

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA MULTIMODAL EM PACIENTES NA REABILITAÇÃO PÓS-ENFARTE DO MIOCÁRDIO EM PORTUGAL

Psychological multimodal intervention in the rehabilitation of post-myocardial infarction patients in Portugal

Artigo original

RESUMO

Este artigo faz uma breve revisão da literatura sobre a relação entre os fatores psicossociais e a reabilitação pós-enfarte agudo do miocárdio (EAM), com vista a fundamentar o desenvolvimento de programas de intervenção psicossocial junto a estes pacientes. Descreve-se um programa de intervenção psicológica destinado a melhorar o ajustamento à doença e a qualidade de vida dos doentes pós-EAM. Apresenta-se um estudo preliminar da eficácia deste programa, comparando-se a modalidade de intervenção psicossocial (grupo de estudo – GE) em relação a um grupo controle (GC) na modalidade de intervenção médica tradicional. A investigação realizada teve um desenho *quasi*-experimental, sendo a amostra constituída por 41 doentes do sexo masculino dos serviços de cardiologia de 3 hospitais da região Norte de Portugal, com idades compreendidas entre 35 e 70 anos. As variáveis da intervenção foram a depressão, a ansiedade, as representações de doença e os hábitos de saúde e estilo de vida. Os pacientes foram avaliados após a ocorrência do EAM (internamento) e 3 meses após a alta hospitalar. A principal hipótese previa a existência de diferenças significativas entre o GE e o GC, do pré para o pós-teste, no sentido de melhores resultados psicossociais pós-EAM para o GE. Os resultados obtidos apontaram para um efeito positivo da intervenção no GE em comparação com o GC em termos da depressão, ansiedade, compreensão da doença e percepção da sua duração, controle de tratamento, nutrição e atividade física. Estes resultados mostram a importância deste tipo de intervenção na melhoria do bem-estar e ajustamento à doença.

Descritores: Psicologia; Infarto do miocárdio; Psicologia clínica; Impacto psicossocial.

ABSTRACT

This work makes a brief review of the literature on the relation between psychosocial factors and post-acute myocardial infarction (AMI) rehabilitation, aiming at basing the development of psychosocial intervention programs for these patients. A psychological intervention program meant for improving the AMI-patients' adjustment to illness and quality of life is described. A preliminary study on the program efficacy is presented, comparing the psychosocial intervention modality (study group – SG) in relation to a control group (CG) of traditional medical intervention modality. The investigation had a quasi-experimental outlining, with the sample consisting of 41 male patients from the cardiological services of 3 hospitals from Portugal north region, with ages comprehended between 35 to 70 years old. The intervention variables were depression, anxiety, the representations of the illness and health habits and life style. The patients were evaluated after the AMI occurrence (internment) and 3 months after the discharge from hospital. The main hypothesis supposed the existence of significant differences between the SG and the CG, both in pre and post test, in the sense of better psychosocial results post-AMI for the SG. The obtained results pointed out for a positive effect of the intervention in the SG when compared to the CG in terms of depression, anxiety, comprehension of the illness and perception of its duration, treatment control, nutrition and physical activity. These results show the importance of this type of intervention in the improvement of well-being and adjustment to the illness.

Descriptors: Psychology; myocardial infarction; Psychology, clinical; psychosocial impact.

Ana Cláudia Vieira Lopes
Fernandes⁽¹⁾
Maria Teresa Mendonça
McIntyre⁽²⁾

1) Psicóloga, Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade do Minho. Doutoranda em Psicologia na Universidade do Minho. Professora Assistente da Licenciatura em Psicologia no Instituto Superior da Maia.

2) Psicóloga, Professora Associada com Agregação, Coordenadora Mestrado e Doutoramento em Psicologia da Saúde da Universidade do Minho.

Recebido em: 17/01/2006

Revisado em: 04/03/2006

Aceito em: 05/04/2006

INTRODUÇÃO

Nas sociedades ocidentais, as doenças cardiovasculares (DCV's) representam a principal causa de mortalidade e morbidade em ambos os sexos⁽¹⁾. Também em Portugal se verifica que as DCV's constituem uma das causas mais importantes de morbidade, invalidez e morte em mulheres e homens⁽²⁾.

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) assume-se como a síndrome coronária aguda responsável por um grande número de hospitalizações, traduzindo-se em elevados custos pessoais e financeiros, e em incapacidades a curto e a longo termo⁽³⁾. Actualmente, encontra-se bem documentado na literatura científica que o desenvolvimento, a manutenção e a recuperação das DCV's são determinados por uma causalidade multifactorial, incluindo causas genéticas, fisiológicas, ambientais e psicossociais⁽⁴⁾. Nos últimos anos, a investigação tem-se focado na importância dos factores psicossociais e comportamentais no desenvolvimento e manutenção destas doenças.

Os avanços alcançados nos últimos anos na prevenção, diagnóstico e tratamento do EAM têm permitido uma diminuição da mortalidade⁽⁵⁾. Contudo, em termos da severidade da morbidade associada a estas doenças, estes progressos mostram-se ainda insuficientes, pois não contemplam os factores psicossociais, tais como os aspectos emocionais, a motivação para a modificação dos factores de risco, as cognições da doença e a participação da família no processo de reabilitação e na adesão terapêutica. A ocorrência do EAM constitui um acontecimento de vida extremo, que pode revestir-se de conseqüências físicas e psicológicas a longo prazo, que afectam o paciente e a família⁽⁶⁾. A sua experiência associa-se frequentemente a uma elevada prevalência de perturbações emocionais como a ansiedade e a depressão, a dificuldades no regresso ao trabalho e no ajustamento sóciofamiliar e sexual^(7,8).

A constatação da importância dos factores psicossociais na recuperação do EAM deu origem ao desenvolvimento de programas de intervenção psicológica combinada com a intervenção farmacológica, como forma de promover a qualidade do processo de reabilitação pós-EAM⁽⁹⁾. A eficácia destas abordagens tem sido avaliada por diversos estudos, que demonstram efeitos positivos em termos da redução dos factores de risco, da ansiedade e da depressão e no aumento da qualidade de vida⁽¹⁰⁻¹²⁾. Em Portugal, a investigação neste domínio ainda se encontra numa fase inicial, verificando-se que os ensaios clínicos da aplicação da abordagem biopsicossocial na reabilitação pós-EAM são quase inexistentes. Como resultado, verifica-se que a prestação de

cuidados ao doente que teve uma EAM continua a ter por base um modelo biomédico.

Estudos prévios de McIntyre e colaboradores⁽⁸⁾ indicam dificuldades no ajustamento à doença nos pacientes pós-EAM, o que fundamenta o desenvolvimento de um programa de intervenção psicossocial multimodal a ser utilizado em complemento com a intervenção médica tradicional. O programa aqui apresentado tem como objectivos aumentar os conhecimentos acerca da doença e seu tratamento, favorecer o ajustamento à doença em termos das suas conseqüências psicológicas, sóciofamiliares e laborais, e promover estilos de vida saudáveis. A eficácia do programa de intervenção psicológica com carácter multimodal e multidisciplinar foi avaliada comparando os seus efeitos com a intervenção médica tradicional. A principal hipótese testada previa a existência de diferenças significativas entre o grupo experimental (intervenção psicossocial) e o grupo de controlo (intervenção médica *standard*), do pré-teste para o pós-teste, no sentido de melhores resultados psicossociais pós-EAM (*ansiedade, depressão, representações de doença e hábitos de saúde*), para o grupo submetido à intervenção combinada. Esperamos que o programa e o estudo contribuam para a promoção da abordagem multidisciplinar no processo de reabilitação pós-EAM, de modo que os doentes que se confrontam com este acontecimento na sua vida encontrem nos profissionais de saúde uma resposta verdadeiramente humanizada.

MÉTODOS

População e Amostra / Critérios de Selecção

A população alvo deste estudo foi constituída por doentes do sexo masculino diagnosticados com EAM (primeiro ou recidiva) em regime de internamento nos serviços de cardiologia de três hospitais da região Norte de Portugal. Procedeu-se a uma amostragem de conveniência com distribuição randomizada pelas duas condições: experimental e controle⁽¹³⁾. A amostra foi seleccionada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: homens diagnosticados com EAM (primeiro ou recidiva) admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários; idade igual ou superior a 35 anos; orientação auto e alopsíquica; ausência de patologia psiquiátrica grave diagnosticada; capacidades de escrita, leitura e/ou compreensão do português. Tendo em conta os critérios apresentados anteriormente, foram contactados 91 doentes para participação no estudo. Do total dos sujeitos contactados, 29 (32%) recusaram-se a participar alegando dificuldades de deslocação ao hospital após a alta e/ou falta de disponibilidade para o preenchimento da bateria de instrumentos; 7 (8%) sujeitos tiveram de interromper a

participação no estudo devido à cirurgia coronária e 14 (15%) foram excluídos da amostra devido ao facto de as suas avaliações pré-teste não serem válidas, por terem ultrapassado o número de dias estimado para o início do programa de intervenção de grupo (30 dias a contar do momento da alta hospitalar). Em suma, a amostra final do estudo foi constituída por 41 pacientes, correspondendo a uma taxa de participação de 45%, tendo em conta o total de sujeitos contactados (91 sujeitos). Dos 41 pacientes que constituíram a amostra, 20 pertenceram ao grupo experimental (GE) e 21 ao grupo de controle (GC). Como se poderá verificar na leitura dos resultados, por vezes ocorrem discrepâncias entre o *n* da amostra e o *n* válido, devido ao facto de alguns sujeitos não terem assinalado as respostas em algumas das questões. Este facto verifica-se em 3 sujeitos do grupo de controle e em 2 sujeitos do grupo experimental, dependendo das variáveis.

Plano do estudo

De acordo com Almeida e Freire⁽¹³⁾, podemos enquadrar este estudo numa investigação do tipo *quasi-experimental*, com avaliação de controlo (lista de espera com tratamento standard médico) e um grupo experimental (com intervenção psicológica multimodal e multidisciplinar e tratamento médico standard), com medidas pré-pós teste em ambos os grupos. Assim, os grupos foram avaliados ao mesmo tempo em dois momentos distintos, antes (pré teste – no internamento após a ocorrência do EAM) e depois (pós teste – 3 meses após a alta hospitalar) da manipulação da variável independente.

Procedimentos

Para se proceder à selecção da amostra, foram consultados os processos clínicos individuais e contactados os médicos cardiologistas que colaboraram na investigação, de modo a verificar a satisfação dos critérios de inclusão estabelecidos. Seguidamente, os doentes referidos pelos médicos cardiologistas e que cumpriam estes critérios eram contactados directamente pelo investigador, com vista à participação na avaliação pré-teste (1.º momento de avaliação), sendo informados da possibilidade de virem a participar numa intervenção de grupo 1 mês após a alta, somente após o preenchimento dos questionários. Desde o início foi sublinhada a garantia de confidencialidade dos dados pessoais e a necessidade de a participação ser voluntária (incluindo o respectivo consentimento informado). Após esta fase de avaliação, procedeu-se a uma distribuição randomizada dos pacientes pelas duas condições do estudo (experimental e controlo). A duração do grupo de intervenção

foi de 9 semanas (sessão 0 – apresentação, 8 sessões de intervenção, incluindo 1 sessão de finalização e avaliação pós teste), tendo cada sessão a duração de 1 hora e 30 minutos. O 2.º momento de avaliação foi efectuado 3 meses após a alta, ou seja, imediatamente após a finalização da terapia de intervenção de grupo, que durou cerca de 2 meses.

Instrumentos

Com o objectivo de avaliar as características psicossociais e clínicas dos sujeitos antes e após a intervenção, utilizaram-se os seguintes instrumentos: Questionário Sócio – Demográfico⁽⁸⁾, que avalia variáveis sóciodemográficas como 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; Versão traduzida e adaptada para a população portuguesa do *Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*⁽⁸⁾, constituído por 14 itens, de resposta “tipo *Likert*”, divididos em 2 sub-escalas, que permitem avaliar os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologia física; Versão traduzida e adaptada para a população portuguesa do *Illness Perception Questionnaire Revised – IPQ-R*⁽⁸⁾, constituído por 56 itens, de resposta “tipo *Likert*”, divididos em 9 sub-escalas (identidade, duração - aguda/crónica, consequências, controle pessoal e de tratamento, coerência da doença, duração cíclica, representação emocional, causas), que permitem avaliar as cognições de doença; Versão traduzida e adaptada para a população portuguesa do Questionário de Hábitos de Saúde⁽⁸⁾, composto por 9 questões, sendo 8 de escolha múltipla e 1 de resposta breve, que permite avaliar os hábitos de saúde em 3 categorias: hábitos alimentares, consumo de substâncias e comportamentos para a saúde.

Programa de Intervenção Psicológica pós-enfarte do miocárdio

O programa de intervenção psicológica desenvolvido e implementado neste estudo, teve como base orientadora os resultados de ensaios clínicos internacionais da aplicação da abordagem biopsicossocial na reabilitação pós-EAM^(10,11,14,15), assim como de estudos nacionais sobre o ajustamento psicossocial pós-enfarte⁽⁸⁾. O seu objectivo geral consiste em capacitar os participantes a lidar de um modo adaptativo com as exigências colocadas pelo processo de reabilitação pós-EAM, dispondo de recursos pessoais que lhes permitam controlar/diminuir a sua vulnerabilidade à doença cardíaca. Em termos de estrutura, o programa de intervenção é composto por 8 sessões organizadas em quatro módulos: 1 sessão informativa, 6 sessões de intervenção e 1 sessão de

finalização/prevenção da recaída, com periodicidade semanal e com duração de 1 hora e 30 minutos para cada sessão. O primeiro módulo (*O que é a minha doença e como posso melhorar?*), compreende 1 sessão que visa promover a educação para a saúde no âmbito das doenças cardiovasculares, incidindo particularmente no EM. Neste módulo é facultada informação acerca das doenças cardiovasculares (EM), factores de risco associados, tratamento e reabilitação cardíaca. O segundo módulo (*A minha reacção ao EAM*) visa educar sobre o processo de ajustamento à doença (EM), nas suas componentes psicológica (emocional, cognitiva, comportamental), sóciofamiliar e laboral. São identificadas as dificuldades no ajustamento à doença e na reabilitação pós-enfarte, desenvolvendo-se estratégias de confronto com a doença mais eficazes, de modo a lidar com as emoções negativas e o *stress*. Este módulo inclui 2 sessões intituladas: “*A minha reacção ao EAM*” e “*Gestão do Stress*”. No terceiro módulo (*Como posso ter uma vida mais saudável?*), facultar-se informação mais específica acerca dos factores de risco comportamentais relacionados com o EM, fornecendo algumas estratégias para o controle dos mesmos. Inclui 3 sessões intituladas: “*Nutrição*”; “*Consumo de Substâncias: tabaco; álcool e cafeína*”; “*Actividade Física*”. Por último, no módulo quatro (*Como os outros podem ajudar?*), promove-se o suporte social através da promoção do treino de competências de comunicação como a escuta e a assertividade, procurando-se como objectivo último facilitar a integração familiar, social e laboral. É também facultada uma informação breve acerca do comportamento Tipo A e da sua relação com as DCV, assim como das consequências deste em nível interpessoal. Inclui 2 sessões intituladas: “*A importância do Suporte Social*” e “*Finalização*”.

Procedimentos Estatísticos

Após a colheita dos dados, estes foram lançados numa base de dados informática e processados pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – versão 11.0). Para testar a hipótese deste estudo, e dada a pequena dimensão da amostra, utilizamos para todas as variáveis testes não paramétricos de Wilcoxon. Foi igualmente efectuada uma análise mais pormenorizada ao nível do estado emocional (HADS), segundo os níveis clínicos da ansiedade e depressão categorizados, utilizando-se para o efeito testes de Qui-quadrado (χ^2).

RESULTADOS

Os Quadros que se seguem apresentam os dados relativos à comparação do pré-teste e pós-teste nas variáveis psicossociais (Tabelas I, II e III) e comportamentais (Tabela IV), para o grupo experimental e para o grupo de controle.

Como podemos verificar na Tabela I, ao nível do estado emocional, os resultados dos testes de Wilcoxon para as medidas pré-pós não revelam diferenças significativas entre os dois momentos, em termos da *ansiedade* (GE: $Z=-.057$, $p=.954$; GC: $Z=-.032$, $p=.975$) e da *depressão* (GE: $Z=-1.300$, $p=.193$; GC: $Z=-1.381$, $p=.167$), quer no GC, quer no GE.

Os resultados obtidos através da análise mais pormenorizada, segundo os níveis clínicos de *ansiedade* e *depressão* do HADS nos dois momentos (Tabela II), favorecem o grupo experimental, indicando um aumento significativo da *depressão* no grupo de controle que não ocorreu no grupo submetido à intervenção ($\chi^2=4.378$; $p=.036$). Os níveis de *ansiedade* no grupo experimental mantiveram-se estáveis, verificando-se no grupo de controle uma tendência para o aumento da *ansiedade*, embora não estatisticamente significativa.

Tabela I: Resultados dos Testes de Wilcoxon para o Estado Emocional no Grupo Experimental (n = 18) e no Grupo de Controle (n = 18). Portugal, 2006.

Variáveis psicossociais	Grupo Experimental					Grupo de Controle				
	n*	Média Pré-teste	Média Pós-teste	Z	p	n*	Média Pré-teste	Média Pós-teste	Z	p
HADS										
Ansiedade	18	6.79	7.00	-.057	.954	17	7.42	7.89	-.032	.975
Depressão	18	4.56	4.68	-1.300	.193	18	4.39	6.82	-1.381	.167

* Casos Válidos

Tabela II: Resultados dos testes de χ^2 para os Níveis Clínicos de Ansiedade e Depressão nos Grupos Experimental (n=19) e de Controle (n=19). Portugal, 2006.

Níveis Clínicos	Grupo Experimental		Grupo Controle		c ²	p
	n*	%	n*	%		
Ansiedade Pré-teste						
< 8	12	63%	11	58%	0,110	0,174
≥ 8	7	37%	8	42%		
Ansiedade Pós-teste						
< 8	12	63%	8	42%	1,689	0,194
≥ 8	7	37%	11	8%		
Depressão Pré-teste						
< 8	17	89%	18	95%	0,362	0,547
≥ 8	2	11%	1	5%		
Depressão Pós-teste						
< 8	18	95%	13	68%	4,378	0,036
≥ 8	1	5%	6	32%		

* Casos Válidos

Em relação às *representações de doença* (Tabela III), os resultados dos testes de *Wilcoxon* indicam que não existem diferenças significativas entre os momentos de pré e pós-teste na maioria das cognições de doença. Verifica-se apenas uma tendência de significância nas crenças de *coerência de doença* ($Z=-1,91$; $p=0,056$) e *duração* ($Z=-1,71$; $p=0,088$), no caso do GE. Assim, após a intervenção, os pacientes no

GE parecem apresentar uma maior compreensão acerca da sua doença e uma percepção de maior cronicidade da mesma, o mesmo não acontecendo no GC. Por outro lado, no GC, verifica-se uma tendência de significância nas cognições acerca do *controle de tratamento* ($Z=-1,92$; $p=0,055$), indicando uma diminuição da percepção de controle de tratamento com o tempo, o que não acontece no GE.

Tabela III: Resultados dos Testes de *Wilcoxon* para as Representações de Doença no Grupo Experimental (N = 19) e no Grupo de Controle (N = 18). Portugal, 2006.

Variáveis psicossociais	Grupo Experimental					Grupo de Controle				
	n*	Média Pré-teste	Média Pós-teste	Z	p	n*	Média Pré-teste	Média Pós-teste	Z	p
IPO-R-										
- Identidade	11	6,94	5,53	-,085	0, 933	10	4,80	6,16	-1,074	0,283
- Duração (aguda/crónica)	18	16,70	19,78	-1,707	0, 088	16	21,17	21,68	-,315	0,752
- Conseqüências	19	17,75	17,37	-,142	0, 887	15	20,88	20,89	-1,477	0,140
- Controle pessoal	18	22,00	23,72	-1,546	0, 122	15	23,71	21,63	-1,478	0,139
- Controle tratamento	18	18,65	19,44	-,438	0, 662	15	19,82	17,58	-1,917	0,055
- Coerência da doença	18	15,84	17,74	-1,909	0, 056	15	17,41	14,74	-1,261	0,207
- Duração (cíclica)	17	11,37	12,11	-,345	0, 730	14	11,94	11,83	-, 280	0,779
- Representação emocional	18	19,32	18,21	-,261	0, 794	14	20,00	19,22	-1,574	0, 115

* Casos Válidos

Os *hábitos de saúde* nos momentos de pré-teste e de pós-teste, para o grupo experimental e o grupo de controle, encontram-se descritos na Tabela IV. Como se pode observar neste quadro, verifica-se uma tendência de significância ao

nível do *consumo de alimentos ricos em gorduras* que diminuiu entre os momentos de pré-teste e de pós-intervenção no grupo experimental ($Z=-1,867$; $p=0,062$), o mesmo não se verificando no grupo de controle ($Z=0,351$; $p=0,725$).

Tabela IV: Resultados dos Testes de *Wilcoxon* para os Hábitos de Saúde no Grupo Experimental (n=20) e no Grupo de Controle (n=18). Portugal, 2006

Hábitos de Saúde na última semana	Valor atribuído por resposta	Grupo Experimental					Grupo Controle				
		(+)	(-)	(=)	Z	p	(+)	(-)	(=)	Z	p
Hábitos Alimentares											
Consumo de alimentos ricos em gorduras	1=Nunca/Raramente 2=Às vezes 3=Quase todos os dias / Todos os dias	2	6	12	-1,867	0,062	3	4	11	-,351	0,725
Consumo de sal na comida	1=Nunca/Raramente 2=Quase todos os dias / Todos os dias	1	4	15	-1,342	0,180	6	2	10	-1,414	0,157
Consumo de Substâncias											
Consumo de café	1=Não consumo 2=1 a 2 chávenas p/dia 3=3 ou + chávenas p/dia	3	4	12	-,879	0,380	3	3	11	0,000	1,000
Consumo de bebidas alcoólicas	1=Não consumo 2=1 copo p/dia às refeições 3=Mais de 1 copo p/dia	5	3	10	-,513	0,608	5	5	6	-,277	0,782
Consumo de tabaco	1=Nenhum 2=1 a 10 cigarros p/dia 3=10 a 20 cigarros p/dia 4=> 20 cigarros p/dia	5	4	9	-,303	0,762	2	3	100,000	10,000	
Comportamentos para a Saúde											
Prática de actividade física	3=Todos os dias / Dia sim, dia não 2=1 a 2 vezes p/semana 1=Nenhuma	7	3	8	-1,576	0,115	4	2	11	-,973	0,330
Frequência da medição da tensão arterial	3=2 a 4 vezes p/semana ou mais 2=1 vez p/semana 1=Não mede	3	2	13	-,276	0,783	1	3	9	-1,512	0,131
Seguiu as recomendações feitas pelo médico?	2=Sim 1=Não	2	1	16	-,577	0,564	2	4	11	-,816	0,414

(+) Subidas

(-) Descidas

(=) Empates

* Os resultados a negrito dizem respeito às mudanças no sentido positivo

Relativamente aos outros *hábitos de saúde*, apesar de não terem sido registradas diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos, entre os dois momentos de avaliação, verifica-se que ocorreram mudanças no sentido positivo entre os dois momentos de avaliação que foram de maior magnitude no grupo submetido à intervenção. Deste modo, quanto aos *hábitos alimentares*, verificam-se

mudanças positivas num maior número de indivíduos do GE do que no GC em relação ao *consumo de sal* (GE: 20%; GC: 11%), *prática de actividade física* (GE: 38%; GC: 23%) e *medição de tensão arterial* (GE: 16%; GC: 7%).

Em suma, os dados encontrados, embora preliminares, apontam para alguns benefícios da intervenção psicossocial em termos da *depressão*. Verificam-se ainda tendências no

sentido de ganhos no grupo experimental com a intervenção, nomeadamente, um aumento da *compreensão da doença* e da percepção de *cronicidade* uma diminuição do *consumo de alimentos ricos em gorduras*. Verificam-se ainda mudanças positivas no *consumo de sal*, *actividade física* e na *medição da pressão arterial*, embora sem significância estatística.

DISCUSSÃO

Em termos globais, podemos constatar um efeito positivo do programa de intervenção, verificando-se no grupo experimental mudanças positivas ao nível do bem-estar, das cognições de doença e na alimentação, o mesmo não se verificando no grupo de controle.

Em termos da *depressão*, a intervenção parece ter tido um efeito positivo, uma vez que no GC se verifica um aumento significativo de sujeitos com depressão clínica, do pré para o pós-teste, mantendo-se esta estável no GE. O mesmo padrão se verifica para a *ansiedade* embora esta diferença não tenha atingido significância estatística. É de assinalar que à partida (pré-teste) ambos os grupos apresentam valores relativamente baixos de depressão, o que está de acordo com os resultados de McIntyre e colaboradores⁽⁸⁾, numa amostra mais alargada de homens pós-enfarte. Com efeito, o programa de intervenção procurou prevenir o aumento da ansiedade e depressão associadas à reabilitação pós-EAM, não só através da promoção de aprendizagem de estratégias de *coping* para reduzir as conseqüências psicológicas negativas associadas à doença, mas também através da promoção da educação acerca da doença do EM e seu tratamento, no sentido de capacitar os participantes a lidarem de modo mais eficaz com as dificuldades de ajustamento à doença. É importante salientar que a presença de alguma ansiedade produtiva poderá ser desejável, uma vez que a literatura neste domínio aponta para o facto de a ansiedade poder ter um efeito positivo no ajustamento psicossocial a longo prazo. Por exemplo, num estudo de McIntyre e colaboradores⁽⁸⁾, verificou-se que quanto maior a ansiedade no internamento após o EAM, melhor a adaptação funcional aos 6 meses nos cuidados pessoais e mobilidade. A ansiedade moderada poderá facilitar a auto-monitorização dos sintomas e a auto-regulação, favorecendo a adesão terapêutica.

O programa parece ter um efeito limitado mas importante ao nível de algumas cognições de doença, principalmente relativamente ao aumento da *compreensão de doença* e da percepção da *duração* da mesma que são variáveis predictoras de bom prognóstico^(10,16). McIntyre e colaboradores⁽⁸⁾ verificaram que uma percepção de maior

cronicidade da doença, durante o internamento, era predictor de melhores hábitos de saúde a médio prazo. Parece também haver uma diminuição da percepção de *controle de tratamento* nos pacientes do GC que não se verificou no GE, o que poderá indicar um benefício do programa também ao nível da manutenção do sentido de auto-eficácia perante as exigências desta doença. Com efeito, ao longo do programa de intervenção, procurou-se intervir em termos das cognições de doença, fornecendo informação que pudesse corrigir mitos acerca desta e que ajudasse o doente a ser um participante mais activo no processo de doença e tratamento.

No que respeita aos *hábitos e estilo de vida*, os resultados foram no sentido esperado, já que a intervenção parece ter produzido alterações positivas no grupo submetido à intervenção que não se verificaram no grupo de controle, nomeadamente, uma diminuição do *consumo de gorduras*. A diminuição do *consumo de gorduras* no grupo submetido à intervenção, é muito importante do ponto de vista da diminuição da vulnerabilidade cardíaca, uma vez que a literatura tem demonstrado que a modificação do estilo de vida (incluindo dieta vegetariana com índice de colesterol baixo) está associada a uma regressão da aterosclerose, contribuindo para a diminuição de recorrência de um evento cardíaco. Com efeito, o tipo de regime alimentar é um determinante de risco no desenvolvimento da aterosclerose, devido à influência que as gorduras exercem no colesterol^(17,18).

Embora não tenham sido registradas diferenças estaticamente significativas nos restantes *hábitos de saúde*, verifica-se que ocorreram mudanças no sentido positivo, com significado clínico, no grupo submetido à intervenção em termos do *consumo de sal*, da *prática de actividade física* e da *medição da tensão arterial*. Apesar dos ganhos observados no GE, a percentagem de sujeitos que mudou é ainda inferior à dos que não mudaram, o que reflecte as dificuldades identificadas na literatura na mudança de estilo de vida⁽⁸⁾. Assim, é importante continuar a identificar predictores psicossociais destas mudanças e intervir para as potenciar.

Em suma, os dados obtidos pela comparação do GE e do GC confirmam parcialmente a hipótese testada e apontam para benefícios significativos da intervenção psicossocial realizada em relação à intervenção biomédica *standard*. Os benefícios são mais claros em termos da prevenção do aumento da *ansiedade* e *depressão* aos 3 meses pós-enfarte, em algumas cognições de doença, bem como na mudança dos *hábitos alimentares*.

Apesar dos resultados preliminares apontarem a utilidade deste programa, há limitações do estudo a considerar que condicionam a interpretação destes resultados. O

reduzido tamanho da amostra deste estudo não nos permite afirmar seguramente a eficácia a curto prazo do programa avaliado, razão pela qual os resultados obtidos devem ser interpretados como preliminares e não como conclusivos. O facto de se tratar de uma amostra de conveniência também levanta problemas de auto-selecção que limitam a generalização dos resultados.

Por outro lado, para esclarecer a questão da eficácia da intervenção realizada tem que se investigar se as mudanças obtidas se mantêm em tempos de avaliação mais alargados. Deste modo, será desejável, em estudos futuros, fazer-se um seguimento a médio e a longo prazo para investigar com maior precisão os efeitos do programa de intervenção, bem como a manutenção ou não dos ganhos obtidos.

Outra questão que ressalta da avaliação da eficácia deste programa de intervenção relaciona-se com o seu momento de aplicação. O facto de o programa ter sido aplicado após a alta hospitalar e não no momento de internamento, é um aspecto pertinente, já que dados de investigação recentes demonstram que o período de internamento constitui um momento privilegiado para a intervenção psicossocial^(8,10). Assim, em futuras investigações neste domínio, sugere-se a elaboração e avaliação da eficácia de programas de intervenção psicológica breves com implementação no momento de internamento. Contudo, não consideramos que um protocolo de intervenção deste cariz deva ser uma alternativa que exclua os programas de intervenção psicossocial de duração mais longa e com aplicação após a alta hospitalar, como é o caso do programa avaliado neste estudo, uma vez que sendo o EAM uma doença crónica mas de manifestação súbita, é provável que as necessidades de intervenção psicossocial junto a doentes varie consoante o momento de doença. Aliás, alguns dados da investigação nesta área têm apontado para a necessidade de um acompanhamento prolongado após a hospitalização devida ao EAM, precisamente porque se verificou que algumas dificuldades ao nível funcional e cognitivo (e.g. representações de doença) agravam-se nos seis meses após a alta⁽⁸⁾. Deste modo, é fundamental a realização de mais estudos da eficácia destas metodologias de intervenção durante e após o internamento por EAM, no sentido de otimizar e diversificar a abordagem biopsicossocial ao doente que sofreu um EAM.

O programa aqui avaliado foi dirigido aos pacientes. No entanto, outros estudos têm considerado a importância da inclusão dos conjugues/familiares nos programas de reabilitação cardíaca pós-EAM, como forma de melhorar a qualidade de adaptação à doença. Vários autores têm demonstrado que a intervenção psicossocial junto ao doente e ao seu cônjuge, iniciada no internamento e continuada

depois da alta, diminui significativamente a ansiedade e depressão, a incapacidade, e aumenta a satisfação com os cuidados e o conhecimento sobre a doença e tratamento, com resultados mantidos até 1 ano após o internamento⁽¹¹⁾. Deste modo, é igualmente importante a realização de futuros estudos que avaliem a eficácia deste tipo de intervenções incluindo a participação dos cônjuges.

CONCLUSÕES

A reabilitação cardíaca pós-EAM é um processo complexo que envolve uma multiplicidade de factores que inclui aspectos objectivos, como a dor física e a diminuição da vitalidade, e aspectos subjectivos, como o significado que o doente atribui à doença, pelo que é de extrema importância o desenvolvimento de esforços multidisciplinares de modo a minimizar o impacto da doença e a favorecer a adaptação psicossocial ao EAM. Como já referimos inicialmente, são vários os estudos internacionais que têm demonstrado a eficácia de uma abordagem integrada e multidisciplinar na melhoria do processo de recuperação pós-EAM⁽¹⁰⁻¹²⁾. A escassez, em Portugal, de ensaios clínicos que avaliem o efeito da abordagem biopsicossocial na recuperação do EAM, resulta na inexistência de programas de reabilitação cardíaca pós-EAM numa óptica multidisciplinar. Foi a este desafio que procurámos responder ao elaborar um primeiro programa de intervenção psicológica multimodal e multidisciplinar na reabilitação pós-EAM, testando a sua eficácia quando comparado a uma abordagem biomédica.

Perante os dados obtidos, sugere-se que são necessários mais estudos que ensaiem a aplicação da abordagem biopsicossocial na reabilitação pós-EAM na realidade portuguesa, no sentido de obter mais indicadores para a orientação dos cuidados clínicos e psicossociais junto a esta população. Os resultados do nosso estudo apontam igualmente para a importância da realização de estudos que testem a eficácia diferencial entre uma abordagem biopsicossocial breve aplicada durante o internamento e uma abordagem biopsicossocial mais longa com implementação após a alta hospitalar. Deste modo, seria possível otimizar e diversificar a utilidade da abordagem biopsicossocial nos vários momentos do processo de recuperação do EAM. Também é necessário avaliar o efeito da aplicação destas abordagens em seguimentos mais prolongados, no sentido de esclarecer quais as variáveis psicossociais mais importantes na recuperação do EAM. Outra sugestão que decorre dos resultados deste estudo relaciona-se com a importância de se atender, em futuras abordagens neste domínio, à inclusão dos cônjuges/familiares nos programas de reabilitação pós-EAM.

Em suma, a realização de mais estudos da eficácia de metodologias de intervenção biopsicossocial ao nível do processo de reabilitação pós-EAM é muito necessária em Portugal. O manual de intervenção desenvolvido neste estudo, poderá servir de base para orientar metodologias de intervenção de carácter multidisciplinar de duração mais longa no processo de reabilitação pós-EAM, estando disponível para ser testado em *randomized control trials*.

Esperamos que este trabalho, embora com carácter preliminar, tenha contribuído para encorajar mais esforços multidisciplinares no estudo e intervenção junto a pacientes portugueses que sofreram um EAM. Acima de tudo, esperamos que tenha possibilitado demonstrar que a abordagem biopsicossocial junto ao doente com EAM não é um luxo, mas uma necessidade médica e um imperativo ético. Recorrendo às palavras de Séneca, *o homem vive preocupado em viver muito e não em viver bem, quando afinal não depende dele viver muito, mas sim viver bem*.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os pacientes e suas famílias que tornaram possível a realização deste trabalho. A nossa gratidão a todos os profissionais que colaboraram nas diversas fases de realização deste estudo: Prof. Doutora Maria Júlia Maciel, na recolha da amostra e implementação da componente médica do programa de intervenção; Dr. Luís Basto e o Dr. Augusto Correia, na participação nas sessões médicas do programa de intervenção; Dra. Florbela Marinho e Dra. Clementina Moutinho, pelo apoio na implementação da componente psicológica do programa de intervenção.

REFERÊNCIAS

1. American Heart Association. Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, Tex: American Heart Association; 2002.p. 4-5.
2. INE. Estatísticas de saúde de 2000. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2002.
3. Foulkes J, Robertson. Knowledge and distress implications for cardiac recovery programmes. In: Research in Health Promotion and Nursy; 1993. p. 197 – 203.
4. Weiss S, Anderson R, Weiss S. Cardiovascular disorders: hypertension and coronary heart disease. In: Jerry JS, Ronald HR, Steven MT, editors. Handbook of clinical psychology in medical settings; 1991.p. 353-74.
5. Orth-Gomér K, Schneiderman N. Behavioural medicine approaches to cardiovascular disease prevention. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1996.
6. Moser DK, Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events?. Psychosomatic Medicine 1996; 58:395-401.
7. Bennett P, Carroll D. Coronary heart disease: impact. In Baum A, Newman S, Weinman J, West R, McManus C, editors. Cambridge handbook of psychology, health and medicine. Cambridge University Press; 1997.p. 419-21.
8. McIntyre TM, Johnston M, Gouveia J, Trovisqueira A, Araújo-Soares V, Figueiredo M, Figueiras M, Pereira G, Basto L. Resultados psicossociais na reabilitação pós-enfarte do miocárdio em mulheres portuguesas e escocesas. Braga: Fundação para a Ciência e Tecnologia POCTI/ESP/35749/2000. Universidade do Minho; 2004.
9. Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings, Armstrong WT, Ports TA, McLanahan SM, Kirkeeide RL, Braud RJ, Gould KL. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet* 1990; 336: 129-33.
10. Petrie K, Cameron L, Ellis C, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. Psychosomatic Medicine 2002; 64: 580-6.
11. Johnston M, Foulkes J, Johnston DW, Pollard B, Gudmundsdottir H. Impact of patient and partners of inpatient and extended cardiac counselling and rehabilitation: a controlled trial. Psychosomatic Medicine 1999; 61: 225-33.
12. Oldridge NB, Guyatt GH, Fischer ME, Rimm AA. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: combined experience of randomized clinical trials. J Am Med Association 1988; 260:945-50.
13. Almeida LS, Freire T. Metodologia da investigação em psicologia e educação. Braga: Psiquilibrius Edições; 2003.
14. Blumenthal JA, Emery CF. Rehabilitation of patients following myocardial infarction. J Consult Clin Psychol 1988; 56: 374-81.
15. Miller NH, Taylor CB, Davidson DM, Hill MN, Krantz DS. The efficacy of risk factor intervention and psychosocial aspects of cardiac rehabilitation. J Cardiop Rehab 1990;10:198-209.

16. Leventhal H, Leventhal A, Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In Baum A, Revenson TA, Singer JE, editors. Handbook of health psychology. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2001.p.19-48.
17. Kane JP, Malloy MJ, Ports TA, Phillips NR, Diehl JC, Havel RJ. Regression of coronary atherosclerosis during treatment of familial hypercholesterolemia with combined drug regimens. J Am Med Association 1990; 264:3007-12.
18. Brown WV, Jacobson TA. A abordagem das perturbações das lipoproteínas. In Branch W, Alexander W, Schlant R, Hurst J, editors. Cardiologia em Cuidados Primários. Edição Portuguesa, Euromédice, Edições Médicas; 2001.p.199-219.

Endereço para correspondência:

Ana Cláudia Fernandes
Praça Flávio Sá Leite, n.º 9, R/C/esquerdo
4715-028 Braga - Portugal
E-mail: clauf@netcabo.pt