecte a sobreposição destes indicadores e vai de encontro aos resultados do HADS. As dimensões do SIP previstos pela ansiedade e depressão pré alta parecem estar relacionados com a própria sintomatologia destas, como o *sono e repouso e a locomoção*.

Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro ao de outras investigações realizadas, de que níveis elevados de ansiedade e depressão nos momentos de avaliação pré alta estão relacionados com os níveis de ansiedade e depressão no pós alta, indicando que a ansiedade e a depressão podem permanecer por longos períodos de tempo (Lauzon, 2003; Rogers, 1995). De acordo com Crowe e colaboradores (1996), os níveis de ansiedade tipicamente elevam-se imediatamente depois de um acontecimento e decrescem depois, enquanto que os níveis de depressão, em contraste, tendem a aumentar ao longo do tempo. Alguns estudos confirmam a persistência de níveis de depressão significativos ao longo do primeiro ano após o EAM (Lauzon, 2003; Lesperance et al, 1996; 2002; Mayou et al, 2000).

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, níveis elevados de ansiedade e depressão durante o internamento são preditores de uma pior adaptação ao nível emocional, funcionamento físico e realização de actividades diárias, nas duas semanas após a alta. Curiosamente não se obtiveram resultados significativos noutras dimensões, como por exemplo, *actividades sociais, e actividades recreativas e passatempos*, como os

obtidos noutros estudos (Mayou et al., 2000; Petrie et al., 1996), provavelmente pelo motivo de a avaliação ter sido realizada às duas semanas após a alta, e os sujeitos ainda não terem realizado estas actividades, permanecendo ainda em repouso por casa.

Os dados obtidos neste estudo vão de acordo ao de outros estudos mencionados anteriormente e são relevantes numa perspectiva clínica, porque demonstram que diversos aspectos de adaptação psicossocial após um EAM, podem ser previstos a partir dos níveis de ansiedade e depressão ainda durante o internamento. Uma avaliação precoce e precisa de níveis clinicamente relevantes de ansiedade e depressão após um EAM, é de importância primordial em termos de planeamento do melhor tipo de tratamento e reabilitação a aplicar a estes doentes.

5 - Análises Exploratórias

Nas análises exploratórias pretendíamos investigar a relação ao nível do género, entre variáveis sócio-demográficas e clínicas, nas representações de doença e na adaptação psicossocial a curto prazo no pós EAM, controlando o efeito da idade sobre as variáveis dependentes. Em seguida procedemos à discussão dos resultados significativos obtidos para cada uma das variáveis investigadas.

5.1 Género e Dores no Peito Sentidas Anteriormente

No que respeita ao impacto de ter sentido dores no peito anteriormente sobre a adaptação psicossocial, este efeito é limitado às representações de doença em termos de *identidade*. Os dados sugerem que os doentes que não sentiram dor anteriormente associam mais sintomas ao EAM do que aqueles que sentiram. Uma possível explicação pode estar relacionada com o facto de os sujeitos que já sentiram dor, terem já comparado o sintoma com os esquemas de doença idiossincráticos, que integravam informação cultural, comunicação social, e sintomas e experiências de doença anteriores, e deste modo possuir um melhor conhecimento da doença e seus sintomas. Por outro lado, os sujeitos que não sentiram dor anteriormente, necessitam passar por todo este processo (de acordo com o modelo de auto regulação), e criar os seus próprios esquemas de doença, associando um maior número de sintomas ao EAM.

5.2 Género e Modelos da Doença

Não foram encontrados efeitos principais ou interactivos significativos, que indicassem a influência destas variáveis sobre as variáveis psicossociais em estudo. É possível que não se tenha encontrado nenhum impacto dos modelos da doença, devido a não existirem nos sujeitos representações cognitivas da doença bem formadas, relativamente a esta questão.

5.3 Género e Classe *Killip*

Quanto à classe *Killip*, verifica-se um efeito interactivo com o género na adaptação funcional ao nível das *emoções*, sugerindo que as mulheres com classe *Killip* de nível II, apresentam pior adaptação emocional, enquanto o oposto se verifica para o nível I (os homens apresentam pior adaptação funcional ao nível das emoções do que as mulheres). Os resultados das mulheres com a doença mais severa, vão no sentido dos resultados globais de uma pior adaptação emocional por parte das mulheres do que os homens. A inversão deste padrão para o EAM menos severo, poderá dever-se ao facto de os homens com EAM menos severo serem mais novos. A severidade da classe *Killip* afecta a representação de doença da *duração cíclica* dos sintomas. Os resultados indicam que os doentes com classe *Killip II*, apresentam uma maior percepção de variação de sintomas, eventualmente pela maior severidade da doença, e pela maior dificuldade funcional.

5.4 Género e Duração do Internamento

Em termos da duração do internamento, os resultados obtidos indicam que esta variável exerce influência significativa em diversas dimensões estudadas. Assim verificou-se um efeito interactivo desta variável com o género na adaptação funcional ao nível da *locomoção*, *tarefas domésticas*, e *actividades recreativas e passatempos*. Os resultados demonstram que as mulheres com mais de 8 dias de internamento apresentam maior disfuncionalidade ao nível destas dimensões do que os homens. Assim, para as mulheres os internamentos prolongados parecem associar-se a uma pior adaptação funcional em termos de *locomoção* e *tarefas domésticas*, o que se pode explicar pelo provável efeito negativo que o internamento prolongado pode ter no seu estado emocional e resposta cognitiva à doença. Nas *actividades recreativas e passatempos*, os homens com internamento breve parecem ter mais dificuldade do que as mulheres, porque o facto de não estarem a trabalhar durante este período, os afasta do seu meio social habitual.

Os resultados indicam um efeito significativo da *duração do internamento* sobre as sub-escalas *emoções*, e *sono e repouso*, sendo que são os pacientes com maior tempo de internamento que apresentam maiores dificuldades nestas dimensões. Uma possível explicação estará relacionada com o facto de um maior tempo de internamento poder significar um maior número de complicações no pós enfarte, que podem afectar o estado emocional e o sono e repouso. O internamento prolongado também implica maior quebra e

ruptura com o quotidiano e a rede de suporte social, o que poderá afectar o ajustamento funcional no pós EAM. Esta tendência mantém-se nas sub-escalas ansiedade e depressão (avaliadas pelo HADS), em que se verifica um efeito significativo entre sujeitos da duração do internamento sobre a ansiedade e a depressão, sendo que são os doentes com internamento superior a 8 dias que apresentam níveis mais elevados de ansiedade e depressão.

Em termos de representações da doença, verifica-se um efeito interactivo da duração do internamento e do género sobre a *coerência da doença*. Os resultados indicam que no internamento os homens apresentam uma representação mais coerente da doença, possivelmente por possuírem esquemas cognitivos sobre a doença mais consistentes, visto ser considerada “uma doença masculina”. Por último, os resultados demonstram um efeito interactivo, da duração do internamento e do género sobre a *duração cíclica*, indicando que no internamento superior a 8 dias, as mulheres apresentam uma maior percepção da variação dos sintomas, provavelmente associado a um estado emocional mais negativo do que os homens. A reincidência de sintomas, característico de um internamento mais prolongado, poderá explicar uma percepção da doença como mais cíclica.

Em conclusão, podemos constatar que as variáveis clínicas estudadas (com a excepção dos modelos de doença), são factores importantes da adaptação psicossocial após o EAM, sendo de destacar a influência da duração do internamento. Como especificado atrás, algumas dessas variáveis tem um efeito interactivo com o género, sendo de particular importância a sua identificação para promover a recuperação e a adaptação psicossocial em homens e mulheres. Os dados sugerem que nos internamentos prolongados, se deverá prestar particular atenção ao bem estar-emocional das mulheres e seu impacto nas representações de doença.

CAPÍTULO IV

CONCLUSÃO

Neste capítulo procedemos a uma sumarização dos resultados, a uma análise de algumas limitações identificadas no desenvolvimento deste estudo, são abordadas diversas implicações para futuras investigações e finalmente, é formulada uma conclusão deste estudo.

1 – SUMARIZAÇÃO DOS RESULTADOS

É apresentado em seguida, um breve sumário dos dados obtidos neste estudo e as implicações clínicas mais relevantes. O presente estudo pretendia avaliar ao nível do género, a contribuição de factores psicológicos como as percepções de doença e a ansiedade e a depressão, para a adaptação psicossocial a curto prazo.

A primeira hipótese, que previa uma diferença significativa entre homens e mulheres na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo do miocárdio, apresentando as mulheres maiores dificuldades de adaptação psicossocial, foi confirmada parcialmente. Os dados obtidos demonstram diferenças significativas ao nível da *locomção* e *actividades domésticas*, e da ansiedade e depressão, apresentando as mulheres, resultados mais negativos ao nível destas dimensões.

A segunda hipótese que previa que uma pior adaptação psicossocial ao enfarte do miocárdio seria influenciada pelas representações de doença concomitantes, sendo que valores elevados nas dimensões identidade, duração (aguda/crónica), duração cíclica, consequências e representação emocional, e valores baixos nas dimensões cura/controlo (pessoal e tratamento) e coerência da doença estariam relacionados com uma pior adaptação psicossocial à doença, foi confirmada globalmente. Os resultados obtidos indicam que diferentes dimensões das representações do EAM se encontram associadas a domínios específicos de adaptação psicossocial à doença, sendo as representações emocionais de doença o predictor mais significativo. As representações de doença avaliadas no internamento, são predictoras da ansiedade e da depressão nos momentos concomitantes, e do SIP-Total, *locomção*, *mobilidade*, *tarefas domésticas* e *emoções* nas 2 semanas após a alta. Na alta, as representações de doença são predictoras da ansiedade e depressão no mesmo momento, e do SIP-Total, *mobilidade*, *tarefas domésticas*, *locomção*, *emoções*, e *sono e repouso* 15 dias após a alta. No pós alta, as representações de doença são predictoras da ansiedade e depressão no mesmo momento, bem como das *emoções*, *tarefas domésticas*, *locomção*, *actividades sociais*, e *sono e repouso* concomitantes.

A hipótese 3 previa a existência de diferenças significativas entre o género nas representações de doença pré alta (nos 2 momentos de avaliação) e pós alta, apresentando as mulheres representações de doença mais negativas do que os homens. Os resultados obtidos comprovam parcialmente esta hipótese, verificando-se diferenças significativas ao nível do género nas sub-escalas *identidade*, *duração aguda/crónica*, *controlo tratamento* e

coerência da doença. Nos 3 momentos de avaliação, são as mulheres que associam mais sintomas ao EAM, percebem a doença como mais crónica, têm crenças de menor controlo de tratamento e possuem uma menor coerência da doença.

A quarta hipótese previa que a adaptação psicossocial pós alta, após enfarte agudo do miocárdio seja influenciada pelos níveis de ansiedade e depressão pré alta (nos momentos 1 e 2). Os resultados comprovam parcialmente a hipótese formulada; a ansiedade e a depressão pré alta (nos 2 momentos de avaliação) possuem poder predictivo da ansiedade e da depressão nos 15 dias após a alta e em algumas das sub-escalas do SIP (locomoção, tarefas domésticas, sono e repouso, e emoções).

As análises exploratórias efectuadas, tinham como principal objectivo avaliar o impacto das variáveis clínicas nas variáveis psicossociais estudadas. Os resultados obtidos revelaram que as variáveis *dores no peito anteriormente, classe Killip e duração do internamento*, apresentam influência em algumas das variáveis psicossociais estudadas.

Algumas implicações clínicas podem ser retiradas dos resultados obtidos. Em primeiro lugar, é possível constatar que, a curto prazo, após um enfarte do miocárdio, existem diferenças ao nível do género em termos de adaptação psicossocial, apresentando as mulheres níveis mais elevados de ansiedade e de depressão e maiores dificuldades ao nível da *locomoção e realização de tarefas domésticas*. Em segundo lugar, os dados estão de acordo com outros estudos, de que diferentes dimensões das representações de doença influenciam a adaptação psicossocial ao EAM em diversos domínios. Em terceiro lugar, os resultados demonstram diferenças ao nível do género nas representações de doença após um EAM. Em quarto lugar, os resultados comprovam que níveis de ansiedade e de depressão elevados imediatamente após um EAM, tem impacto na adaptação psicossocial nas 2 semanas após a alta hospitalar. Em quinto lugar, o presente estudo aponta o impacto de algumas variáveis clínicas em algumas das variáveis psicossociais estudadas. Neste estudo foram, também analisadas as propriedades psicométricas do IPQ-R, do HADS e do SIP, numa população portuguesa com enfarte agudo do miocárdio, constituindo-se como um ponto de referência para estudos psicométricos futuros. Em termos de implicações clínicas, uma identificação precoce da ansiedade e depressão pós EAM pode permitir reduzir as dificuldades de adaptação psicossocial. Uma monitorização e tratamentos adequados podem permitir uma redução dos níveis emocionais, mas também em termos de uma melhor adaptação a outros domínios de vida e uma redução da morbilidade e mortalidade. A significância da ansiedade e depressão, bem como das representações de doença, indicam a necessidade de uma melhor compreensão dos factores psicológicos e

comportamentais após um EAM, para o desenvolvimento e aplicação de programas adequados de reabilitação.

Para finalizar, ao pretender-se avaliar as diferenças ao nível do género no pós enfarte do miocárdio, pretendeu-se colmatar algumas lacunas neste domínio, pois até ao momento, a maioria dos estudos realizados no EAM e na adaptação psicossocial, tinham apenas homens como participantes, ou então as mulheres estavam sub-representadas. Estes resultados são importantes, porque fornecem uma perspectiva sobre as diferenças em termos de género, na adaptação psicossocial, podendo assim auxiliar no desenvolvimento de novos esforços, no sentido de promover uma resposta mais eficaz, a homens e mulheres com enfarte agudo do miocárdio.

2 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações metodológicas foram identificadas neste estudo e devem por esse motivo ser apontadas e consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, torna-se necessário tecer um comentário sobre o tamanho da amostra, bem como a sua selecção. O número reduzido de sujeitos, pode ter contribuído para uma limitação ao nível dos dados obtidos, e coloca entraves ao nível da generalização dos resultados (validade externa). A amostra foi seleccionada em 2 hospitais centrais da região do Minho, devendo-se ter em consideração as características sociais e culturais dessa região, devendo-se ter precaução em generalizar os resultados obtidos para outras regiões do país. Outra questão relaciona-se com o método de amostragem. Devido à dificuldade de obtenção de mulheres com EAM para participarem neste estudo, optou-se por uma amostragem não probabilística consecutiva, não estando portanto sujeitas à aleatorização. No caso dos homens procedeu-se a uma amostragem aleatória. Uma outra limitação deste estudo relaciona-se com a diferença encontrada ao nível da idade entre homens e mulheres, levando a um controlo da idade como variável concomitante em todos os testes de hipóteses, o que não permite estudar este factor de forma aprofundada.

Em segundo lugar, outra limitação está relacionada com os instrumentos de avaliação utilizados. A não existência de dados psicométricos dos instrumentos utilizados adaptados para a nossa população, conduziu à necessidade de se proceder a uma validação piloto desses instrumentos, verificando-se que os resultados obtidos em alguns instrumentos são inferiores aos dos estudos originais. Por exemplo, nas sub-escalas *consequências* e *duração cíclica*, o *alfa de Cronbach* obtido é inferior ao das sub-escalas originais. Também no IPQ-R foi constatado que dois itens apresentavam uma baixa correlação com o total da sub-escala, e neste estudo foram eliminados a título experimental, considerando a sua influência negativa sobre a consistência interna do instrumento. No SIP a consistência interna encontrada também foi inferior ao dos autores. Neste estudo foram retirados da análise a categoria trabalho, por não ser uma dimensão importante a avaliar neste estudo (por causa da dimensão temporal após o EAM) e as categorias *cuidados pessoais e movimento* e a *comunicação* por apresentarem uma frequência de resposta inferiores <5. No teste de hipóteses foram consideradas as restantes 9 categorias. Por outro lado, sendo os instrumentos de auto-relato, estão sujeitos a erros de interpretação

e de desajustabilidade social, devendo-se assim interpretar os resultados obtidos com precaução.

Em terceiro lugar, pelo facto de se tratar de um estudo longitudinal, com 3 momentos de avaliação próximos (no espaço de 1 mês) e com a replicação de instrumentos, pode ter elicitado um efeito de aprendizagem, condicionando as respostas dadas pelos sujeitos. Isto poderá ter afectado os resultados da Hipótese 4, favorecendo a relação entre ansiedade e depressão pré e pós alta. No caso da Hipótese 3, poderá ter induzido menor variabilidade no tempo das medidas de adaptação. A um outro nível, atendendo ao espaço curto de avaliação, pode não ter sido suficiente para a mudança de percepções individuais sobre o EAM. Sobre este aspecto será conveniente estudar as percepções de doença num estudo com o tempo de avaliação mais alargado (que está a ser levado a cabo como mencionado anteriormente).

Apesar destas limitações, este estudo reveste-se de carácter pioneiro, pelo facto de ter avaliado o ajustamento psicossocial a curto prazo (isto é, ser de carácter longitudinal e periódico) e de ter estudado as influências do género de forma aprofundada.

3 – SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

O presente estudo fornece algumas implicações para a investigação futura. Assim, dada a existência dos poucos estudos realizados que investiguem a diferença entre homens e mulheres no pós enfarte do miocárdio, pensamos que a replicação das constatações obtidas pode ser importante para confirmar as diferenças ao nível do género a curto prazo, no pós enfarte do miocárdio. Será pertinente alargar este estudo para outras regiões do país para confirmar os dados obtidos. São necessários outros estudos prospectivos ao nível do género, para confirmar as associações entre a ansiedade, a depressão e as representações de doença, e a adaptação psicossocial em períodos de tempo mais alargado. O estudo que está actualmente em curso, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, poderá confirmar estes resultados e avaliar a longo prazo a adaptação psicossocial ao EAM.

O facto de que as percepções de doença são modificáveis com o tempo, podendo beneficiar de intervenções correctivas, são dados importantes para implementar novas intervenções na reabilitação pós EAM. Esta intervenção deve ser dirigida para a mudança das percepções negativas, de modo a promover a adesão aos programas de reabilitação, bem como facilitar a adaptação psicossocial. Petrie e colaboradores (2002) têm testado intervenções de carácter breve (aproximadamente 2 sessões de 2 horas) com sucesso, na mudança das representações de doença. Assim, estruturar, delinear e aplicar programas de intervenção para a modificação de crenças de doença, sobretudo nas áreas em que essas percepções estejam associadas a uma pior adaptação em homens e mulheres, constitui um novo desafio nesta área. Estes programas devem fazer parte do processo reabilitação, testando a sua eficácia com grupo de controlo. A intervenção no bem-estar emocional, especialmente nas mulheres, deve ser um componente essencial na reabilitação cardíaca. Um outro aspecto a considerar, é o período de internamento, uma vez que se verifica que os factores psicológicos neste período, são predictores importantes da adaptação pós alta. O aumento do conhecimento sobre a doença e tratamento poderá, também ser um aspecto importante na recuperação pós alta.

A maioria dos estudos realizados nas percepções de doença não avaliaram a associação com outros factores, como a idade, o grau de escolaridade, área de residência, severidade da doença, conhecimento da doença. Seria pertinente investigar de que modo estas variáveis influenciam esta relação ao nível do género.

Neste estudo não foi analisada a influência da sub-escala *causas* do IPQ-R na adaptação psicossocial pós EAM. Tem sido constatada que a atribuição de possíveis causas para a doença por parte dos doentes, é de grande importância para a alteração de estilos de vida e recuperação e adaptação psicossocial à doença. Deste modo, será pertinente investigar ao nível do género, a relação entre os factores causais e as outras dimensões das representações de doença, na adesão a programas de reabilitação cardíaca, e na alteração de hábitos de vida e adaptação psicossocial ao EAM.

Outra questão abordada ao longo deste estudo, está relacionada com o suporte social. Diversos estudos investigaram a relação do suporte social com a recuperação e adaptação psicossocial ao EAM, mas a maioria utilizaram apenas homens na amostra. Será importante investigar se o suporte social constitui uma variável mediadora da adaptação psicossocial em mulheres de diversas faixas etárias e a sua associação com as representações de doença.

Será também pertinente avaliar o impacto de níveis clínicos de ansiedade e de depressão em mulheres, na adaptação psicossocial ao EAM a médio e a longo prazo, nomeadamente no regresso ao trabalho, modificação de factores de risco, adesão a programas de reabilitação, qualidade de vida e utilização de serviços de saúde.

Por último, futura pesquisa deve incidir, sobre a estruturação e implementação de programas de reabilitação cardíaca, assim como na identificação de possíveis barreiras que limitam a participação das mulheres nesses programas.

4 – CONCLUSÃO

O enfarte agudo do miocárdio constitui actualmente, uma das principais causas de mortalidade e morbidade entre homens e mulheres de diversos países ocidentais (Bonow, 2002; Mosca et al., 1999; Wenger, 1997), com uma conseqüente elevação de custos pessoais, sociais e económicos.

Apesar desta constatação, existe ainda uma grande necessidade de melhorar os conhecimentos actuais sobre a doença coronária nas mulheres, dado que até recentemente, os estudos realizados nesta área foram essencialmente efectuados no homem, ou seja, prevalece ainda um modelo masculino sobre o enfarte agudo do miocárdio. Alguns dados actuais, reflectem já as diferenças ao nível do género ao nível das manifestações clínicas, diagnóstico, evolução, tratamento, reabilitação e adaptação psicossocial ao EAM em mulheres.

Pretendendo acrescentar alguns dados a estudos prévios realizados, o presente trabalho avalia algumas diferenças ao nível do género, na adaptação psicossocial a curto prazo, no pós EAM. Dada a complexidade e diversidade dos factores envolvidos no desenvolvimento, manutenção, progressão, reabilitação e adaptação ao EAM, é de extrema importância a identificação desses factores, para o desenvolvimento de esforços multidisciplinares, de modo a minimizar o impacto da doença e favorecer a adaptação psicossocial ao EAM. Recentemente tem sido reconhecido, a importância das representações de doença, como variáveis importantes na reabilitação e adaptação ao EAM (Figueiras, 1999; Petrie et al., 1996; Steed, Newman & Hardman, 1999; Weinman et al., 2000), bem como dos aspectos emocionais, como a ansiedade e a depressão (Roberts et al., 2001; Smith et al., 2002).

As percepções iniciais da doença são determinantes de diferentes aspectos de recuperação e adaptação após um EAM. Torna-se necessário identificar percepções de doença numa fase inicial, de modo a optimizar os resultados dos programas de reabilitação cardíaca (Petrie et al., 1996). Uma área de investigação recente direcciona-se para a avaliação da eficácia de programas de intervenção psicológica para identificar e modificar percepções de doença, de forma a melhorar a participação na reabilitação cardíaca e facilitar a adaptação psicossocial à doença. Um estudo pioneiro nesta área foi efectuado por Petrie e colaboradores (2002), em doentes com EAM. Neste estudo foi realizada uma intervenção breve durante o internamento hospitalar, para modificar as representações de

doença sobre o EAM, constatando-se que os doentes que participaram no grupo experimental sentiram-se mais preparados para terem alta do hospital, regressarem mais cedo ao trabalho e tiveram menos sintomas de angina de peito do que os doentes do grupo de controlo.

A comorbilidade psicológica é uma característica comum que se encontra presente em doentes que tiveram um EAM (Dennolet & Brutsaert, 1998; Frasure-Smith et al., 1999; Herrmann et al., 1998; Lauzon, et al., 2003; Martin & Thompson, 2000; Moser & Dracup, 1996). A investigação científica tem demonstrado que a ansiedade e a depressão se encontram associadas com uma pior adaptação à doença cardíaca e relacionados com a morbilidade e mortalidade (Frasure-Smith et al., 1995; Moser & Dracup, 1996; Kubzansky et al., 1997; Thomas et al., 1997). Comparadas com os homens, existe uma lacuna nos resultados da adaptação psicossocial entre as mulheres com EAM, devido aos escassos estudos realizados. Os resultados de um pequeno número de estudos, demonstraram que as mulheres apresentam uma pior adaptação psicossocial, quando comparativamente aos homens (incluindo níveis mais elevados de ansiedade e depressão) (Brezinka & Kittel, 1995; Young et al., 2002).

Considerando as dificuldades encontradas na adaptação psicossocial ao EAM, este estudo tentou dar resposta a algumas das problemáticas envolvidas nesta doença. Assim, os doentes que apresentavam maiores níveis de ansiedade e depressão, apresentavam maiores dificuldades ao nível de adaptação psicossocial durante as 3 semanas seguintes ao EAM. Os dados deste estudo reforçam o argumento da necessidade de uma identificação precoce das dificuldades emocionais ainda durante o internamento e tratamento dos doentes que apresentem ansiedade e depressão após o EAM. A identificação precoce de problemas psicológicos após um EAM é uma importante questão clínica, porque pode permitir uma redução de custos pessoais, sociais e económicos. Precisamos conhecer de que modo a ansiedade e depressão após o EAM é preditivo de aspectos de uma melhor adaptação psicossocial, de forma a apoiar uma estruturação de cuidados de saúde adequados e programas de reabilitação cardíaca.

A um outro nível, os resultados obtidos neste estudo sugerem que diversas dimensões das representações de doença influenciam a adaptação psicossocial ao enfarte do miocárdio, ao nível da ansiedade, depressão, SIP-Total, locomoção, mobilidade, tarefas domésticas, actividades sociais, emoções, e sono e repouso. No entanto os dados foram obtidos num curto espaço de tempo (o objectivo era avaliar a adaptação psicossocial a curto prazo). Outros estudos prospectivos serão necessários para confirmar as relações entre as representações de doença e adaptação psicossocial ao EAM ao longo do tempo. Os dados

obtidos sugerem que diversos aspectos da adaptação psicossocial a curto prazo podem ser previstos ainda durante o internamento hospitalar (Mayou et al., 2000). Em termos de representações de doença, os resultados obtidos neste estudo são indicadores de diferenças significativas ao nível do género, nas percepções do EAM. Estes resultados apontam para a necessidade da identificação de representações de doença específicas numa fase inicial, para otimizar os resultados de programas de reabilitação (quais os doentes que mais necessitam e como estruturar os programas de reabilitação). Pode ser necessário estruturar os programas para modificar uma determinada percepção de doença. Pesquisa futura poderá ser orientada para investigar a eficácia de intervenções psicológicas direccionadas para identificar e modificar percepções de doença específicas, como base para melhorar a adaptação psicossocial à doença, a adesão a programas de reabilitação cardíaca, e promoção do bem-estar e qualidade de vida.

Os resultados deste estudo vão de encontro ao de outros estudos previamente referidos, e reforçam a evidência de que as mulheres apresentam maiores dificuldades físicas e psicossociais após um EAM, resultando numa diminuição no funcionamento diário e consequentemente no bem-estar, produtividade, e qualidade de vida num número significativo de mulheres. Como sugestão recomenda-se que os profissionais de saúde estejam conscientes das dificuldades que as mulheres apresentam após um EAM, para se proceder a um processo de recuperação adequado. Pensamos, deste modo, da importância de se proceder a uma correcta avaliação inicial do funcionamento psicossocial das mulheres com EAM, especialmente dos aspectos emocionais representações de doença e recursos sociais disponíveis.

Perante os dados obtidos, ainda que limitados, sugere-se que são necessárias novas abordagens para a melhoria dos cuidados clínicos e psicossociais das mulheres com EAM. Entre estas abordagens, podemos sugerir a integração nos currículos de medicina de informação sobre o diagnóstico e tratamento do EAM em mulheres, treino pós graduado de profissionais de saúde sobre factores específicos do género, criação de equipas multidisciplinares para a reabilitação cardíaca e avaliação precoce de factores cognitivos e emocionais, que dificultem a adaptação à doença.

Espera-se que este estudo contribua para a necessidade de melhorar a qualidade das intervenções realizadas no EAM, como também encorajar a realização de mais investigação focada nas diferenças relacionadas com o género e o EAM, ao nível dos factores de risco, intervenções e prognóstico, de forma a fornecer uma maior esperança para homens e mulheres. Em Portugal, os poucos trabalhos realizados, parecem justificar

um maior investimento no desenvolvimento de estudos, que contribuam para uma melhor compreensão dos factores que exercem influência na recuperação e adaptação psicossocial após um EAM. E por fim, chegou a altura de prestar atenção ao coração “...Fica quieta, e ouve o teu coração. Quando ele te falar, levanta-te...” (Susanna Tamaro)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ades, P.A., Pashkow, F.J., Fletcher, G., Pina, I.L., Zohman, L.R., & Nestor, J.R., (2000). A Controlled Trial of Cardiac Rehabilitation in the Home Setting Using Electrocardiographic and Voice Transtelephonic Monitoring. *American Heart Journal*, 139, (3), 543-548
- Ades, P.A., Waldmann, M.L., Poehlman, E.T., Gray, P., Horton, E.D., Horton, E.S., LeWinter, M.M., (1993). Exercise conditioning in older coronary patients: submaximal lactate response and endurance capacity. *Circulation*, 88, 572-577.
- Ades, P.A., Waldmann, M.L., Polk, D.M., Coflesky, J.T., (1992). Referral patterns and exercise response in the rehabilitation of female coronary patient's ages ≥ 62 years. *American Journal of Cardiology*, 69, 1422-1425.
- AHA Medical/Scientific Statement – Cardiac Rehabilitation, (1994). A Statement for Healthcare Professionals from the AHA. *Circulation*, 90, 1602-1610.
- AHA/ACC Scientific Statement: Consensus Panel Statement, (1999). Guide to preventive cardiology for women. *Circulation*, 99, 2480-2484.
- Alexander, F., (1950). *Psychosomatic Medicine*. W. W. Norton & Company. New York
- Allan, Robert (1996). Introduction: The Emergence of Cardiac Psychology. In Robert Allan, PhD, and Stephen Scheidt, MD. *Heart & Mind: the practice of cardiac psychology*, 3-14.
- Allan, Robert and Scheidt, Stephen (1996). Empirical Basis for cardiac Psychology. In Robert Allan, PhD, and Stephen Scheidt, MD. *Heart & Mind: the practice of cardiac psychology*, 63-123.
- Almeida, L., S., & Freire, T., (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Apport – Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Almeida, M. L., (1997). Hipertensão arterial no idoso. *Sinais Vitais*, n.º 10, 23-27.
- Altshuler, J., Dale, B., & Byng-Hall, J., (1997). *Working with chronic illness*. London: Macmillan Press.
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (1995). *Guidelines for cardiac rehabilitation programs*. 2nd ed. Champaign (IL): Human Kinetics Books.
- American Heart Association (2002). Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, Tex: American Heart Association, 4-5.
- American Heart Association, (1993). *Heart and stroke fact statistics*. Dallas, 1-18.
- American Heart Association, (1995). Preventing Heart Attack and Death in Patients With Coronary Disease. Consensus Panel Statement. *Circulation*, 92, 2-4.
- American Heart Association, (1997). Heart and Stroke Facts: Statistical Update. Dallas: American Heart Association.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM IV)*. Quarta edição. Lisboa. Climepsi editores.
- Anderson, D., Deshaies, G., Jobin, J., (1996). Social support, social networks and coronary artery disease rehabilitation: a review. *The Canadian Journal of Cardiology*, 12, (8), 739-744.

- Andersson, E., (1993). The Hospital Anxiety and Depression Scale: Homogeneity of the subscales. *Social Behavior and Personality*, 210, 197-204.
- Appels, A., Hoppener, P., Mulder, P., (1987). A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*, 17, 15–24.
- Appels, Ad. (1996). Personality Factors and Coronary Heart Disease. In Kristina Orth- Gomér & Neil Schneiderman. *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention* (149-160). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Araujo, A.B., Durante, R., Feldman, H.A., Goldstein, I., McKinlay, J.B., (1998). The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts male aging study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 458–465.
- Araújo, S. & McIntyre, T., (1997). Avaliação e Intervenção Psicológica nas Doenças Cardiovasculares. In Associação dos Psicólogos Portugueses (Eds.) *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, volume V, 429-440.
- Arefjord, K., Hallaraker, E., Havik, O., & Maeland, J., (2002). Illness understanding, causal attributions and emotional reactions in wives of myocardial infarction patients. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 101-115.
- Ayanian, J.Z., Epstein, A.M., (1991). Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 325, 221-225.
- Aylard, P.R., Gooding, J. H., Mckenna, P.J., & Snaith, R. P., (1987). A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 261-268.
- Balady, G.J., & Weiner, D.A., (1992). Physiology of exercise in normal individuals and patients with coronary artery disease. In: Wenger, N.K., Hellerstein, H.K., (Eds). *Rehabilitation of the Coronary Patient*. 3rd ed. New York, NY: Churchill Livingstone Inc, 103-122.
- Balady, G.J., Ades, P.A., Comoss, P., Limacher, M., Pina, I.L., Southard, D., Williams, M.A., & Bazzarre, T., (2000). Core Components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Writing Group. *Circulation*, 102, 1069
- Balady, G.J., Fletcher, B.J., Froelicher, E.S., (1994). Cardiac rehabilitation programs: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 90, 1602-1610.
- Balady, G.J., Fletcher, B.J., Froelicher, E.S., Hartley, H., Krauss, R.M., Oberman, A., Pollock, M.L., & Taylor, B., (1994). Cardiac rehabilitation programs: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *American Heart Association, Inc.*
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*, *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barefoot, J. C., Helms, M. J., Mark, D. B., et al., (1996). Depression and long term mortality risk in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 78, 613-617.
- Barefoot, J.C., Peterson, B.L., Dahlstorm, W.G., Siegler, I.C., Anderson, N.B., Williams, R.B. Jr., (1991). Hostility patterns and health implications: correlates of Cook-Medley Scores in National Survey. *Health Psychology*, 10, 18–24.

- Barrett-Connor, E., Wingard, D.L., (1983). Sex differential in ischemic heart disease mortality in diabetes: a prospective population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 118, 489-96.
- Barrett-Connor, E. L., Cohn, B. A., Wingard, D. L., Edelstein, S. L., (1991). Why is diabetes mellitus a stronger risk factor for fatal ischemic heart disease in women than in men? The Rancho Bernardo study. *Journal of the American Medical Association*, 265, 627-31.
- Barrett-Connor, E., & Bush, T.L., (1991). Estrogen and coronary heart disease in women. *Journal of American Medical Association*, 265, 1861-1867.
- Barrett-Connor, E., & Orchard, T.J., (1985). Diabetes and heart disease. In *Diabetes in America*. Bethesda, Md, National Diabetes Data Group, US Department of Health and Human Services, NIH publication No. 85-1468.
- Barrett-Connor, E., (1997). Sex Differences in Coronary Heart Disease. Why Are Women So Superior? The 1995 Ancel Keys Lecture. *Circulation*, 95, 252-264. American Heart Association, Inc.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J., (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker, D., (1996). Enfoques clínicos de los factores de riesgo cardiovascular: Tabaquismo. *Primer de Cardiología Preventiva*, 111-121
- Beevers, G.; Beevers, M., (1992). Hipertensão com doença associada. *Nursing*. Ano 5
- Belar, C. & Dearthoff, W., (1995). *Clinical Health Psychology in Medical settings: A Practitioners's Guidebook*. APA.
- Bellg, A.J., (1998). Clinical Cardiac Psychology. In Paul Camic & Sara Knight. *Clinical Handbook of Health Psychology*, 53-98.
- Bennett, P., & Carroll, D., (1997). Coronary heart disease: impact. In Andrew Baum, Stanton Newman, John Weinman, Robert West, & Chris McManus (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press, 419-421.
- Ben-Sira, Z., & Eliezer, R., (1990). The Structure of Readjustment After Heart Attack. *Social Science and Medicine*, Vol. 30, 5, 523-536.
- Bergner, M., Bobbit, R.A., Carter, W.B., Gilson, B.S., (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Bergner, M., Bobbit, R.A., Kressel, S., Pollard, W.E., Gilson, B.S., Morris, J.R., (1976). The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International Journal of Health Services*, 6, 393-415.
- Berkman, L.; Leo-Summers, L; Horwitz, R.,(1992). Emotional support and survival after myocardial infarction. *Annals Internal Medicine*, 117, 1003-1009.
- Berkman, L.F., (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-54.
- Berkman, Lisa F, & Orth-Gomér, Kristina (1996). Prevention of Morbidity and Mortality: Role of Social Relations. In K. Orth-Gómer & Neil Schneiderman. *Behavior Medicine approaches to cardiovascular disease prevention*, 51-67.
- Billing, E., Bar-On, D., & Rehnqvist, N., (1997). Determinants of lifestyle changes after a first myocardial infarction. *Cardiology*, 88, 29-35.

- Bishop, G.D., (1991). Understanding the understanding of illness: lay disease representations. In J.A. Skeleton & R.T. Croyle (Eds.). *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer Verlag, 32-59.
- Bishop, George D., (1994). Coronary heart disease. In George D. Bishop (Ed.), *Health Psychology: Integrating Mind and Body*, 354-385. Allyn and Bacon.
- Bittner, V., & Oberman, A., (1993). Efficacy studies in coronary rehabilitation. *Cardiology Clinical*, 11, 333-347.
- Blair, S.N., (1993). Evidence for success of exercise in weight loss and control. *Annals of Internal Medicine*, 119, 702-706.
- Blumenthal, J. A., & Emery, C.F., (1988). Rehabilitation of patients following myocardial infarction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 374-381.
- Bond, C.A., Monson, R., (1984). Sustained improvement in drug documentation, compliance, and disease control: a four-year analysis of an ambulatory care model. *Archives of International Medicine*, 144, 1159-1162.
- Bonithon-Kopp, C., Scarabin, P.Y., Darne, B., Malmejak, A., Guize, L., (1990). Menopause-related changes in lipoproteins and some other cardiovascular risk factors. *International Journal of Epidemiology*, 19, 42-48.
- Boogaard, M., (1984). Rehabilitation of the female patient after myocardial infarction. *Nursing Clinics of North America*, 19, 433-439.
- Boogaard, M.A.K., Briody, M.E., (1985). Comparison of the rehabilitation of men and women post-myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 5, 379-84.
- Booth-Kewley, S., & Friedman, H.S., (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 10, (3), 343-362.
- Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A.C., Brunner, E., & Stansfeld, S.A., (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in whitehall ii (prospective cohort) study. *British Medical Journal*, 314, 558.
- Bouchard, C., Shepard, R.J., Stephens, T., Sutton, J.R., & McPherson, B.D. (1990). *Exercise, fitness, and health: A consensus of current knowledge*. Champaign, IL: Human Kinetics
- Brandberg, Y, Bolund, C., Sigurdardottir, V, Sjoden, P. O., & Sullivan, M. (1992). Anxiety and depressive symptoms at different stages of malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, 1, 71-78.
- Brannon, L. & Feist, J. (1992). *Health Psychology*. Pacific grove, CA: Brooks-Cole
- Brezinka, V., & Kittel, F., (1995). Psychosocial factors of coronary heart disease in women: A review. *Social Science and Medicine*, 42, 1351-1365.
- Brooks, W.B., Jordan, J.S., Divine, G.W., Smith, K.S., Neelon, F.A., (1990). The impact of psychologic factors on measurement of functional status. *Medical Care*, 28, 793-814.
- Brouette, B., (1998). Complicações do stress induzidas pela doença cardíaca. In O. Fontaine, H. Kulbertus e A-M. Étienne (Eds). *Stress e Cardiologia*, 87-100. Climepsi Editores.

- Brummett, B.H., Barefoot, J.C., Siegler, I.C., Clapp-Channing, N.E., Lytle, B.L., Bosworth, H.B., Williams, R.B. Jr, Mark, D.B., (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*; 63, 267–272.
- Bueno, Ana M. (1996). Rehabilitación post-infarto de miocardio: Propuesta de un modelo de intervención psicológica. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV), 203-213.
- Buick, D.L., (1997). Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. In Petrie, K.J. and Weinman, J., (Eds). *Perceptions of health and illness: Current research and applications*, pp. 379-409. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Burell, Gunilla (1996). Behavioral Medicine Interventions in Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. In K. Orth-Gomér & Neil Scheiderman. *Behavior Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*, 227-236.
- Buss, A. H. & Durkee, A., (1989). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 343-349.
- Byrne, D. & Byrne, A. (1990). Anxiety and Coronary Heart Disease. In D. G. Byrne and Ray H. Rosenman. *Anxiety and the Heart*, 213-232. Hemisphere Publishing Corporation.
- Byrne, D. (1990). Psychological Aspects of Outcomes and Interventions Following Heart Attack. In D. G. Byrne and Ray H. Rosenman. *Anxiety and the Heart*, 369-396. Hemisphere Publishing Corporation.
- Byrne, D.G. & Byrne, A. E. (1990). Anxiety and coronary heart disease. In D.G. & Rosenman, R. H. *Anxiety and the heart*, 213-229. London: Hemisphere Publishing Corporation.
- Cannistra, L.B., Balady, G.J., O'Malley, C.J., Weiner, D.A., & Ryan, T.J., (1992). Comparison of the clinical profile and outcome of women and men in cardiac rehabilitation. *American Journal of Cardiology*, 69, 1274-1279.
- Cannon, W. B., (1932). *The Wisdom of the body*. Nova Iorque. Norton.
- Caplan, G., (1961). *An Approach to community mental health*. New York: Grune and Stratton.
- Cardoso, G. (1989). Intervenção psicoterapêutica nos doentes coronários. *Psicologia*, VII, 2, 167-171.
- Carney, R. M., Freedland, K. E., & Jaffe, A. S., (1990). Insomnia and depression prior to myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 52, (6), 603-609.
- Carney, R.M., Freedland, K.E., Rich, M.W., & Jaffe, A.S., (1995). Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: A review of possible mechanisms. *Annals of Behavioural Medicine*, 17, 142-149.
- Carney, R.M., Saunders, R.D., Freedland, K.E., Stein, P., Rich, M.W. & Jaffe, A., (1995). Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 76, 562-564.
- Carrageta M., (1994). A protecção cardiovascular da mulher assenta em mitos já ultrapassados. *Jornal do Coração*, 1-4.
- Case, R.B., Moss, A.J., Case, N., McDermot, M., & Eberly, S., (1992). Living alone after myocardial infarction: Impact on prognosis. *Journal of American Medical Association*, 267; 515-519.

- Cassem, N. H., & Hackett, T.P., (1973). Psychological rehabilitation of myocardial infarction patients in the acute phase. *Heart and Lung*, 2, 382-388.
- Castelli, W.P., (1984). Epidemiology of coronary heart disease: the Framingham Study. *American Journal of Medicine*, 76, 4-12.
- Centers of Disease Control and Prevention National Institutes of Health (1999). *Heart Disease and Stroke. Healthy people 2010 – Conference Edition*.
- Champion, L., (1995). A developmental perspective on social support networks. In Brugha T. (Ed.). *Social support and psychiatric disorder*. Cambridge University Press.
- Chandra, N.C., Ziegelstein, R.C., Rogers, W.J., Tiefenbrunn, A.J, Gore, J.M., French, W.J., & Rubison, M., (1998). Observations of the Treatment of Women in the United States With Myocardial Infarction. *Archives of Internal Medicine*, 158, 981-988.
- Chesney, M. (1996). New Behavioral Risk Factors for Coronary Heart Disease: Implications for Intervention. In Kristina Orth-Gomér & Neil Schneiderman. *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*, 169-184. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Chirikos, T., & Nickel, J., (1984). Work disability from coronary heart disease in women. *Women & Health*, 9, 574.
- Cioffi, D., (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretations. *Psychological Bulletin*, 109, 25-41.
- Clark, N.M., Janz, N.K., Dodge, J.A., & Schork, M.A., (1997). Self-management of heart disease by older adults. *Research on Aging*, 19, 362-382.
- Clarke, K. W., Gray, D., Keating, N. A., Hampton, J. R., (1994). Do women with acute myocardial infarction receive the same treatment as men?. *British Medical Journal*, 309, 563-566.
- Clayman, C. B. (1992). O coração. *Biblioteca Médica da Família*. Livraria Civilização.
- Cohen, L., Ardjoen, R., & Sewpersad, K., (1997). Type A behaviour pattern as a risk factor after myocardial infarction: a review. *Psychology and health*, 12, 619-632.
- Cohn, P.F., & Cohn, J.K., (1998). Medical and psychological aspects of hormone replacement therapy in postmenopausal women: points of view from a cardiologist and a psychotherapist. *Clinical Cardiology*, 21, 875-877.
- Colditz, G.A., Stampfer, M.J., Willett, W.C., Rosner, B., Speizer, F.E., Hennekens, C.H., (1986). A prospective study of parental history of myocardial infarction and coronary heart disease in women. *American Journal of Epidemiology*, 123, 48-58.
- Conn, V. S., Taylor, S. G., & Wiman, P., (1991). Anxiety, depression, quality of life, and self-care among survivors of myocardial infarction. *Issues in Mental Health Nursing*, 12, 321-331.
- Conner, M., & Norman, P., (1995). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner and P. Norman. *Predicting Health Behaviour*, 1-22. Open University Press.
- Constantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., Venturini, M. & Morasso, G., (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Supportive Care in Cancer*, 7, 121-127.
- Cook, W. W. & Medley, D. M., (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.

- Cooley, D. A., (1996). Foreward. In Robert Allan, PhD, and Stephen Scheidt, MD. *Heart & Mind: the practice of cardiac psychology*.
- Cooper, A., Lloyd, G., Weinman, J., & Jackson, G., (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 82:234-236
- Cooper, A.J., (1985). Myocardial infarction and advice on sexual activity. *Practitioner*, 229, 575-579.
- Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, (1991). Gender disparities in clinical decision making. *Journal of the American Medical Association*, 266, 559-562.
- Craig, W.Y, Palomaki, G.E., & Haddow, J.E., (1989). Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analyses of published data. *British Medical Journal*, 298, 784-788.
- Croft, P., Hannaford, P.C., (1989). Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' oral contraception study. *British Medical Journal*, 298, 165-168.
- Crowe, J.M., Runions, J., Ebbesen, L.S., Oldrige, N.B., & Streiner, D.L., (1996). Anxiety and depression after acute myocardial infarction. *Heart Lung*, 25, 98-107.
- Croyle, R.T., & Barger, S.D., (1993). Illness cognition. In S. Maes, H. Leventhal, & M. Johnston (Eds.). *International review of health psychology*, Vol. 2, 29-49. Chichester, UK: Wiley.
- Croyle, R.T., (1992). Appraisal of health threats : Cognition, motivation, and social comparison. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 165-182.
- Cruz, J.; Machado, P.; Mota, M., (1996). Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e da actividade física. In José F. Cruz (Ed.). *Manual de Psicologia do Desporto*, 91-116. S.H.O.
- Daly, L.E., Graham, I.M., Hickey, M., Mulcahy, R., (1985). Does stopping smoking delay onset of angina after infarction? *British Medical Journal*, 291, 935-937.
- de Bruin, A.F., de Witte, L.P., Stevens, F., Diederiks, J.P., (1992). Sickness Impact Profile: the state of the art of a generic functional status measure. *Social Science Medicine*, 35, 1003-14.
- DeBusk, R.F., Miller, N.H., Superko, H.R., et al., (1994). A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Annals of International Medicine*, 120, 721-729.
- Delbanco, T.L., (1992). Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *Annals of International Medicine*, 116, 414-418.
- Denollet, J., & Brutsaert, D.L., (1998). Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, 97, 167-173.
- Detre, K.M., & Stone, P.H., (1993). Working group report: Managment of coronary heart disease in women. In N.K. Wenger, L. Speroff, & B. Packard (Eds.). *Cardiovascular health and disease in women*, 99-101. Greenwich, CT: Le Jacq Communications.
- Deyo, R.A., Patrick, D.L., (1989). Barriers to the use of health status measures in clinical investigation, patient care, and policy research. *Medical Care*, 27, 254-68.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., Croghan, T.W., (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment : Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
- Dinnes, J., Kleijnen, J., Liner, M. & Thompson, D.R., (1999). Cardiac rehabilitation. *Quality in Health Care*, 8, 65-71.

- Direcção Geral de Saúde, (1999). Risco de morrer em Portugal. *Divisão de Epidemiologia e Bioestatística*. Lisboa.
- Direcção Geral de Saúde, (2001). Risco de morrer em Portugal. *Divisão de Epidemiologia e Bioestatística*. Lisboa.
- Donovan, J.L., Blake, D.R., (1992). Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social Science Medicine*, 34, 507-13.
- Douglas, P.S., & Ginsburg, G.S., (1996). The evaluation of chest pain in women. *New England Journal of Medicine*, 334, 1311-1315.
- Douglas, P.S., (1986). Gender, cardiology, and optimal medical care. *Circulation*, 74, 917-919.
- Downing, J., & Littman, A., (1991). *Gender differences in response to cardiac rehabilitation*. Paper presented at the Conference on Women, behavior and Cardiovascular Disease. The National heart, Lung and Blood Institute, Bethesda.
- Downing, J., & Littman, A., (1994). Gender differences in response to cardiac rehabilitation. In S.M. Czajkowski, D.R. Hill, & T.B. Clarkson (Eds.). *Women, behavior, and cardiovascular disease* (NIH publication N°. 94-3309, 353-354. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Dracup, K., Moser, D.K., Eisenberg, M., Meischke, H., Alonzo, A.A., & Braslow, A. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science and Medicine*, 40, 379-392.
- Dunbar-Jacob, J., Sereika, S., Burke, L.E., Starz, T., Rohay, J.H., Kwok, C.K., (1995). Can poor adherence be improved? *Annals of Behavioral Medicine*, 17.
- Dunn, N., Thorogood, M., Faragher, B., Caestecker, L., MacDonald, T.M., McCollum, C., Thomas, S., & Mann, R., (1999). Oral contraceptives and myocardial infarction: results of the MICA case-control study. *British Medical Journal*, 318, 1579-1584.
- Eaker, E., Abbott, R. & Kannel, W., (1989). Frequency of uncomplicated angina pectoris in type A compared with type B persons: the Framingham Study. *American Journal of Cardiology*, 63, 1042- 1045.
- Eaker, E.D., (1989). Psychosocial factors in the epidemiology of coronary heart disease in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 167-173.
- Eaker, E.D., Chesebro, J.H., Saka, F.M., Wenger, K.W., Whisnant, J.P., Winston, M., (1993). Cardiovascular Disease in Women. *Circulation*, 88, 1999-2009.
- Ebrahim, S., & Davey Smith, G., (1997). Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *British Medical Journal*, 314, 1666-1674.
- Elliott, D. (1993). Comparison of three instruments for measuring patient anxiety in a coronary care unit. *Intensive Critical Care Nursing*, 9, 195-200.
- Engel, G. (1997). The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136
- Engström, G., Tydén, P., Berglund, G., Hansen, O., Hedblad, B., & Janzon, L., (2000). Incidence of myocardial infarction in women. A cohort study of risk factors and modifiers of effect. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 104-107.
- Étienne, A-M., & Foidart, G., (1996). A abordagem integrada num centro de reabilitação cardíaca. In O. Fontaine, H. Kulbertus e A-M. Étienne (Eds). *Stress e Cardiologia*, 169-184. Climepsi Editores.

- Evenson, K.R., Rosamond, W. D., Luepker, R.V., (1998). Predictors of outpatient cardiac rehabilitation utilization: the Minnesota Heart Survey Registry. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 18, 192-198.
- Everson, S. A.; Kauhanen, J.; Kaplan, G. A., (1997). Hostility and increased risk of mortality and Acute Myocardial Infarction: The mediating role of behavioral risk factors. *American Journal of Epidemiology*, 146, (2), 142-152.
- Ewart, C. & Fitzgerald, S., (1994). Changing behaviour and promoting well-being after heart attack: A social theory approach. *The Irish Journal of Psychology*, Vol.15, 1, 219-241
- Falcão, L.M., (1997). *Clínica e terapêutica da Hipertensão Arterial*. Lidel, Edições Técnicas,Lda.
- Falcão, L.M., Ravara, L., (1997). *Clínica e terapêutica da Hipertensão Arterial*, 11-13. Lidel.
- Falgar, P., & Appels, A., (1982). Psychological risk factors over the life course of myocardial infarction patients. *Advances in Cardiology*, 29, 132-139.
- Felton, B.J., & Revenson, T.A., (1984). Coping With Chronic Illness: A Study of Illness Controllability and the Influence of Coping Strategies on Psychological Adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.12, 3, 343-353.
- Fernandez, F., (1993). Depression and its treatment in cardiac patients. *Texas Heart Institute Journal*, 20, 188-197.
- Fiebach, N. H., (1991). *Biobehavioral and psychosocial factors in the diagnosis and treatment of coronary disease in women*. Paper presented at the Conference on Women, Behavior and Cardiovascular Disease. The National Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda.
- Fiebach, N.H., Viscoli, C.M., Horwitz, R.I., (1990). Differences between women and men in survival after myocardial infarction: biology or methodology? *Journal of American Medical Association*, 263, 1092-1096.
- Fielding, R., (1991). Depression and acute myocardial infarction: a review and reinterpretation. *Social Science Medicine*,32,1017-27.
- Figueiras, M.J., (1999). *Illness representations and recovery from myocardial infarction in Portugal*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Londres.
- Findlay, I. N.; Cunningham, D., & Dargie, H., (1994). The rights of women. *British Heart Journal*, 7, 401-3.
- Fisher, J. (1996). Is there a Need for Cardiac Psychology? The View of a Practicing Cardiologist. In Robert Allan, PhD, and Stephen Scheidt, MD. *Heart & Mind: the practice of cardiac psychology*, 125-146.
- Fishman, Tana, (1995). The 90-Second Intervention: A Patient Compliance Mediated Technique to Improve and Control Hypertension. *Public Health Report*, Vol. 110, N.º 2.
- Flapan, A.D., (1994). Fortnightly Review: Management of patients after their first myocardial infarction. *British Medical Journal*, 309, 1129-1134.
- Fletcher, G., Balady, G., Blair, S., Blumenthal, J., Caspersen, C., Chaitman, B., Epstein, S., Froelicher, E., Froelicher, V., Pina, I., Pollock, M., (1996). Statement on Exercise: Benefits and Recommendations for Physical Activity Programs for All Americans: A Statement for Health Professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation*, 94:857-862.

- Fleury, J., Kimbrell, C., & Kruszewski, M., (1995). Life after a cardiac event: Women's experience in healing. *Heart & Lung*, 24, 474-482.
- Folkman, S.; Lazarus, R.S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Main, C.J., & Griffiths, C.M., (2000). Pathological Worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *British Journal of Health Psychology*, 5, 71-82.
- Foulkes, J., Johnston, M., & Robertson, C., (1993). Knowledge and distress: implications for cardiac recovery. In Wilson-Barnett, J., Macleod, Clark J., (Eds.). *Research in Health Promotion and Nursing*, 197-203. London, Macmillan.
- Fowles, R., (1996). Enfarte do miocárdio nos anos 90: a importância da terapêutica trombolítica precoce. *Postgraduate Medicine*, 5, (4), 52-59.
- Frank, E., & Taylor, C.B., (1993). Psychosocial influences on diagnosis and treatment plan in women with coronary heart disease. In N.K. Wenger, L. Speroff, & B. Packard (Eds.). *Cardiovascular health and disease in women*, 231-237. Greenwich, CT: Le Jacq Communications.
- Frasure-Smith, N., & Prince, R., (1985). The ischemic heart disease life stress monitoring program. *Psychosomatic Medicine*, 47, 431-445.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., Bourassa, M.G., (2000). Social Support, Depression, and Mortality During the First Year After Myocardial Infarction. *Circulation*, 101, 1919.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., et al., (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101, 1919-24.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Juneau, M., Talajic, M., Bourassa, M.G., (1999). Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 61, 26-37.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M., (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91, 999-1005.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M., (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychology*, 14, 388-398.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M., (1995b). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychology*, 14, 388-398.
- Friedlander, Y., (1994). Familial clustering of coronary heart disease: a review of its significance and role as a risk factor for the disease. In: Goldbourt, U., de Faire, U., Berg, K., (Eds.). *Genetic Factors in Coronary Heart Disease*. London, UK: Kluwer Academic Publishers.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H., (1974). *Type A behavior and your heart*. New York. Knopf.
- Friedman, M., Thoresen, C:D:,Gill, J:J:, Ulmer, D., Powell, L.H., Price, V.A., Brown, B., Thompson, L., Arbin, D.D., Breall, W.S., Bourg, E., Levy, E., & Dixon, T., (1986). Alteration of Type A behaviour and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: summary results of the recurrent coronary prevention project. *American Heart Journal*, 112, 653-665.

- Froelicher, E.S., Kee, L.L., Newton, K.M., Lindskog, B., Livingston, M., (1994). Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart Lung*, 23, 423–435
- Froese, A., Vasquez, E., Cassem, N. H., & Hackett, T. P., (1974). Validation of anxiety, depression and denial scales in a coronary care unit. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 137-141.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia (1997) - Muitas ideias erradas sobre o nosso coração; *Jornal do Coração*, nº1, ano IX
- Galanis, D.J., Harris, T., Sharp, D.S., et al., (1998). Relative weight, weight change, and risk of coronary heart disease in the Honolulu Heart Program. *American Journal of Epidemiology*, 147(4), 379-86.
- Gandhi, S. & Santiesteban, H., (1997). Hipertensão resistente. *Postgraduate Medicine*, 7, 41-48.
- Garcia, M.J., McNamara, P.M., Gordon, T., & Kannel, W., (1974). Morbidity and mortality in diabetics in the Framingham population. Sixteen year follow-up study. *Diabetes*, 23, 105-111.
- Gatchel, R. (1993). Psychophysiological disorders: Past and present perspectives. In R. Gatchel & E. Blanchard (Eds.), *Psychophysiological disorders*, 1-22. Washington D.C. American Psychological Association.
- Gatchel, R.J., Baum, A., & Krantz, D.S., (1989). *An introduction to health psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- Gatz, M., Harris, J. R., & Turk-charles, S., (1995). The meaning of health for older women. In Annette Stanton & Sheryle Gallant (Eds). *The Psychology of Women's Health: Progress and challenges in research and application*, 491-529. American Psychological Association. Washington, DC.
- Geiss, L.S.; Herman, W.H.; & Smith, P.J., (1995). Mortality in non-insulin-dependent diabetes. In: *Diabetes in America*. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, 249-250.
- Gilbert, D. G., Spielberger, C. D. (1987). Effects of smoking on heart rate, anxiety and feelings os success during social interaction. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 629-638.
- Gillum, R.F., (1994). Trends in acute myocardial infarction and coronary heart disease death in the United States. *Journal of American College of Cardiology*, 23, 1273-1277.
- Glassman, A.H., Helzer, J.E., Covey, L.S., Cottler, L.B., Stetner, F., Tipp, J.E., Johnson, J., (1990) Smoking, smoking cessation and major depression. *Journal of Americam Medical Association*, 264, 1546–1549.
- Glenwick, D., & Jason, L., (1993). Behavioral Approaches to Prevention in the Community: A Historical and Theoretical Overview. In David S. Glenwick & Leonard A. Jason, Editors. *Promoting Health and Mental Health in Children, Youth, and families*, 3-13.
- Goldberg, D., & Huxley, P., (1996). *Perturbações mentais comuns: um modelo bio-social*. Lisboa: Climepsi.
- Gonçalves, Óscar F., Machado, P. & Rosas, M. (1996). A elaboração narrativa dos aspectos psicotraumáticos do enfarte do miocárdio: Um manual terapêutico. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, volume 1, nº2, 381-392. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Gorin, S., (1998). Models of health promotion. In Sherri S. Gorin and Joan Arnold (Eds.). *Health Promotion Handbook*, 14-38. Mosby
- Gottlieb, S., Harpaz, D., Shotan, A., Boyko, V., Leor, J., Cohen, M., Mandelzweig, L., Mazouz, B., Stern, S., & Behar, S., (2000). Sex differences in management and outcome after acute myocardial infarction in the 1990s: A prospective observational community-based study. *Circulation*, 102, 2484- 2490.

- Gottlieb, S., Harpaz, D., Shotan, A., Boyko, V., Leor, J., Cohen, M., Mandelzweig, L., Mazouz, B., Stern, S., Behar, S., (2000). Sex Differences in Management and Outcome After Acute Myocardial Infarction in the 1990s: A Prospective Observational Community-Based Study. *Circulation*, 102, 2484.
- Gotto, A.M. Jr., Bierman, E.L., Connor, W.E., Ford, C.H., Frantz, I.D. Jr., Glueck, C.J., Grundy, S.M., Little, J.A., (1984). Recommendations for treatment of hyperlipidemia in adults: a joint statement of the Nutrition Committee and the Council on Arteriosclerosis. *Circulation*, 69, 1065A-1090A.
- Grady, D., Rubin, S.M., Petith, D.B., Fox, C.S., Black, D., Ettinger, B., Ernster, V.L., Cummings, S.R., (1992). Hormone therapy to prevent disease and prolong life in pos-menopausal women. *Annals International of Medicine*, 117, 1016-37.
- Greenland, P., Reicher-Reiss, H., Goldbourt, U., Behar, S., (1991). In-hospital and 1-year mortality in 1,524 women after myocardial infarction: comparison with 4,315 men. *Circulation*, 83, 484-491.
- Gritz, E.R., (1994). Biobehavioral factors in smoking and smoking cessation in women. In S.M. Czajkowski, D.R. Hill, & T.B. Clarkson (Eds.). *Women, behavior, and cardiovascular disease* (NIH publication N°. 94-3309, pp. 53-67). Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Grodstein, F., Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Willett, W.C., Manson, J.E., Joffe, M., Rosner, B., Fuchs, C., Hankinson, S.E., Hunter, D.J., Hennekens, C.H., & Speizer, F.E., (1997). Postmenopausal hormone therapy and mortality. *New England Journal of Medicine*, 336, 1769-1775
- Grundy, S.M., Benjamin, I.J., Burke, G.L., Chait, A., Eckel, R.H., Howard, B.V., Mitch, W., Smith, S.C., & Sowers, J.R., (1999). Diabetes and cardiovascular disease: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation*, 100, 1134-1146
- Guetta, V., Cannon, R.O. III., (1996). Cardiovascular effects of estrogen and lipid-lowering therapies in postmenopausal women. *Circulation*, 93, 1928-1937.
- Gurwitz, J.H., Col, N.F., & Avorn, J., (1992). The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 268, 1417-1422.
- Haan, M., Kaplan, G., Syme, L., (1989). Socioeconomic status and health: old observations and new thoughts. In Bunker, J., Gomby, D., Kehrer, B. (Eds.). *Pathways to health*. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation; pp.. 76-135.
- Haines, A.P., Imeson, J.D., Meade, T.W., (1987). Phobic anxiety and ischemic heart disease. *British Medical Journal*, 295, 297-299.
- Hall, E.M., (1994). Multiple roles and caregiving stress in women. In S.M. Czajkowski, D.R. Hill, & T.B. Clarkson (Eds.). *Women, behavior, and cardiovascular disease* (NIH publication N°. 94-3309, 167-178). Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Halm, M., Penque, S., Doll, N., & Beahrs, M., (1999). Women and cardiac rehabilitation: Referral and compliance patterns. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 13, 83-92.
- Hambrecht, R., Niebauer, J., Marburger, C., Grunze, M., Kalberer, B., Hauer, K., Schlierf, G., Kubler, W., & Schuler, G., (1993). Various intensities of leisure time physical activity in patients with coronary artery disease: effects on cardiorespiratory fitness and progression of coronary atherosclerotic lesions. *Journal of American College of Cardiology*, 22, 468-77.

- Hamilton, G., & Seidman, R., (1993). A comparison of the recovery period for women and men after acute myocardial infarction. *Heart & Lung: Journal of Critical Care*, 22, 308-315.
- Hamilton, G.A., (1990). Recovery from acute myocardial infarction in women. *Cardiology*, 77 (supl.2), 58-70
- Hamsten, A., Faire, U., (1987). Risk factors for coronary artery disease in families of young men with myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 59, 14-19.
- Hanratty, B.; Lawlor, D. A.; Robinson, M. B.; Sapsford, R. J.; Greenwood, D. , & Hall, A., (2000). Sex differences in risk factors, treatment and mortality after acute myocardial infarction: an observational study. *Journal of Epidemiology of Community Health*, 54, 912-916.
- Hardy, J. & Smith, T., (1988). Cynical hostility and vulnerability to disease: social support, life stress, and physiological response to conflict. *Health Psychology*, 7, 447-459.
- Haskell, W., (1996). La vida sedentaria como factor de riesgo de cardiopatía coronaria. *Primer de Cardiología Preventiva*, 131-141
- Haskell, W.L., Alderman, E.L., Fair, J.M., Maron, D.J., Mackey, S.F., Superko, H.R., Williams, P.T., Johnstone, I.M., Champagne, M.E., Krauss, R.M., et al., (1994). Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease: The Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). *Circulation*, 89, 975- 990.
- Havik, O.E., & Maeland, J.G., (1990). Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 271-285.
- Hawthorne, M. H., (1994). Gender differences in recovery after coronary artery surgery. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26, 75-80.
- Haynal, A.; Pasini, W.; Archinard, M., (1998). *Medicina psicossomática: Perspectivas psicossociais*, 95-104. Climepsi Editores.
- Haynes, R.B., (1979). Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In R.B. Haynes, D.W. Taylor, & D.L. Sackett (Eds.). *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hays, J.T. ; Hurt, R.D. ; & Dale, L.C., (1996). Smoking cessation. In J.E. Manson, P.M. Ridker, J.M. Gaziano, C.H. Hennekens, (Eds). *Prevention of Myocardial Infarction*. New York, NY. Oxford University Press, 99-129.
- Heckbert, S.R., Weiss, N.S., Koepsell, T.D., Lemaitre, R.N., Smith, N.L., Siscovick, D.S., Lin, D., & Psaty, B.M., (1997). Duration of estrogen replacement therapy in relation to the risk of incident myocardial infarction in postmenopausal women. *Archives of Internal Medicine*, 157, 1330–1336.
- Heller, R.F., Knapp, J.C., Valenti, L.A., Dobson, A.J., (1993). Secondary prevention after acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 72, 759-62.
- Helmets, K.F., Krantz, D.S., Howel, R.H., Klein, J., Bairey, C.N., Rozanski, A., (1993) Hostility and myocardia ischemia in coronary artery disease patients: evaluation by gender and ischemic index. *Psychosomatic Medicine*, 55, 29-36.

- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 17-41.
- Herrmann, C., & Buss, U. (1994). Vorstellung and Validierung einer deutschen Version der "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HAD-Skala) [Description and validation of a German version of the Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale]. *Diagnostics*, 40, 143-154.
- Higgins, M., & Thom, T., (1993). Cardiovascular disease in women as a public health problem. In N.K. Wenger, L. Speroff, & B. Packard (Eds.). *Cardiovascular health and disease in women*, 15-19. Greenwich, CT: Le Jacq Communications.
- Hlatky, M.A., Pryor, D.B., Harrell, F.E. Jr, Califf, R.M., Mark, D.B., Rosati, R.A., (1984). Factors affecting sensitivity and specificity of exercise electrocardiography: multivariable analysis. *American Journal of Medicine*; 77: 64-71.
- Hochman, J.S., Tamis, J.E., Thompson, T.D., Weaver, W.D., White, H.D., Van de Werf, F., Aylward, P., Topol, E.J., Califf, R.M., (1999). Sex, Clinical Presentation, and Outcome in Patients with Acute Coronary Syndromes. *The New England Journal of Medicine*, 341, 226-232.
- Hochschild, A., (1989). *The second shift*. New York: Viking
- Hoffman, E., & Massion, C., (2000). Women's health as a medical speciality and a clinical science. In L. Sherr and J. S. St Lawrence (Eds.). *Women, health and the mind*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Holahan, C., Holahan, C., Moos, R., & Brennan, P., (1997). Psychosocial adjustment in patients reporting cardiac illness. *Psychology and Health*, 12, 345-359.
- Holmes, T., Rahe, R., (1962). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218
- House J. S., Landis, K.R., Umberson, D., (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.
- House, J. S., (2001). Social Isolation Kills, But How and Why? *Psychosomatic Medicine*, 63, 273-274.
- Houston-Miller, N., Taylor, C.B., (1995). *Lifestyle Management for Patients With Coronary Heart Disease*. Champaign, Ill: Human Kinetics.
- Howard, B.V., Rodriguez, B.LBennett, P.H., Harris, M.I., Hamman, R., Kuller, L.H., Pearson, T.A., & Wylie-Rosett, J., (2002). Prevention Conference VI: Diabetes and Cardiovascular Disease. *Circulation*, 105-132.
- Hulley, S., Grady, D., Bush, T., Furberg, C., Herrington, D., Riggs, B., & Vittinghoff, E., (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *Journal of American Medical Association*, 280, 605–613.
- Ingham, R., & Bennett, P., (1990). Health psychology in community settings: Models and methods. In P. Bennett; J. Weinman & P. Spurgeon (Eds). *Current Developments in Health Psychology*, 35-62. Harwood Academic Publishers.
- Instituto Nacional de Estatística -"Estatísticas da Saúde", 1987-96;
- Instituto Nacional de Estatística, (1999). População e condições sociais: Principais indicadores demográficos.
- Instituto Nacional de Estatística, (1999). População e condições sociais: Principais causas de morte (grupos da lista básica da CID-9).
- Instituto Nacional de Estatística, (2000). Estimativas da população residente.
- Instituto Nacional de Estatística, (2002). Estatísticas de saúde de 2000.

- ISIS-1 (First International Study of Infarct Survival) Collaborative Group, (1986). Randomized trial of intravenous atenolol among 16,027 cases of suspected acute myocardial infarction. *Lancet*, 2, 57-66.
- ISIS-4 (Fourth International Study of Infarct Survival) Collaborative Group, 1995). A randomized factorial trial assessing early oral captopril, oral mononitrate, and intravenous magnesium sulphate in 58,050 patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet*, 345, 669-685.
- Jackson, G., (1994). Coronary artery disease and women. *British Medical Journal*, 309, 555-557.
- Jackson, R., Chambless, L., Higgins, M., Kuulasmaa, K., Wijnberg, L., Williams, D. (1997). Sex difference in ischaemic heart disease mortality and risk factors in 46 communities: an ecologic analysis. *Cardiovascular Risk Factors*, 7, 43-54.
- Jacobs, S. C., & Sherwood, J. B., (1996). The cardiac psychology of women and coronary heart disease. In Robert Allan, PhD, and Stephen Scheidt, MD. *Heart & Mind: the practice of cardiac psychology*, 197-218.
- Janne, P., Reynaert, C., & Cassiers, L., 1990). Déni et maladie coronarienne. *Annals of Medical Psychology*, 148, 165-170
- Jeffery, R.W., (1994). Biobehavioral influences on diet, obesity, and weight control strategies in women. In S.M. Czajkowski, D.R. Hill, & T.B. Clarkson (Eds.). *Women, behavior, and cardiovascular disease* (NIH publication N°. 94-3309, 89-96. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Jenkins, C., Rosenman, R., & Zyzansky, S. (1965b). *The Jenkins Activity Survey for health prediction*. Chaptel Hill, NC. Author.
- Jenkins, C., Zyzanski, S. & Rosenman, R., (1979). *Manual for the Jenkins Activity Survey*. The Psychological Corporation. New York.
- Jenkins, C.D., (1988). Epidemiology of cardiovascular diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 324-332.
- Jensen, T., Borch-Johnsen, K., kofoed-Enevoldsen, A., & Deckert, T., (1987). Coronary heart disease in young type I (insulin-dependent) diabetic patients with and without diabetic nephropathy: incidence and risk factors. *Diabetologia*, 30, 144-148.
- Johansson, G., Johnson, J.V., & Hall, E.M., (1991). Smoking and sedentary behavior as related to work organization. *Social Science Medicine*, 32, 837-846.
- Johnson, J. L., & Morse, J. M., (1990). Regaining control: The process of adjustment after myocardial infarction. *Heart & Lung: Journal of Critical Care*, 19, 126-135.
- Johnson, J.V., Stewart, W., Hall, E.M., Fredlund, P., Theorell, T., (1996). Long term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *American Journal of Public Health*, 86, 324-331.
- Johnston, D., (1997). Coronary heart disease: treatment. In Andrew Baum, Stanton Newman, John Weinman, Robert West, & Chris McManus (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press, 421-423.
- Johnston, D., (1999a). Lifestyle changes after a myocardial infarction. *Heart*, 82, 543-544.

- Johnston, Derek W., (1992). The Management of Stress in the Prevention of Coronary Heart Disease. *International Review Of Health Psychology*. John Wiley & Sons Ltd.
- Johnston, M., Foulkes, J., Johnston, D.W., Pollard, B., & Gudmundsdottir, H., (1999). Impact of patient and partners of inpatient and extended cardiac counselling and rehabilitation: a controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 61, 225-233.
- Kamarck, T., & Jennings, J. R., (1991). Biobehavioral factors in sudden cardiac death. *Psychological Bulletin*, 109, 42-75.
- Kane, J.P., Malloy, M.J., Ports, T.A., Phillips, N.R., Diehl, J.C., Havel, R.J., (1990). Regression of coronary atherosclerosis during treatment of familial hypercholesterolemia with combined drug regimens. *Journal of American Medical Association*, 264, 3007-3012.
- Kannel, W. B., Sorlie, P., McNamara, P. M., (1979). Prognosis after initial myocardial infarction: the Framingham Study. *American Journal of Cardiology*, 44, 53-59.
- Kannel, W.B., & Wilson, P.W., (1995). Risk factors that attenuate the female coronary disease advantage. *Archives of International Medicine*, 155, 57-61.
- Kannel, W.B., Feinleib, M., (1972). Natural history of angina pectoris in the Framingham Study: prognosis and survival. *American Journal of Cardiology*, 29, 154-63.
- Kannel, W.B., Sorlie, P., (1975). Hypertension in Framingham. In: Paul O., (Ed.). *Epidemiology and control of hypertension*. New York: Stratton, 553-592.
- Karasek, R.A., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., Theorell, T., (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71, 694-705.
- Karlsom, B., Herlitz, J., Hartford, M., (1994). Prognosis in myocardial infarction in relation to gender. *American Heart Journal*, 128, 477-483.
- Kasl, S.V., & Cobb, S. (1996). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Arch. Enc. Hlth*, 12, 246-266
- Kawachi, I., Colditz, G.A., Ascherio, A., Rimm, E.B., Giovannucci, E., Stampfer, M.J., Willert, W.C., (1994). Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation*, 89, 1992-1997.
- Kelsey, S.F., James, M., Holubkov, A.L., Holubkov, R., Cowley, M.J., & Detre, K.M., (1993). Results of percutaneous transluminal coronary angioplasty in women: 1985-1986 National Heart, Lung, and Blood Institute's Coronary Angioplasty Registry. *Circulation*, 87, 720-729.
- Kendall, P.C., Williams, L., Pechacek, T.F., Graham, L.E., Shisslak, C., & Herzoff, N., (1979). Cognitive-behavioral and patient education interventions in cardiac catheterization procedures: The Palo Alto medical Psychology project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 49-58.
- Killip, T., Kimball, J., (1967). Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: a two year experience with 250 patients. *American Journal of Cardiology*, 20, 457-465.
- Kim, C., Kwok, Y.S., Saha, S., Redberg, R.F., (1999). Diagnosis of suspected coronary artery disease in women: a cost-effectiveness analysis. *American Heart Journal*, 137, 1019-1027.

- King, A.C., (1994). Biobehavioral variables, exercise, and cardiovascular disease in women. In S.M. Czajkowski, D.R. Hill, & T.B. Clarkson (Eds.). *Women, behavior, and cardiovascular disease* (NIH publication N°. 94-3309, pp. 69-88). Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J. & Kirjonen, J., (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325:857.
- Knox, S. S., Czajkowski, S., (1997). The influence of behavioral and psychosocial factors on cardiovascular health in women. In S. J. Gallant, G. P. Keita, and R. Royak-Schaler (Eds.). *Health care for women: psychological, social, and behavioral influences*, 257-272.
- Kok, G.; Hospers, H.; Boer, D.; Vries, H., (1996). Health education at the individual level. In Kristina Orth-Gomér & Neil Schneiderman. *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*, 149-160. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Kop, W.J., Appels, A., Mendes de Leon, C.F., De Swart, H.B., Bar, F.W., (1994). Vital exhaustion predicts new cardiac events after successful coronary angioplasty. *Psychosomatic Medicine*, 56, 281–287.
- Kop, Willem J., Krantz, David S., (1997). Type A behaviour, hostility and coronary artery disease. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, C. McManus (Eds.). *Cambridge handbook of Psychology, health and medicine*, 183-186. Cambridge University Press.
- Kostis, J.B., Wilson, A.C., O'Dowd, K., Gregory, P., Chelton, S., Cosgrove, N.M., Chirala A., & Cui, T., (1994). Sex differences in the management and long-term outcome of acute myocardial infarction. A statewide study. MIDAS Study Group. Myocardial Infarction Data Acquisition System. *Circulation*, 90, 1715-1730.
- Krantz, D. S., Contrada, R. J., Hill, D. R., & Friedler, E., (1988). Environmental stress and biobehavioral antecedents of coronary heart disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 333-341.
- Krantz, D.S., & Lundgren, N.R., (1998). Cardiovascular disorders. In Johnston, D.W., Johnston, M. (Eds.). *Health Psychology*; Volume 8 of Comprehensive Clinical Psychology. Pergamon Oxford UK, 217-236.
- Kubzansky, L.D., Kawachi, L., Spiro, A., Witz, S. T., Vokonas, P. S. & Sparrow, D. (1997). Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Circulation*, 95, 818-824.
- Kuhn, F.E., Rackley, C.E., (1993). Coronary artery disease in women: risk factors, evaluation, treatment, and prevention. *Archives of International Medicine*, 153, 2626–2636.
- Kulik, J.A., & Malher, H.I., (1989). Social support and recovery from surgery. *Health psychology*, 8, 221-238.
- Ladwig, K.H., Roll, G., Brethardt, G., Budde, T., & Borggrefe, M., (1994). Post-infarction depression and incomplete recovery 6 months after acute myocardial infarction. *The Lancete*, 343, 20-23.
- Laskey, W-K., (1992). Gender differences in the management of coronary artery disease: bias on good clinical judgement. *Annals International of Medicine*, 116, 869-877.
- Lauzon, C., Beck, C.A., Huynh, T., Dion, D., Racine, N., Carignan, S., Diodati, J.G., Charbonneau, F., Dupuis, R., & Pilote, L., (2003). Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction. *Canadian Medical Association*, 168(5).

- Lavie, C.J., Milani, R.V., (1995). Effects of cardiac rehabilitation and exercise training on exercise capacity, coronary risk factors, behavioral characteristics, and quality of life in women. *American Journal of Cardiology*, 7, 340-343.
- Lawler, K.A., Wilcox, Z.C., & Anderson, S.F., (1995). Gender differences in patterns of dynamic cardiovascular regulation. *Psychosomatic Medicine*, 57, 357-365.
- Lazarus, R., & Folkman, S., (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leedman, B., Meyerowitz, B., Muirhead, J., & Frist, W., (1995). Positive expectations predict health after heart transplantation. *Health Psychology*, 14, 74-79.
- Legato, M., Padus, E., & Slaughter, E., (1997). Women's perceptions of their general health, with special reference to their risk of coronary artery disease: Results of national telephone survey. *Journal of Women's Health*, 6, 189-198.
- Legato, M.J., Padus, E., & Slaughter, E., (1997). Women's perceptions of their general health, with special reference to their risk of coronary artery disease: results of a national telephone survey. *Journal of Womens Health*, 6, 189-198.
- Leiker, M. & Hailey, B. A., (1988). A link between hostility and disease: poor health habits?. *Behavioral Medicine*, 14, 129-133.
- Leon, A.S., Connett, J., Jacobs, D.R., Rauramaa, R., (1987). Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death: the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Journal of American Medicine Association*, 258, 2388-2395.
- Lerner, D. J., Kannel, W. B., (1986). Patterns of coronary disease morbidity and mortality: a 26 year follow-up of the Framingham population. *American Heart Journal*, III, 383-390.
- Lerner, D.J., Kannel, W.B., (1986). Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. *American Heart Journal*, 111, 383-90.
- Lespérance, F., Frasure-Smith, N., Talajic, M., (1996). Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosomatic Medicine*, 58, 99-110.
- Lesperance, F.; Frasure-Smith, N.; Talajic, M., (1996). Major depression before and after myocardial infarction. Its nature and consequences. *Psychosomatic Medicine*, 58, 99-110.
- Leventhal, E., & Crouch, M., (1997). Are there differences in perceptions of illness across the lifespan? In K. Petrie & J. Weinman (Eds.). *Perceptions of health and illness*, 77-102. Harwood Academic.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C., (1997). Illness representations: Theoretical Foundations. In: Petrie, K.J., & Weinman, J.(Eds.). *Perceptions of health and illness: Current research and applications*, 19-45. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Leventhal, A., & Cameron, L., (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T.A. Revenson & J.E. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology*, 19-48; Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D., (1980). The common-sense representations of illness danger. In Rachman, S., (Ed.). *Medical Psychology*, 2, 7-30. New York: Guilford Press.

- Leventhal, H., Nerenz, D.R., & Steele, D.J., (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.). *Handbook of psychology and health*, Vol. 4, 219-252. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A., & Schaefer, P., (1991). Vigilant coping and health behavior: A life span problem. In M Ory & R. Abeles (Eds.). *Aging, health, and behavior*, 109-140. Baltimore: Johns Hopkins.
- Lewis, G., (1991). Observer bias in the assessment of anxiety and depression. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 26(6), 265-272.
- Lincoff, A. M.; Califf, R. M.; Ellis, S.G.; Sigmon, K.N.; Lee, K.L.; & Leimberger, J.D., (1993). For the Thrombolysis and Angioplasty in Myocardial Infarction Study Group. Thrombolytic therapy for women with myocardial infarction: is there a gender gap? *Journal of American College of Cardiology*, 22, 1780-7.
- Linden, W., Stossel, C., & Maurice, J., (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease. *Archives of International Medicine*, 156, 745-752.
- Lipp, M.; Bignotto, M. & Alcino, A., (1997). Efeitos do treino de controle do stress social na reactividade cardiovascular de hipertensos. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, volume 2, nº1, 137-146. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Loose, M., & Fernhal, B., (1995). Differences in quality of life among male and female cardiac rehabilitation participants. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 15(3), 85-93.
- Lynch, J., Krause, N., Kaplan, G.A., Salonen, R., Salonen, J.T., (1997). Work place demands, economic reward, and progression of carotid atherosclerosis. *Circulation*, 96, pp. 302-307.
- MacKenzie, G., (1993). Role patterns and emotional responses of women with ischemic heart disease 4 to 6 weeks after discharge from hospital. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 9-15.
- Manson, J.E.; Spelsberg, A., (1996). Risk modification in the diabetic patient. In J.E. Manson, P.M. Ridker, J.M. Gaziano, C.H. Hennekens, (Eds). *Prevention of Myocardial Infarction*. New York, NY. Oxford University Press, 241-273.
- Manuck, S.B., (1994). Cardiovascular reactivity in cardiovascular disease: Once more unto the breach. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1, 4-31.
- Marenberg, M.E., Risch, N., Berkman, L.F., Floderus, B., & Faire, U., (1994). Genetic Susceptibility to Death from Coronary Heart Disease in a Study of Twins. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 330, Nº 15, 1041-1046.
- Mark, D.B., Lam, L.C., Lee, K.L., Clapp-Channing, N.E., Williams, R.B., Pryor, D.B., Califf, R.M., Hlatky, M.A., (1992). Identification of patients with coronary artery disease at high risk for loss of employment: a prospective validation study. *Circulation*, 86, 1485-1494.
- Marmot, M., & Feeney, A., (1996). Socioeconomic factors in CHD prevention. In K. Orth-Gomér & Neil Scheidman. *Behavior Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*, 21-41.
- Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M.J., (1981). Alcohol and mortality: a U shaped curve. *Lancet*, I, 580-583.

- Marrugat, J., Gil, M., Masiá, R., Sala, J., Elosua, R., Antó, J.M., & the REGICOR Investigators, (2001). Role of age and sex in short-term and long term mortality after a first Q wave myocardial infarction. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 487-493.
- Marrugat, j., Sala, J., Masiá, R., Pavesi, M., Sanz, G., Valle, V., Molina, L., Serés, L., & Elosua, R., (1998). Mortality Differences Between Men and Women Following First Myocardial Infarction *The Journal of the American Medical Association*, 280,1405-1409.
- Martin, C.R., & Thompson, D.R., (2000). A psychometric evaluation of the hospital anxiety and depression scale in coronary care patients following myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 193-202.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817
- Mathews, K. A., & Haynes, S. G., (1986). Type A behavior pattern and coronary disease risk: Update and critical evaluation. *American Journal of Epidemiology*, 123, 484-497.
- Mathews, K. A., Woodall, K. L., Engelgretson, T. O., McCann, B. S., Stoney, C. M., Manuck, S. B., & Saab, P. G., (1992). Influence of age, sex, and family on Type a and hostile attitudes and behaviors. *Health Psychology*, 11, 317-323.
- Matthews, K.A., Siegel, J.M., Kuller, L.H., Thompson, M., & Varat, M., (1983). Determinants of decision to seek medical treatment by patients with acute myocardial infarction symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1144-1156.
- Matthews, K.A., Meilahn, E., Kuller, L.H., Kelsey, S.F., Caggiula, A.W., Wing, R.R., (1989). Menopause and risk factors for coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 321, 641-646.
- Matthews, L., (1998). Eating well. In Sherri S. Gorin and Joan Arnold (Eds.). *Health Promotion Handbook*, 160-184. Mosby
- Maynard, C., Althouse, R., Cerqueira, M., Olsufka, M., Kennedy, J.W., (1991). Underutilization of thrombolytic therapy in eligible women with acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 68, 529-530.
- Maynard, C., Every, N.R., Martin, J.S., Kudenchuk, P.J., & Weaver, W.D., (1997). Association of gender and survival in patients with acute myocardial infarction. *Archives of International Medicine*, 157, 1379-1384.
- Mayou, R., Gill, D., Thompson, D., Day, A., Hicks, N., Volmink, J., & Neil, A., (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 62, 212-219.
- McGuiness, J. B.; Begg, T. B., & Semple, T., (1976). First Electrocardiogram in Recent Myocardial Infarction. *Brithish Medical Journal*, 2, 449-456.
- McIntyre, Soares & Silva, (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, Vol.8, Nº2, 219-232
- McIntyre, T., (1993). *A entrevista de avaliação clínica: Um guia prático*. Departamento de Psicologia. Universidade do Minho.
- McIntyre, T. M. & Silva, J. F. (1994). Hipertensão Arterial: A Psicologia da Saúde e Modelos Complementares de Intervenção. In T. M. McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*, 109-138. Associação dos Psicólogos Portugueses.

- McIntyre, T. M. (1994). Psicologia da Saúde: Unidade na diversidade. In T. M. McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*, 17-32. Associação dos Psicólogos Portugueses.
- McIntyre, T. M. (1995). Abordagens psicológicas do sofrimento do doente. In T. M. McIntyre & C. Vila-Chã (Eds.). *O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares*, 17-31. Associação dos Psicólogos Portugueses.
- McIntyre, T. M. (1997). A Psicologia da saúde em Portugal na viragem do século. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, volume 2, nº2, 161-177. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- McKinlay, J. B., McKinlay, S. M., & Crawford, S. L., (1991). *Does variability in physician behavior explain any of the gender difference in cardiovascular disease*. Paper presented at the Conference on Women, Behavior and Cardiovascular Disease. The National Heart, Lung and Blood Institute, Bethesda.
- McReynolds, P., (1990). The concept of anxiety background and current issues. In D. G. Byrne and Ray H. Rosenman. *Anxiety and the Heart*, 3-28. Hemisphere Publishing Corporation.
- Mendelsohn, M.E., Karas, R.H., (1999). The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. *New England Journal of Medicine*, 340, 1801-1811.
- Mendes, M., (2001). Inquérito aos programas de reabilitação cardíaca em Portugal. Situação em 1999. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 20, (1), 7-19.
- Millane, T., Jackson, G., Gibbs, C., & Lip, G., (2000). ABC of heart failure: Acute and chronic management strategies. *British Medical Journal*, 320:559-562.
- Miller, N.H., Haskell, W.L., Berra, K., & Debusk, R.F., (1984). Home vs. Group exercise training for increasing functional capacity after myocardial infarction. *Circulation*, 70, 645-649.
- Miller, N.H., Hill, M., Kottke, T., Ockene, I.S., (1997). The Multilevel Compliance Challenge: Recommendations for a Call to Action: A Statement for Healthcare Professionals. *Circulation*, 95, 1085-1090.
- Miller, N.H., Taylor, C.B., Davidson, D.M., Hill, M.N., & Krantz, D.S., (1990). The efficacy of risk factor intervention and psychosocial aspects of cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 10, 198-209.
- Miller, P.J., & Wikoff, R., (1989). Spouses psychological problems, resources, and marital functioning postmyocardial infarction. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 2, 71-76
- Mirka, Theresa (1994). *Nurse – Education Today*, 8, N.º6, 448-456.
- Moore, S., & Kramer, F., (1996). Women's and men's preferences for cardiac rehabilitation program features. *Journal of cardiopulmonary Rehabilitation*, 16, 163-168.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B., & Bliss, J., (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158, 255-259.
- Mosca, L., Jones, W.K., King, K.B., Ouyang, P., Redberg, R.F., Hill, M.N., (2000). Awareness, Perception, and Knowledge of Heart Disease Risk and Prevention Among Women in the United States. *Archives of Family Medicine*, 9, 506-515.

- Mosca, L.; Manson, J.; Sutherland, S. E.; Langer, R. D.; Manolio, T.; & Barrett-Connor, E., (1997). Cardiovascular disease in women: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 96, 2468-2482. American Heart Association, Inc.
- Moser, D. K., & Dracup, K., (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*, 58, 395-401.
- Moser, D.K. & Dracup, K., (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*, 58, 395-401.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D., (2002). The revised Illness perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, Vol.17, N.º1, 1-16.
- MRFIT Group, (1979). The MRFIT behavior pattern study-1: Study design, procedures, and reproducibility of behavior pattern judgments. *Journal of Chronic Disease*, 32, 293-305.
- Murdaugh, C. L., & O' Rourke, R. A., (1988). Coronary heart disease in women: Special considerations. *Current Problems in Cardiology*, 13, 73-156.
- Musante, L., Treiber, F. A., Davis, H., Strong, W. B., & Levy, M., (1992). Hostility:: Relationship to lifestyle behaviors and physical risk factors. *Behavioral Medicine*, 18, 21-26.
- Myerburg, R.J., Kessler, K.M., Castellanos, A., (1993). Sudden cardiac death: epidemiology, transient risk, and intervention assessment. *Annals of International Medicine*, 119, 1187-1197.
- National Center for Health Statistics, (1991). *Health United States, 1990. US public health services*. Hyattsville, MD: Centers for Disease Control.
- National Institutes of Health (1995). Physical Activity and Cardiovascular Health. National Institutes of Health: Consensus Statement, 13(3),1-33.
- Njolstad, I., Arnesen, E., Lund-Larsen, P.G., (1996). Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction: a 12-year follow-up of the Finnmark study. *Circulation*, 93, 450-456.
- Nogueira da Costa, J., (1997). A Problemática da Hipertensão Arterial. *Clínica e Terapêutica da Hipertensão Arterial*, 15-20. Lidel.
- Nunes, J. M., (1989). Introdução. *Psicologia*, VII, 2, 131-133.
- Obrist, P.A., (1981). *Cardiovascular psychophysiology: A perspective*. New York: Plenum.
- Ockene, J. K., Kuller, L. H., Svendsen, K. H., & Meilahn, E., (1990). The relationship of smoking cessation to coronary heart disease and lung cancer in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *American Journal of Public Health*, 80, 954-958.
- Ockene, J.K., (1993). Preventing smoking and promoting smoking cessation among women across the life span. In N.K. Wenger, L. Speroff, & B. Packard (Eds.). *Cardiovascular health and disease in women*, 247-257. Greenwich, CT: Le Jacq Communications.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Manuais universitários, 11. Climepsi Editores
- Oldenburg, B., Perkins, R., & Andrews, G., (1985). Controlled trial of psychological intervention in myocardial infarction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 852-859.

- Oldridge, N.B., Guyatt, G.H., Fischer, M.E., Rimm, A.A., (1988). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: combined experience of randomized clinical trials. *Journal of American Medical Association*, 260, 945-950.
- Oldridge, N.B., LaSalle, D., Jones, N.L., (1980). Exercise rehabilitation of female patients with coronary heart disease. *American Heart Journal*, 100, 755-757.
- Oliveró, R. & Güell, J. (1994). *O Enfarte*. Lello e Irmão – Editores.
- Orencia, A., Bailey, K., Yawn, B.P., & Kottke, T.E., (1993). Effect of gender on long-term outcome of angina pectoris and myocardial infarction/sudden unexpected death. *Journal of American Medical Association*, 269, 2392-2397.
- Ornish, D., Brown, S.E., Scherwitz, L.W., Billings, Armstrong, W.T., Ports, T.A., McLanahan, S.M., Kirkeeide, R.L., Braud, R.J, Gould, K.L., (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet*, 336, 129-33.
- Orth-Gomér, K. (1996). Concepts and Teories of Prevention: Reasons for Soliciting Behavioral Medicine Knowledge. In Kristina Orth-Gomér & Neil Schneiderman. *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*, 3-10. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Paffenbarger, R.S. Jr., Hyde, R.T., Wing, A.L., Hsieh, C.C., (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314, 605-613.
- Pallás, J., M., & Villa, J., J., (1991). *Metodos de investigacion aplicados a la atencion primaria de salud*. Barcelona: Doyma.
- Papadoupoulos, C., (1978). A survey of sexual activity after myocardial infarction. *Cardiovascular Medicine*, 3, 821.
- Patel, Chandra, (1990). Psychological and Behavioral treatment of Hypertension. In D.G. & Rosenman, R.H. *Anxiety and the heart*, 441-468. London: Hemisphere. Publishing Corporation.
- Patrick, D.L., Deyo, R.A., (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, 27, 217-32.
- Paulino, Marco (1996). Psiquiatria de ligação em Unidades Intensivas Coronárias. *Psiquiatria clínica*, 17, (1), 31-38.
- Pennebaker, J.W., (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer-Verlag.
- Petrie & Weinman, (1997). Illness Representations and Recovery from Myocardial Infarction. In Keith J. Petrie & John A. Weinman. *Perceptions of Health & Illness*, 441-462. Harwood Academic Publishers.
- Petrie, K., Cameron, L., Ellis, C., Buick, D., & Weinman, J., (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64, 580-586.
- Petrie, K.; Weinman, J.; Sharpe, N.; Buckley, (1996). Role of patients? View of their illness in predicting to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, Vol. 312, 1191-1194.
- Philipps; Long; Woods; Cassmeyer, (1995). *Enfermagem Médico Cirúrgica: conceitos e Prática Clínica*. I vol. Lusodidata.
- Pitts, M., (1998). An introduction to health psychology. In Pitts, M. & Phillips, K. (Eds). *The Psychology of Health*. Londres: Routledge.

- Pohjola, S., Siltanen, P., & Romo, M., (1980). Five-year survival of 728 patients after myocardial infarction: a community study. *British Heart Journal*, 43, 176–83.
- Pollock, M.L., Wilmore, J.H., (1990). *Exercise in Health and Disease: Evaluation and Prescription for Prevention and Rehabilitation*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co, 132-140.
- Pope, M.L., Smith, T.W., (1991). Cortisol excretion in high and low cynically hostile men. *Psychosomatic Medicine*, 53, 386–392.
- Powell, K.E., Thompson, P.D., Caspersen, C.J., & Kendrick, J.S., (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annuary Review of Public Health*, 8, 253-287.
- Puletti, M., Sunseri, L., Curione, M., Erba, S. M., Borgia, C., (1984). Acute myocardial infarction: sex-related differences in prognosis. *American Heart Journal*, 108, 63-66.
- Pyroala, K.; Becker, G.; Graham, I.; Poole – Wilson, P. & Wood, D., (1994). Prevenção da doença das coronárias na prática clínica. *Recomendações na Prevenção Primária e Secundária da Doença das Coronárias*. Lisboa . Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Rahe, Richard (1988). Recent Life Changes and Coronary heart Disease: 10 Years' Research. In Shirley Fisher and James Reason. *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, 317-332. John Wiley & Sons Ltd.
- Reaven, G.M., (1994). Syndrome X: Is one enough? *American Heart Journal*, 127, 1439-1442.
- Redman, B.K., (1999). Cardiovascular education. In Barbara K. Redman (Ed.). *Women's Health Needs in Patient Education*, 9-23. Springer Publishing Company, Inc.
- Registo Nacional de Enfarte Agudo do Miocárdio – Resultados Globais, (2000). Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Rejeski, W. J., Thompson, A., Brubaker, P. H., & Miller, H. S., (1992). Acute exercise: Buffering psychosocial stress responses in women. *Health Psychology*, 11, 355-362.
- Rhodewalt, F. & Smith, T. W., (1991). Current issues in type A behavior, coronary proneness, and coronary heart disease. In C. F. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.). *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. New York: Pergamon Press.
- Ribeiro, J. L. Pais (1994). A Psicologia da Saúde e a Segunda Revolução da Saúde. In T. M. McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*, 33-54. Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J., (1998). *Psicologia e Saúde*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Rich-Edwards, J.W., Manson, J.E., Hennekens, C.H., Buring, J.E., (1995). The primary prevention of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 332, 1758–1766.
- Roberts, S., Bonnici, D., Mackinnon, A., & Worcester, M., (2001). Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) among female cardiac patients. *British Journal of Health Psychology*, 6, 373-380.
- Robertson, R.M., (2001). Women and cardiovascular disease : The risk of misperception and the need for action. *Circulation*, 103, 2318.

- Robinson, K.; Conroy, R.; Mulcahy, R.; Hickey, N., (1988). Risk factors and in- hospital course of first episode of myocardial infarction or acute coronary insufficiency in women. *Journal American College of Cardiology*,11, 932-936.
- Rogers; R.G. (1995). Marriage, sex, and mortality. *Journal of Marriage Family*,57, 515–526.
- Romeo, K.C., (1995). The female heart: physiological aspects of cardiovascular disease in women. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 14, 170-177.
- Rosen, R.; Brondolo, E.; Kostis, J., (1993). Nonpharmacological treatment of essential hypertension: Research and clinical applications. In R. J. Gatchel and E. B. Blanchard (Eds), *Psychological Disorders*,63-101. APA.
- Rosenberg, L., Kaufman, D.W., Helmrich, S.P., Shapiro, S., (1985). The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. *New England Journal of Medicine*, 313, 1511-1514.
- Rosenman, R. H., (1990). Anxiety and the heart: A cardiological perspective. In D.G. & Rosenman, R. H. *Anxiety and the heart*, 483-489. London: Hemisphere Publishing Corporation.
- Roskies, E., Seraganian, P., Oseasohn, R., Hanley, J. A., Collu, R., Martin, N., & Smilga, C., (1986). The Montreal Type A Intervention Project: Major findings. *Health Psychology*, 5, 45-69.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J., (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217. American Heart Association, Inc.
- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J.D., Chaudhary, B.S, (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*,311, 552–559.
- Sacks, F.M., Pfeffer, M.A., Moye, L.A., Rouleau, J.L., Rutherford, J.D., Cole, T.G., et al, (1996). The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *New England Journal of Medicine*, 335, 1001-9.
- Safer, M.A., Tharps, Q., Jackson, T., & Leventhal, H., (1979). Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic. *Medical Care*, 17, 11-29.
- Saint-Exupéry, A., (1943). *Le petite prince*. Éditions Galimard.
- Saúde e bem estar (1999). *Doenças cardiovasculares*. Nº 61, pp. 8-22
- Saúde e bem estar (2000). *Enfarte do miocárdio: dos sintomas à recuperação*; Nº 77, 8-24.
- Scheidt, S., (1996). A whirlwind tour of cardiology for the mental health professional. In Robert Allan, PhD, and Stephen Scheidt, MD. *Heart & Mind: the practice of cardiac psychology*, 15-62.
- Scheier, M., Magovern, G., Abbot, R., Matthews, K., Owens, J., Lefebvre, R., & Carver, C., (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Schildkraut, J.M., Myers, R.H., Cupples, L.A., Kiely, D.K., Kannel, W.B., (1989). Coronary risk associated with age and sex of parental heart disease in the Framingham Study. *American Journal of Cardiology*, 64, 555-559.

- Schleifer, S. J., Macari-Hinson, M. M., Coyle, D. A., Williams, W. R., Kahn, M., Gorlin, R., & Zucker, H. D., (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 149, 1785-1789.
- Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., Baker, D., (1994). Job Strain and Cardiovascular Disease. *Annual Review of Public Health*, 15:381-411.
- Schneiderman, N. and Skyler, J. (1996). Insulin Metabolism, Sympathetic Nervous System Regulation, and Coronary Heart Disease Prevention. In Kristina Orth-Gomér & Neil Schneiderman. *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*, 1105-134. Lawrence Erlbaum.
- Schron, E.B., Pawitan, Y., Shumaker, S.A., & Hale, C., (1991). Health quality of life differences between men and women in a posinfarction study. *Circulation*, 84, (Suppl. II), 245.
- Schrott, H. G., Bittner, V., Vittinghoff, E., Herrington, D. M., Hulley, S.,(1997). Adherence to national cholesterol education program treatment goals in postmenopausal women with heart disease. The heart and estrogen/progestin replacement study (HERS). *Journal of the American Medical Association*, 277, 1281-6.
- Schuler, G., Hambrech, R., Schlierf, G., Niebauer, J., Hauer, K., Neumann, J., Hoberg, E., Drinkmann, N.A., Bacher, F., Grunze, M., Kubler, W., (1992). Regular physical exercise and low-fat diet: effects on progression of coronary artery disease. *Circulation*, 86, 1-11.
- Schwartzmann, L., Olaizola, I., Guerra, A., Dergazarian, S., Francolino, C., Porley, G. & Ceretti, T., (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista Médica del Uruguay*; 15, 103-109.
- Sedas Nunes, A., (1970). A composição social da população portuguesa. Alguns aspectos e implicações. *Separata da Revista Análise Social*, n.º 27 e 28.
- Seeman, T.E., Kaplan, G.A., Knudsen, L., Cohen, R., Guralnik, J. (1987). Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County. *American Journal of Epidemiology*, 126, 714-723.
- Selye, H., (1956). *The Stress of Life*. Nova Iorque. McGraw-Hill.
- Serra, A. Vaz, (1988). Um estudo sobre Coping: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, N.º 9,301-316.
- Shanfield, S., (1990). Return to work after an acute myocardial infarction: A review. *Heart & Lung: Journal of Critical Care*,19,109-117.
- Sharpe, P, Clark, N., & Janz, N., (1991). Differences in the impact and management of heart disease between older women and men. *Women and Health*, 17, 25-43.
- Shaw, D.K., Sparks, K.E., Jennings, H.S., (1998). Transtelephonic exercise monitoring: review. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 18, 263-70.
- Shaw, L.J., Miller, D.D., Romeis, J.C., Kargl, D., Younis, L.T., Chaitman, B.R., (1994). Gender differences in the noninvasive evaluation and management of patients with suspected coronary artery disease. *Annals of International Medicine*, 120, 559-66.
- Shaw, R.E., Cohen, F., Doyle, B., Palesky, J., (1985). The impact of denial and repressive style on information gain and rehabilitation outcomes in myocardial infarction patients. *Psychosomatic Medicine*, 47, 262-273.

- Shea, S., Ottman, R., Gabrieli, C., Stein, Z., Nichols, A., (1984). Family history as an independent risk factor for coronary heart disease. *Journal of American College of Cardiology*, 4, 793-801.
- Sheeran, P.; and Abraham, C., (1995). The Health Belief Model. In M. Conner and P. Norman. *Predicting Health Behaviour*, 23-61. Open University Press.
- Shehan, D.V., (1982). Current concepts in psychiatry: panic attacks and phobias. *New England Journal of Medicine*, 307, 156-158.
- Sherman, S.E., D'Agostino, R.B., Cobb, J.L., et al., (1994). Physical activity and mortality in women in the Framingham Heart Study. *American Heart Journal* 128(5), 879-84.
- Sherr, L., (2000). Women and clinical trials. In L. Sherr and J. S. St Lawrence (Eds.). *Women, health and the mind*, 47-58. Jonh Wiley & Sons, Ltd.
- Shumaker, S. A., & Hill, D. R., (1991). Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 10, 102-111.
- Shumaker, S. A., & Smith, T. R., (1995). Women and coronary heart disease: A psychological perspective. In Annette Stanton & Sheryle Gallant (Eds). *The Psychology of Women's Health: Progress and challenges in research and application*, 25-49. American Psychological Association. Washington, DC.
- Shuster, J.K., Stern, T.A., Tesar, G.E., (1992). Psychological problems and their management. In: Wenger, N.K., Hellerstein, H.K., (Eds.). *Rehabilitation of the Coronary Patient*. New York, NY: Churchill Livingstone Inc, 483-510.
- Siegler, I. C., Peterson, B. L., Barefoot, J. C., & Williams, R. B., (1992). Hostility during late adolescence predicts coronary risk factors at mid-lefe. *American Journal of Epidemiology*, 136, 146-154.
- Siegrist, J., (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*; 1, 27-41.
- Siltanen, P., (1987). Stress, coronary disease, and coronary death. *Annals of Clinical Research*, 19, 96-103.
- Skelton, J.A., & Pennebaker, J.W., (1982). The psychology of physical symptoms and sensations. In. G.S. Sanders & J. Suls (Eds.). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Smith, A.B., Selby, P.J., Velikova, G., & Stark, D., (2002). Factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from a large cancer population. *Psychology and Psychoterapy*, 75, 165-177.
- Smith, K., Johnston, M., Pollard, B. & Johnston, D., (2001). Cardiac rehabilitation and counselling: long term follow up of a randomised controlled trial (RCT). Comunicação apresentada na conferência annual da European Health Psychology Society, Scotland. Sept 5 - 8th.
- Smith, T.W., & Anderson, N.B., (1986). Models of personality and disease: An interaction approach to type A behaviour and cardiovascular risk.. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1166-1173.
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S., (1994). *HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windsor: NFER Nelson.
- Sparks, K.E., Shaw, D.K., Eddy, D., Hanigosky, P., Vantrease, J.C., (1993). Alternatives for cardiac rehabilitation patients unable to return to a hospital-based program. *Heart Lung*; 22, 298-303.

- Spielberger & Rickman, (1990). Assessment of State and Trait Anxiety in Cardiovascular Disorders. In D.G. & Rosenman, R.H. *Anxiety and the heart*, 73-92. London: Hemisphere Publishing Corporation.
- Spielberger et al., (1991). Anger and Anxiety in Essential Hypertension. In Spielberger, C.D.; Sarason, I.G. *Stress and Emotion*, 265-279. Vol.14. Hemisphere Publishing Corporation.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E., (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI): Test manual for Form S. California*. Consulting Psychologists Press.
- Spielker, B., (Ed.), (1990). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven.
- Spinhoven, P, Ormel, J., Sloekers, P. P, Kempen, G. L, Speckens, A. E., & van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Spira, J.L., (1997). Understanding and developing psychotherapy groups for medically ill patients. In J. L. Spira (Ed.). *Group therapy for medically ill patients*. New York: Guilford Press.
- Stamler, J. (1997). Prólogo. *Primer de Cardiología Preventiva*. American Heart Association.
- Stampfer, M.J., Colditz, G.A., (1991). Estrogen replacement therapy and coronary heart disease: A quantitative assessment of the epidemiologic evidence. *Preventive Medicine*, 20, 47-63.
- Stampfer, M.J.; Colditz, G.A.; Willett, W.C.; Manson, J.E.; Rosner, B.; Speizer, F.E., et al., (1991). Post menopausal oestrogen therapy and cardiovascular disease: ten year follow-up from the nurses' health study. *New England Journal of Medicine*, 325, 756-62.
- Stanton, A., L., (1995). Psychology of women's health : barriers and pathways to knowledge. In Annette Stanton & Sheryle Gallant (Eds). *The Psychology of Women's Health: Progress and challenges in research and application*, 3-21. American Psychological Association. Washington, DC.
- Stanton, B. A., (1987). Psychosocial aspects of coronary heart disease in women : Implications and expectations for rehabilitation. In E. D. Eaker, B. Packard, N. K. Wenger, T. B. Clarkson, & H. A. Tyrolene (Eds.). *Coronary heart disease in women*, 257-263. New York: Haymarket Douma.
- Steed, L., Newman, S.p., Hardman, C., (1999). An examination of the self-regulation model in atrial fibrillation. *British Journal of Health Psychology*, 4, 337-348.
- Stephoe & Wardle (1994). *Psychosocial Processes and Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stephoe, A. (1996). Psychophysiological Processes in the Prevention of Cardiovascular Disease. In Kristina Orth-Gomér & Neil Schneiderman. *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*, 135-148. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Stern, M.J., (1984). Psychosocial rehabilitation following myocardial infarction and coronary artery bypass surgery. In N. K. Wenger & H. K. Hellerstein (Eds.). *Rehabilitation of the coronary patient*. New York: Wiley.

- Stern, T. (1990). Psychological and Pharmacological Management of Anxiety in Patients with Coronary Heart Disease. In D. G. Byrne and Ray H. Rosenman. *Anxiety and the Heart*, 417-439. Hemisphere Publishing Corporation.
- Stewart, D. E., (1997). Women's health comes of age. *Canadian Medical Association Journal*, 157, (12), 1711-1712.
- Strik, J., Honig, A., Lousberg, R., & Denollet, J., (2001). Sensitivity and specificity of observer and self-report questionnaires in major and minor depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 42, 423-429.
- Suarez, E.C., Kuhn, C.M., Schanberg, S.M., Williams, R.B. Jr., Zimmermann, E.A., (1998). Neuroendocrine, cardiovascular, and emotional responses of hostile men: the role of interpersonal challenge. *Psychosomatic Medicine*, 60, 78-88.
- Sul, J., Wan, C.K., (1993). The relationship between trait hostility and cardiovascular reactivity: a quantitative analysis. *Psychophysiology*, 30, 615-626.
- Sutton-Tyrrell, K., Lassila, H.C., Meilahn, E., Bunker, C., Matthews, K.A., Kuller, L.H.; (1998). Carotid atherosclerosis in premenopausal and postmenopausal women and its association with risk factors measured after menopause. *Stroke*, 2, 1116-1121.
- Taylor, C.B., & Miller, N.H., (1989). Smoking cessation in patients with cardiovascular disease. *Quality of Life and Cardiovascular Care*, 5, 19-35.
- Taylor, S.E., (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V), (1993). *Arch. Intern. Med.*, Vol. 153.
- The GUSTO Investigators, (1993). An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 329, 673-682.
- Thomas, R.J., Miller, N.H., Lamendola, C., Berra, K., Hedback, B., Durstin, J.L., & Haskell, W., (1996). National survey on gender differences in cardiac rehabilitation programs: patient characteristics and enrollment patterns. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 16, 402-412.
- Thomas, S. A., Friidma, E., Wimbush, F. & Schron, E., (1997). Psychological factors and survival in the cardiac arrhythmia suppression trial (CAST): a reexamination. *American Journal of Critical Care*, 6, 116-126.
- Thompson, D.R., (1995). Cardiac rehabilitation: how can it be improved? *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 519-523.
- Thoresen, Carl E.; Powell, Lynda H., (1992). Type A Behavior: New Perspectives on Theory, Assessment, and Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. American Psychological Association.
- Thoreson, C.E., & Low, K.G., (1994). Psychosocial interventions in female cardiovascular disease patients. In S.M. Czajkowski, D.R. Hill, & T.B. Clarkson (Eds.). *Women, behavior, and cardiovascular disease* (NIH publication N°. 94-3309, 329-342. Rockville, MD: National Institutes of Health.

- Thun, M.J., Peto, R., Lopez, A.D., Monaco, J.H., Henley, S.Y., Heath, C.W., Doll, R., (1997). Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly US adults. *New England Journal of Medicine*, 337, 1705-1714.
- Tikkanen, M.J., (1993). Mechanisms of cardiovascular protection by postmenopausal hormone replacement therapy. *Cardiovasc Risk Factors*, 3, 138-143.
- Topol, E.J., Leya, F., Pinkerton, C.A., Whitlow, P.L., Hofling, B., Simonton, C.A., Masden, R.R., Serruys, P.W., Leon, M.B., (1993). A comparison of directional atherectomy with coronary angioplasty in patients with coronary artery disease: the CAVEAT Study Group. *New England Journal of Medicine*, 329, 221-227.
- Trelawney-Ross, C., & Russell, O., (1987). Social and psychological responses to myocardial infarction: multiple determinants of outcome at six months. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 125-130.
- Trelawny-Ross, C., & Russell, O., (1987). Social and psychological responses to myocardial infarction: Multiple determinants of outcome at six months. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 125-130.
- Trigo, M.; Rocha, Evangelista C.; Coelho, R., (2000). Factores psicossociais de risco na doença das artérias coronárias. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Vol.2, Nº2, 149-199.
- Tunstall-Pedoe, H., Morrison, C., Woodward, M., Fitzpatrick, B., Watt, G., (1996). Sex differences in myocardial infarction and coronary deaths in the Scottish MONICA population of Glasgow 1985 to 1991. Presentation, diagnosis, treatment, and 28-day case fatality of 3991 events in men and 1551 events in women. *Circulation*, 93, 1981-1992.
- Turner, P. P., (1985). *O Sistema Cardiovascular*. Publicações Europa América.
- U.S. Department of Health and Human Services, (2001). The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General.
- US Dept of Health and Human Services, (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Ga: US Dept of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Vaccarino, V., Berkman, L.F., & Krumholz, H.M., (2000). Long-term outcome of myocardial infarction in women and men: A population perspective. *American Journal of Epidemiology*, 152, 965-973
- Vaccarino, V., Parsons, L., Every, N.R., Barron, H.V., Krumholz, H.M., (1999). Sex-Based Differences in Early Mortality after Myocardial Infarction. *The New England Journal of Medicine*, N.º 4, Vol. 341, 217-225.
- Vaccarino, Viola; Krumholz, Harlan M.; Berkman, Lisa F.; Horwitz, Ralph I., (1995). Sex Differences in Mortality After Myocardial Infarction. *Circulation*, 91, 1861-1871. American Heart Association, Inc.
- Vainio, H., & Bianchini, F., (2002). Weight control and physical activity. *IARC Handbooks of Cancer Prevention*. IARC Press Vol 6.
- Vanhees, L., McGee, H.M., Dugmore, L.D., Vuori, I, Pentilla, U.R., (1999). *The Carinex Survey*. Leuven, Uitgeverij Acco, 73.
- Verbrugge, L.M., (1985). Triggers of symptoms and health care. *Social science and Medicine*, 20, 855-876.

- Vrijkotte, T.G.M., van Doornen, L.J.P., de Geus, E.J.C., (1999). Work stress and metabolic and hemostatic risk factors. *Psychosomatic Medicine*, 61: 796-805
- Vrijkotte, T.G.M., van Doornen, L.J.P., de Geus, E.J.C.,(2000). Effects of work stress on ambulatory blood pressure, heart rate, and heart rate variability. *Hypertension* 35: 880-886
- Walling, A., Tremblay, G.J., Jobin, J., Charest, J., Delage, F., Leblanc, M.H., Tessier, Y., Villa, I., (1988). Evaluating the rehabilitation potential of a large population of post-myocardial infarction patients: adverse prognosis for women. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 8, 99-106.
- Waltz, M., Badura, B., Pfaff, H., Schott, T., (1988). Marriage and the psychological consequences of a heart attack: a longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years. *Social Science and Medicine*, 27, (2), 149-158.
- Wannamethee, S.G., Shaper, A.G., & Walker, M.A., (2000). Physical Activity and Mortality in Older Men With Diagnosed Coronary Heart Disease. *Circulation*, 102, 1358
- Ward, Marcia M., (1990). The Relationship of Anxiety and Cardiovascular Reactivity. In D.G. & Rosenman, R.H. *Anxiety and the heart*, 347-365. London: Hemisphere Publishing Corporation.
- Weinblatt, E., Shapiro, S., & Frank, C.W., (1973). Prognosis of women with newly diagnosed coronary heart disease: a comparison with causes of disease among men. *American Journal of Public Health*, 63, 577-93.
- Weinman, J., Petrie, K., Sharpe, N., & Walker, S., (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263-274.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., & Horne, R., (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & health*, 11, 431-445.
- Weinman, J.; Petrie, K., Sharpe, N., & Walker, S., (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263-274.
- Weinman, J.A., & Petrie, K.J., (1997). Perceptions of health and illness. In Keith J. Petrie & John A. Weinman. *Perceptions of Health & Illness*, 1-17. Harwood Academic Publishers.
- Weiss, S. (1996). Principles of Behavioral Medicine. In Kristina Orth-Gomér & Neil Schneiderman. *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention*, 11-20. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Weiss, S.; Anderson, R. & Weiss, S., (1991). Cardiovascular Disorders: Hypertension and Coronary Heart Disease. In Jerry J. Sweet; Ronald H. Rozensky and Steven M. Tavian. *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings*, 353-374.
- Welin, C., Lappas, G., Wilhelmsen, L., (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *Journal of International Medicine*, 247, 629-639.
- Welty, F.K., (1994). Gender differences in outcome after diagnosis and treatment of coronary artery disease. In S.M. Czajkowski, D.R. Hill, & T.B. Clarkson (Eds.). *Women, behavior, and cardiovascular disease* (NIH publication N°. 94-3309, 285-310. Rockville, MD: National Institutes of Health.

- Welty, F.K., Mittleman, M.A., Healy, R.W., Muller J.E., & Shubrooks, S.J., (1994). Similar results of percutaneous transluminal angioplasty for women and men with postmyocardial infarction ischemia. *Journal of American College of Cardiology*, 23, 35-39.
- Wenger, N. K., (1992). Exclusion of the elderly and women from coronary trials: Is their quality of care compromised? *Journal of the American Medical Association*, 268, 460-461.
- Wenger, N. K., Speroff, L., & Packard, B., (1993). Cardiovascular health and disease in women. *New England Journal of Medicine*, 329, 247-256.
- Wenger, N.K., (1990). Gender, coronary artery disease, and coronary bypass surgery. *Annals of International Medicine*, 112, 557-558.
- Wenger, N.K., Froelicher, E.S., Smith, L.K., et al., (1995). *Cardiac Rehabilitation. Clinical Practice Guideline*, No. 17. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research and the National Heart, Lung, and Blood Institute. AHCPR Publication No. 96-0672.
- Whelton, P.K.; He, J.; & Appel, L.J., (1996). Treatment and prevention of hypertension. In J.E. Manson, P.M. Ridker, J.M. Gaziano, C.H. Hennekens, (Eds). *Prevention of Myocardial Infarction*. New York, NY. Oxford University Press; 154-171.
- Wiklund, I., Herlitz, J.H., Johansson, S., Bengtson, A., Karlson, B.W. & Persson, N.G., (1993). Subjective symptoms and well-being differ in women and men after myocardial infarction. *European Heart Journal*, 14, 1315-1319
- Wiklund, I., Sanne, H., Vedin, A., & Wilhelmsson, C., (1984). Psychosocial outcome one year after a first myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 309-321.
- Wilhelmsson, C., Vedin, A., Elmfeldt, D., Tibbin, G., & Wilhelmsen, L., (1975). Smoking and myocardial infarction. *Lancet*, I, 415-20.
- Wilkinson, P; Laji, K.; Ranjadayalan, K.; Parsons, L & Timmis, A. D., (1994). Acute myocardial infarction in women: survival analysis in first six months. *British Medical Journal*, 309, 566-569.
- Willett, W.C., Manson, J.E., Stampfer, M.J., et al., (1995). Weight, weight change and coronary heart disease in women. Risk within the 'normal' weight range. *Journal of American Medical Association*, 273(6), 461-65.
- Willett, W.C.; Green, A.; Stampfer, M.J.; Speizer, F.E.; Colditz, G.A.; Rosner, B.; Monson, R.R.; Stason, W.; & Hennekens, C.H., (1987). Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *New England Journal of Medicine*, 317, 1303-1309.
- Williams, R. B., (1996). Coronary-prone behaviors, hostility and cardiovascular health: Implications for behavioral and pharmacological interventions. In K. Orth-Gómer & Neil Schneiderman. *Behavior Medicine approaches to cardiovascular disease prevention*, 161-169.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Calif, R. M., Haney, T. L., Saunders, W. B., Pryor, D. B., Hlatky, M. A., Siegler, I. C. & Mark, D. B., (1992). Prognostic importance of social resources among patients with CAD. *Journal of the American Medical Association*, 267, 520-524.
- Williams, R. B., Suarez, E. C., Kuhn, C. M., Zimmerman, E. A., Schanberg, S. M., (1991b). Biobehavioral basis of coronary prone behavior in middle aged men; part1, evidence for chronic SNS activation in Type As. *Psychosomatic Medicine*, 53, 517-527.

- Williams, R. B.; Barefoot, J.; Shekele, R.B., (1985). The health consequences of hostility. In M. Chesney & R. H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, 173-186. Washington, DC: Hemisphere.
- Wills, Thomas A., (1997). Social support and health. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, C. McManus (Eds.). *Cambridge handbook of Psychology, health and medicine*, 168-171. Cambridge University Press.
- Wilson, P., D'Agostino, R., Levy, D., Belanger, A., Silbershatz, H., Kannel, W., (1998). Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories. *Circulation*, 97, 1837-1847.
- Wingard, D. L., Cohn, B. A., Cirillo, P. M., Cohen, R. D., Kaplan, G. A., (1992). Gender differences in self-reported heart disease morbidity: are intervention opportunities missed for women? *Journal of Women's Health*, 1, 201-208.
- Wulsin, L. R., (2000). Is depression a risk for coronary artery disease onset? A meta-analysis. Program and abstracts from the 153rd Annual American Psychiatric Association Meeting. Chicago, Illinois. Abstract 26
- Zarco, P. (1996). *La salud del corazón. Cuidados, síntomas y medidas preventivas*. Temas de Hoy. Madrid.
- Zellner, C.; Sudhir, K., (1997). Modificação do estilo de vida para controlo da hipertensão. *Postgraduate Medicine*, 7, 24-29.
- Ziegelstein, R.C., (2001). Depression in patients recovering from myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 286, 16, 21-1627.
- Ziegelstein, R.C., (2001). Depression in Patients Recovering From a Myocardial Infarction. *The Journal of the American Medical Association*, 286, 1621-1627.
- Ziegelstein, R.C., Bush, D.E., Fauerbach, J.A., (1998). Depression, adherence behavior, and coronary disease outcomes. *Archives of International Medicine*, 158, 808-809.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P., (1983). The Hospital and Anxiety Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 7, 361-370.
- Zubin, J., & Spring, B., (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-127.
- Zung, K., (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

ANEXO I

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A INVESTIGAÇÃO

ANEXO II

FOLHAS DE ROSTO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
