

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FFCLRP DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**NAZARÉ MARIA ALBUQUERQUE HAYASIDA**

**Intervenção Cognitivo-Comportamental pré e pós Cirurgia de Revascularização  
do Miocárdio, em Manaus/AM**

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

**Ribeirão Preto  
2010**



**NAZARÉ MARIA ALBUQUERQUE HAYASIDA**

**Intervenção Cognitivo-Comportamental pré e pós Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, em Manaus/AM**

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

**Prof. Dr. Ricardo Gorayeb**

**Ribeirão Preto  
2010**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Hayasida, Nazaré Maria de Albuquerque  
Intervenção Cognitivo-Comportamental pré e pós Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, em Manaus/AM. Ribeirão Preto, 2010.

168 p : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Gorayeb, Ricardo.

1. Doenças cardíacas 2. Intervenção Cognitivo-Comportamental. 3. Ansiedade. 4. Depressão. 5. Qualidade de vida.

Nome: HAYASIDA, Nazaré Maria de Albuquerque

Título: Intervenção Cognitivo-Comportamental pré e pós Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, em Manaus/AM

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

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



À minha mãe Adeilda e a madrinha Quitéria, pela coragem, investimentos afetivos, inclusive à minha educação e por terem ensinado a ser persistente em meus ideais.

Aos meus preciosos filhos Leonardo e Bruno. Ao Maurício pelo companheirismo, carinho e dedicação à família ao longo desta jornada.



## AGRADECIMENTOS

À minha família pela paciência, por tê-los sempre juntos e pelo significado que têm em minha vida.

Agradecimento especial ao Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, pela dedicação a este projeto, pela oportunidade, sugestões, confiança depositada que permitiu refinar meus pensamentos, expandir meus horizontes à minha formação. Grata por toda atenção!

Ao Magnífico Reitor da Universidade Federal do Amazonas, Prof. Dr. Hidemberg Ordozgoith da Frota, por seu apoio ao Departamento de Psicologia e por sua determinação em investir na qualificação dos professores através do Dinter-USP.

À equipe de cirurgia cardíaca do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes – HUFM, prof. Dr. Mariano Terrazas, Dr. George Buttel, Dr. Marcelo Souza, Dr. Luis Alberto Saraiva, Dr. Silvano, Dr. Antônio, Dr. Maximiliano (*in memorian*), às enfermeiras Ana Paula Pessoa, Ana Cândida, Valéria, à nutricionista Celme. À fisioterapeuta Patricia Meconcinni pelo trabalho interdisciplinar realizado em prol dos pacientes e pela especial amizade.

À Coordenação da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Amazonas-FAPEAM, pela concessão da bolsa de Doutorado Interinstitucional, que viabilizou a realização desta pesquisa. Obrigada.

Aos meus amigos e compadres, por ensinarem a viver “filosoficamente”, Anibal Beça (*in memorian*) e Eugênia Turenko Beça (*in memorian*), que se foram repentinamente. Saudades...

À Grace, estimada aluna do PIBIC, que acompanhou desde o embrião do projeto e na coleta de dados.

Ao Darlindo pelas nossas conversas, por ter acreditado e investido no Dinter.

Ao amigo Zé Humberto pelas idéias e as contribuições ao projeto. Obrigada pela torcida!

À Auriana Ramos pelo incentivo aos meus direitos e ideais.

Ao Sr. Geraldo Cássio dos Reis, Estatístico do Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica, F.M.R.P.U.S.P., pela colaboração na análise de dados.

Aos funcionários Danilo, Rachel, Marilene e as psicólogas do serviço de Psicologia do HC-USP/RP, em especial: Livia, Rosana, Cassiana, Ana Paula e Myrna, pela amizade, conversas e apoio nesse processo de crescimento.

E por fim, mas não por último, aos pacientes que possibilitaram compreender um pouco mais sobre suas ansiedades frente aos desafios da doença e tratamento, que tanto me ensinou. A eles agradeço a realização deste trabalho.

“Quem lidera uma milícia com um grau de inteligência inadequada é presunçoso. Quem lidera uma milícia com um grau de coragem inadequado tem ego inflado. Quem lidera uma milícia sem conhecer o caminho e entra em combate, repetidas vezes sem sentir-se satisfeito, está sobrevivendo por sorte”.

Sun Tzu II, A Arte da Guerra – Os Documentos Perdidos.



## RESUMO

HAYASIDA, Nazaré Maria de Albuquerque. **Intervenção cognitivo-comportamental pré e pós cirurgia de revascularização do miocárdio, em Manaus/AM.** 2010. 168 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Pesquisas sobre a doença arterial coronariana indicam, a partir de estudos epidemiológicos, a importância de fatores de risco psicossociais na cirurgia de Revascularização do Miocárdio. Nesse estudo analisou-se o efeito de uma intervenção psicológica na abordagem teórica Cognitivo – Comportamental efetuada antes e depois da cirurgia, em pacientes submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida. Trata-se de uma pesquisa experimental, descritiva-quantitativa, caracterizada por estudo clínico, com uma amostra de conveniência. Participaram do estudo 50 pacientes, divididos em dois grupos: controle (n= 25) e experimental (n= 25), avaliados em três momentos: pré, pós- operatório e reteste (após três meses). Foram investigados através dos instrumentos: entrevista estruturada e de intervenção, Inventário de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI) de Beck e o instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQoL-Bref). Aplicou-se no grupo de intervenção técnicas de manejo na abordagem referida e, em ambos os grupos, psicoeducação. Houve predominância de pacientes do sexo masculino, idosos, casados, com remuneração menor que dois salários mínimos, com o Ensino Fundamental completo, católicos praticantes. Houve predomínio de profissões não qualificadas no grupo controle, indivíduos que possuem um emprego, trabalham 8 horas diárias sem férias anuais; e profissões qualificadas no grupo experimental, com mais de uma atividade laboral, que trabalham mais que 8 horas e não usufruíram de férias. Observou-se no grupo controle historio de um ou mais infartos, ambos os grupos indicaram possuir acima de dois fatores de risco, entretanto houve uma maior porcentagem de diabetes no grupo controle. No grupo experimental os pacientes relacionaram a causa da doença a fatores não hereditários. Notou-se predomínio de baixo peso ou peso saudável (IMC) no grupo experimental em relação ao grupo controle. Houve valores significativamente superiores dos sintomas ansiosos, no momento inicial, no grupo experimental (23.28) e redução no pós (11.56) e reteste (9.64) em relação ao controle, entre os momentos pré (19.50), pós (26.00) e reteste (16.95). Houve redução dos sintomas depressivos no grupo experimental no pré (17.04), pós (12.28) e reteste (11.84) em relação ao grupo controle no pré (21.63), pós (21.81) e reteste (20.09), quando comparados os dados obtidos. Espera-se que os elementos identificados neste estudo possam ser utilizados para subsidiar programas e pesquisas futuras de controle e prevenção da ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes a serem submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.

Palavras-chave: Doenças cardíacas. Intervenção Cognitivo-Comportamental. Ansiedade. Depressão. Qualidade de vida.



## ABSTRACT

HAYASIDA, Nazaré Maria de Albuquerque. **Pre- and post-surgical cognitive-behavioral intervention in patients submitted to myocardium revascularization surgery in Manaus/AM.** 2010. 168 f. Doctoral Thesis - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

On the basis of epidemiological studies, research on coronary artery diseases has demonstrated the importance of psychosocial risk factors in Myocardium Revascularization surgery. The present study analyzes, by means of a Cognitive-Behavioral approach, the effect of pre- and post-surgical psychological intervention on anxiety, depression, and quality of life in patients submitted to Myocardium Revascularization. The present work consists of experimental, descriptive-quantitative, research in a clinical study conducted with a convenience sample. Fifty patients, divided into control (n=25) and experimental (n= 25) groups, participated in the study. Subjects were evaluated at three moments: pre-operative, post-operative, and at retest (three months post-surgery), using of the following instruments: structured and interventional interview, Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI), and the World Health Organization Quality of Life (WHOQoL-Bref) instrument. Management techniques characteristic of the Cognitive-Behavioral approach were applied to the experimental group, whereas psychoeducation was used with both control and experimental groups. Elderly, married, practicing catholic, male patients with a monthly income higher than two minimum salaries and who had completed Primary School predominated in the sample. In the control group, patients with non-qualified jobs; that is, employed individuals working 8 hours daily and who did not had annual vacation periods were the majority. As for the experimental group, most subjects were qualified professionals with more than one job, working over 8 hours a day, who had not gone on vacation. There were a history of one or more myocardial infarctions in the control group, and more than two risk factors were present in both groups. A higher percentage of diabetes was detected in the control group, whereas the disease was related to non-hereditary factors in the experimental group. An incidence of low and healthy body weight (BMI) was found in the experimental group, compared with the control. Significantly larger values of anxiety symptoms were initially detected in the experimental group (23.28) compared with the control (19.50). These values reduced in the experimental group postoperatively (11.56) and at retest (9.64), compared with the control (post = 26.00; retest =16.95). Values of depression symptoms were lower in the experimental group pre- (17.04) and post-operatively (12.28) as well as at retest (11.84), compared with the control (pre = 21.63, post = 21.81, and retest = 20.09). It is expected that the elements identified in the present study will aid future research and programs on the control and prevention of anxiety and depression, thereby enhancing the quality of life of patients undergoing myocardium revascularization surgery.

Keywords: Cardiac diseases. Cognitive-Behavioral Intervention. Anxiety. Depression. Quality of life.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Cognitivo básico, estruturado a partir de Sternberg (2000, p. 307). .....	59
Figura 2 – Níveis de cognição, modificado a partir de Beck, A. et al.,1961, p. 53-63, Beck (1997). .....	60
Figura 3 – Esquema dos estágios motivacionais (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983). .....	65
Figura 4 – Esquema gráfico da intervenção psicológica Cognitivo-comportamental em pacientes pré-cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM). .....	83
Figura 5 – Esquema gráfico da intervenção psicológica cognitivo-comportamental em pacientes pós-cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM). .....	85
Figura 6 – Esquema gráfico da intervenção psicológica Cognitivo-comportamental em pacientes no reteste de Revascularização do Miocárdio (CRM). .....	87



## LISTA TABELAS

Tabela 1 – Variáveis sócio-demográficas a partir da avaliação inicial de pacientes submetidos a CRM dos grupos controle e experimental (com intervenção psicológica). .....	92
Tabela 2 – Variáveis ocupacionais a partir da avaliação inicial de pacientes submetidos a CRM dos grupos controle e experimental (com intervenção psicológica). .....	94
Tabela 3 – Variáveis clínicas a partir da avaliação inicial de pacientes submetidos a CRM dos grupos controle e experimental (com intervenção psicológica). .....	96
Tabela 4 – Dados do Inventário BAI para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, nos três momentos da avaliação. ....	97
Tabela 5 – Dados do Inventário BDI para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, nos três momentos da avaliação. ....	99
Tabela 6 – Dados do Inventário WHOQoL-Bref para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, nos três momentos da avaliação. ....	100



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
1.1 Epidemiologia das doenças cardiovasculares e o seu conhecimento científico: Aonde chegamos .....	23
1.2 Evidências acerca da DAC: Alguns estudos .....	26
1.3 Fatores de risco associados às cardiopatias.....	32
1.3.1 Fatores de risco não modificáveis .....	32
1.3.2 Fatores de risco modificáveis .....	34
1.4 Qualidade de vida (QV) e DAC .....	51
1.5 Prevenção e Promoção das DCV: Da evidência à ação .....	53
1.6 Terapia Cognitivo-Comportamental: Fundamentos .....	56
1.6.1 Conceitos básicos .....	59
1.7 Motivação para mudança .....	64
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>67</b>
2.1 Geral .....	67
2.2 Específicos .....	67
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>69</b>
3.1 Delineamento do estudo.....	69
3.2 Participantes.....	69
3.3 Caracterização da Clínica Cirúrgica Cardíaca.....	70
3.4 Materiais e instrumentos .....	71
3.4.1 Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory - BAI) .....	71
3.4.2 Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI) .....	72
3.4.3 World Health Organization Quality of Life – WHOQoL-Bref .....	72
3.4.4 Questionário sócio-demográfico .....	73
3.4.5 Protocolo de intervenção .....	73
3.5 Procedimentos .....	76
3.5.1 Protocolo de intervenção: Abordagem aos pacientes e os momentos do tratamento cirúrgico.....	77
3.5.2 Momento pré-operatório .....	83
3.5.3 Momento pós-operatório .....	85
3.5.4 Momento do reteste .....	87
3.6 Análise dos dados .....	88
3.6.1 Tratamento estatístico dos dados .....	89
3.7 Aspectos Éticos .....	89
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>91</b>
4.1 Caracterização sócio-demográfica dos participantes .....	91
4.2 Caracterização ocupacionais dos participantes .....	93
4.3 Caracterização clínica dos participantes .....	95
4.4 Análise dos dados relativos ao Inventário BAI .....	97
4.5 Análise dos dados relativos ao Inventário BDI .....	98
4.6 Análise dos dados relativos ao Inventário WHOQoL- Bref .....	100
4.6.1 WHOQoL: Geral .....	101

4.6.2 WHOQoL- 1: Domínio físico.....	101
4.6.3 WHOQoL- 2: Domínio psicológico .....	102
4.6.4 WHOQoL- 3: Domínio social.....	103
4.6.5 WHOQoL- 4: Domínio meio ambiente .....	103
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>159</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Epidemiologia das doenças cardiovasculares e o seu conhecimento científico: Aonde chegamos

A partir do final do século XVIII mudanças no perfil epidemiológico populacional mostraram declínio nas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e aumento das mortes por causas externas e doenças crônicas degenerativas<sup>1</sup>, como a doença cardiovascular e o câncer (BRASIL, 1998a).

No Brasil, as transformações foram observadas a partir de 1940, num momento de transição demográfica. A tecnologia médica (as vacinas e antibióticos), inexistentes no início do século passado, tornaram possível prevenir e tratar doenças infecciosas que dizimaram as populações, aumentando as expectativas de vida, embora em condições adversas: falta de saneamento básico, rede de esgoto, má alimentação, péssimas condições de moradia e de trabalho (KALACHE, 1996). Contudo, mesmo com avanço das tecnologias e de expectativa de vida, aumentou a exposição da população a fatores de risco relacionados à coronariopatia, que passaram a ocupar os primeiros lugares em causa de óbito no país (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1992; LOTUFO, 1996).

Em razão do seu processo de formação histórica, o Brasil continua a apresentar um quadro sanitário em que se combinam doenças ligadas à pobreza e doenças crônico-degenerativas, estas características dos países mais desenvolvidos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1992). No entanto as doenças do aparelho circulatório (DAC)<sup>2</sup> ocupam a principal causa de óbitos em todo o território nacional,

---

<sup>1</sup> **Doenças crônico-degenerativas** são doenças que surgem através de evolução lenta e progressiva, prejudicando as funções de diversos órgãos, que manifestam-se por tempo indeterminado. As principais são as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, o diabetes, as doenças do aparelho locomotor e o câncer (BRASIL, 1980).

<sup>2</sup> **Doenças do aparelho circulatório (DAC)** são doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos como hipertensão (pressão alta), infarto, aterosclerose, etc. **Aterosclerose** envolve o depósito de gorduras (colesterol), cálcio e fibrina na camada interna das artérias. **Infarto agudo do miocárdio (IAM)** é quando parte do coração não recebe oxigênio em quantidade suficiente, causando a morte do músculo cardíaco chamado miocárdio. **Isquemia**, o infarto do miocárdio causa uma isquemia no coração. O derrame cerebral pode ser isquêmico quando "entope" uma artéria do cérebro e não chega sangue. O derrame cerebral pode ser hemorrágico quando a artéria se rompe e sai o sangue, mas depois dessa ruptura o sangue deixa de circular e também há isquemia. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS)** ocorre quando a largura interna das artérias diminui, ocasionando maior pressão do fluxo sanguíneo nas paredes das mesmas, isto é, a pressão arterial sistólica se encontra superior a 140 a 159 mmHg e a pressão arterial diastólica maior que 90 a 99 mmHg. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

e vitimizaram 260.555 brasileiros em 2000 (BRASIL, 2005), correspondendo a 820 óbitos por dia e 16,2% do total de gastos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1998b).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) indica que as taxas de mortalidade são causadas por doenças isquêmicas do coração, seguido pelo infarto agudo do miocárdio e doença reumática aguda e crônica (BRASIL, 2005). Estas doenças respondem por quase metade das mortes entre homens e mulheres, com mais de 30 anos, e por um terço das mortes na América Latina. Elas também são vistas como a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil: em 1930 representavam 11,8%, em 1980, 30,8% e em 1994, 28% das mortes (TIMERMAN et al., 2001).

Observa-se que, em 2003, nas internações realizadas no Brasil pelo SUS, as doenças cardiovasculares<sup>3</sup> (DCV) ocuparam o segundo lugar entre os homens, seguidas das doenças respiratórias; em terceiro lugar, entre as mulheres, internações decorrentes de problemas obstétricos e doenças respiratórias. As DCV assumem a principal posição para ambos os sexos (quase 20%) de todo o valor gasto com internação no SUS, que estão associadas a cirurgias ou a procedimentos (LOTUFO, 2005). Comparativamente, as DCV, nos EUA e Europa, foram objeto de detecção dos fatores de risco e a intensificação das políticas de saúde (controle e prevenção), ao assumirem caráter de epidêmico. Isso resultou no decréscimo da mortalidade em suas populações naqueles países (LESSA, 1995).

As pesquisas mostram que na etiologia multifatorial para as DCV, as causas mais freqüentes são a predisposição genética, o tabagismo, a hipertensão arterial, a elevação do colesterol sérico, o estresse, a vida sedentária, a obesidade e a *diabetes mellitus* (CAMPOS; CARVALHO, 2005; BRASIL, 1998b; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1992). Embora prevaleçam em pessoas do sexo masculino, elas têm acometido um grande número de mulheres, principalmente após a menopausa, quando há diminuição do hormônio estrogênio (HAFE et al., 1997). No Brasil o risco para a doença isquêmica do coração nas regiões onde os avanços da política de controle e prevenção e, também, da tecnologia, como sudeste e sul, está diminuindo. Aumenta, porém, nas regiões menos favorecidas, a exemplo do centro-oeste (TIMERMAN et al., 2001).

---

<sup>3</sup> Nesse estudo, os termos Doença Arterial Coronária (DAC) e Doença Cardiovascular (DCV) são utilizados como sinônimos.

Embora a doença isquêmica do coração prevaleça entre as doenças cardiovasculares, entre elas destacam-se ainda as valvopatias<sup>4</sup>, que acometem as válvulas mitral, tricúspide e aórtica. Kubo et al. (2001) ressaltam que a valvopatia reumática é a mais comum e ataca com maior frequência a válvula mitral, provocando estenose ou insuficiência. A valvopatia crônica pode determinar a necessidade da intervenção cirúrgica. Já a superação das patogêneses da DCV, que dependem de medidas preventivas, ainda não logrou êxito uma vez que são recentes (a 40 ou 50 anos) as advertências sobre os fatores como: a ingestão de alimentos ricos em gordura e colesterol. Desse modo, associada ao tratamento da DCV se faz uso da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM)<sup>5</sup> para garantir eliminação dos sintomas da insuficiência coronariana, melhor funcionamento cardíaco, prevenção do infarto do miocárdio e recuperação física, psíquica e social do paciente, objetivando melhoria da qualidade de vida. (BARNASON, 2000; DANTAS et al., 2002). Porém, mesmo quando realizada adequadamente, a cirurgia tem repercussões físicas, psicológicas e sociais, demandando adaptações com mudanças no estilo de vida (ROSS; OSTROM, 2001).

A Doença Coronariana (DAC), produtora do Infarto do Miocárdio, tem sido uma das patologias mais estudadas atualmente, dada a altíssima incidência em que acometem as pessoas. A ciência identifica uma variedade de fatores causais envolvidos na doença, tal como é demonstrada nos estudos de Framingham's Heart Study (1995-2010): a predisposição genética, o tabagismo, a hipertensão arterial, a elevação dos níveis de colesterol, o estresse cotidiano, a vida sedentária do homem moderno, a obesidade, o *diabetes* e variáveis psicológicas (DAWBBER, 1980; KANNEL et al., 1997; LOTUFO, 1996; SILVA; LIMA, 2002).

Outros estudos recentes focam a importância dos fatores psicossociais e comportamentais no desenvolvimento e manutenção das DCV (FERNANDES; MCINTYRE, 2006; LEWIN et al., 2009; PEREZ et al., 2005; PINTON et al., 2006)

---

<sup>4</sup> **Valvopatias** é o conjunto de doenças que se relaciona com as válvulas cardíacas. Os defeitos valvares são basicamente: **insuficiências** quando a valva não se fecha adequadamente no momento correto permitindo o refluxo de sangue no sentido inverso ao fisiológico, e **estenoses** é quando a valva oferece resistência ao fluxo que se faz no sentido habitual (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

<sup>5</sup> A **Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM)** é um tratamento que tem como objetivo restaurar o fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco. A abordagem cirúrgica é realizada pela esternotomia mediana, um vaso é retirado de outra parte do corpo e realizasse a junção entre a porção superior à lesão e a porção localizada abaixo da lesão. Os vasos utilizados para realizar a CRM e desviar o fluxo de sangue da obstrução podem ser: veia safena, artéria torácica interna, artéria epigástrica e/ou artéria radial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

indicando que alguns destes fatores não são controláveis (particular a idade, o gênero e história familiar). Assim, os estudos devem focalizar os fatores comportamentais, que podem ser alterados (FERNANDES; MCINTYRE, 2006), direcionados para as DCV's.

As DCV's representam, entre outras, as doenças que mais contribuem para morbi-mortalidade precoce, no perfil epidemiológico das sociedades urbano-industriais, principal causa de morte e de incapacidade para 2010 (WHO, 2002). Sobre o tema, destacam: estudos dos aspectos cognitivos de pacientes e familiares que vivenciam a experiência de insuficiência cardíaca congestiva (MAHONEY, 2001); crenças, conhecimentos e comportamentos relativos à doença cardíaca e sua prevenção (PRESTON, 1997), necessidades e preocupações de pacientes e familiares após CRM (THEOBALD; MCMURRAY, 2004). A maioria deles focaliza os aspectos biomédicos da doença cardíaca e outros abordam a perspectiva dos pacientes e/ou de seus familiares.

Face à complexidade de abordagem, outras pesquisas, mais recentes na área de cardiologia, enfocam a Qualidade de vida dos portadores de DCV de uma forma mais ampla, levando em consideração as dimensões objetivas e subjetivas, no intuito de avaliar as implicações das mudanças no estilo de vida, observando, a importância de fatores psicológicos (estresse, ansiedade, depressão, etc.), que incidem sobre a saúde (KRANZ; GRUBERG; BAUM, 1985). Há, contudo, lacunas nos estudos psicológicos voltados para apreensão da experiência de coronariopatia e de CRM, a partir da abordagem psicológica teórica cognitivo-comportamental, campo de estudo desta pesquisa.

## **1.2 Evidências acerca da DAC: Alguns estudos**

### **O estudo de *Framingham***

Em 1950, nos Estados Unidos, em Massachusetts, *Framingham* foi selecionada pelo governo americano para ser o local de um estudo cardiovascular. Inicialmente participaram desse estudo cinco mil adultos, entre 30 a 59 anos, sem manifestação de DCV, para uma avaliação clínica e laboratorial. O *Framingham Heart Study* tinha como objetivo inicial identificar fatores de risco da DCV (THE

FRAMINGHAM HEART STUDY, 1995-2010). Após serem reexaminados a cada dois anos, os participantes apresentaram doenças cardiovasculares, quando relacionados aos parâmetros iniciais da observação.

Sete anos depois, observou-se que em torno de 90% dos participantes acompanhados apresentavam incidência de eventos coronarianos. Esse número foi suficiente para realizar análise preliminar de resultados, no grupo de faixa etária entre 45 a 62 anos de idade. No grupo observado 1/3 teve morte súbita, de origem cardíaca; 1/5, aproximadamente, apresentava doença arterial coronariana assintomático. A taxa de incidência entre homens era duas vezes maior que taxa entre as mulheres: homens com hipertensão, obesidade ou concentrações elevadas de colesterol sérico, que desde o início, apresentaram problemas coronarianos.

No estudo a incidência de doenças coronarianas era maior, entre os fumantes, mas estatisticamente a associação ainda não era significativa. Somente depois surgiram associações indicativas do escore de *Framingham*, quando foram atribuídas pontuações ou “notas” aos tipos de fatores de risco encontrados em um indivíduo, mensurando possibilidades de incidência de eventos coronarianos agudo no período aproximado de dez anos, nas DCV’s.

Entre 1950 a 1960, outros estudos longitudinais confirmaram os dados desse estudo, e levaram a comunidade científica nas últimas décadas, a entendimentos detalhados das características individuais e ambientais relacionadas com as probabilidades de DAC. Estes estudos confirmaram a importância do *diabetes mellitus*, do tabagismo, níveis elevados de colesterol LDL<sup>6</sup>, baixos de HDL<sup>7</sup>, hipertensão arterial sistêmica, história familiar, obesidade, sedentarismo, síndrome plurimetabólica e ingestão de álcool como fatores de risco relacionados com arterosclerose e suas manifestações clínicas (KANNEL et al., 1997).

---

<sup>6</sup> **Dislipidemias** se refere à alteração dos níveis de lipídeos ou de lipoproteínas circulantes, devido às alterações na produção, no catabolismo, em consequência dos fatores genéticos ou ambientais. As dislipidemias são classificadas em: Hipertriglicerimemia isolada, Hiperlipidemia mista, Diminuição isolada do HDL-c e/ou associada a aumento dos triglicérides e/ou LDL-c . O **LDL** (lipoproteína de baixa densidade) refere-se a gama de partículas de lipoproteína, que variam em tamanho e capacidade, as quais carregam colesterol no sangue e pelo corpo para ser usado pelas células. É geralmente chamado de "mau colesterol" ou "colesterol ruim" devido à relação de altos níveis de LDL e doença cardíaca (DUTRA-DE-OLIVEIRA; MARCHINI, 2000).

<sup>7</sup> O **HDL** (lipoproteína de alta densidade) forma uma classe de lipoproteínas de alta densidade que variam em tamanho e capacidade, e carregam colesterol dos tecidos do corpo para o fígado. São capazes de absorver os cristais de colesterol, que começam a ser depositados nas paredes arteriais (retardando o processo arterosclerótico). Tem sido usado o termo "colesterol bom" para referir ao HDL, que se acredita que tem ações benéficas (DUTRA-DE-OLIVEIRA; MARCHINI, 2000).

Em 1960 confirmou-se a influência do tabagismo sobre a DAC, implantando-se campanha antitabagista. Dados revelam associações entre a pressão arterial elevada e o tabagismo, o que contribui para o maior risco de DAC. Isto levou a criação, em 1972, da National High Blood Pressure Education Program (NHLB). Constatou-se também que uma dieta rica em gordura eleva o risco de DAC, quando se estabeleceu forte associação positiva de LDL-c com a DAC, bem como o efeito inverso e protetor dos níveis de HDL-c. Foi criada, então, em 1985, pela NHLBI, o National Cholesterol Education Program (THE FRAMINGHAM HEART STUDY, 1995-2010). Do estudo original, aproximadamente 75% dos participantes morreram tendo como causa principal a DAC.

Em 1971 foi iniciada a segunda fase do estudo (Offspring Study), agora enfocando a descendência, foram recrutadas 5.124 pessoas, filhos dos cônjuges do grupo anterior. E, recentemente, ainda em andamento, na terceira fase da pesquisa (Omni Study) foram recrutados 500 pessoas. O objetivo é avaliar se os fatores de risco associados para o desenvolvimento da DAC, nestes indivíduos, são iguais ou diferentes dos verificados nos outros dois grupos. O estudo conta com pesquisadores de Boston University School of Medicine (BUSM) e colaboradores de todo o mundo. (THE FRAMINGHAM HEART STUDY, 1995-2010).

Os estudos de *Framingham* não abordavam aspectos comportamentais e estilo de vida na prevenção da DAC. Associava-se o aumento da pressão sanguínea e a aterosclerose ao processo normal do envelhecimento. Porém, os estudos anteriores colaboraram para as investigações de outras doenças como: osteoporose, *diabetes*, câncer, artrite, nutrição, audição, demência. Atualmente, os pesquisadores buscam as bases moleculares das doenças, novos fatores de risco e o seu papel no desenvolvimento da DAC. Os estudos de Framingham contribuem, finalmente, para as investigações das doenças hereditárias e para identificar genes responsáveis pelas desordens, daí sua importância (THE FRAMINGHAM HEART STUDY, 1995-2010).

### **O estudo *Interheart***

O *Interheart* foi outro estudo internacional (caso-controle), de base hospitalar, sistematizado para avaliar a importância dos fatores de risco para a DAC.

A pesquisa envolveu 26.916 indivíduos, recrutados em 262 centros de 52 países: Ásia, Europa, Oriente Médio, África, Austrália, América do Norte e América do Sul.

O Brasil participou desse estudo com 15.152 pacientes infartados do Miocárdio (IAM), pareando (idade e gênero) entre 14.820 controles hospitalares e comunitários. Os resultados confirmaram que nove fatores de risco incidiam sobre 90% no IAM, entre eles o tabagismo (26,8% dos controles eram tabagistas versus 45% dos casos); as dislipidemias mais de 2/3 deste risco; a ingestão moderada de álcool mostrou-se protetora para eventos cardiovasculares, em 10% dos casos; de modo semelhante, a prática de atividade física regular. Outros fatores (obesidade, *diabetes* e hipertensão), além dos psicossociais, foram também associados, tanto em homens como em mulheres, jovens e idosos nas análises de incidências de IAM. Também foi possível observar que o consumo diário de frutas e vegetais, apresentam efeito protetor para IAM (YUSUF et al., 2004). Esse achado sugere que as modificações dos aspectos relacionados ao estilo de vida podem, potencialmente, reduzir o risco de IAM do miocárdio, acima de três quartos, em comparação indivíduos aos estilos de vida prejudiciais.

### **O estudo FRICAS**

Entre 1994 e 1995, 20 centros médicos no Brasil, desenvolvido pelo Comitê de Epidemiologia da União das Sociedades de Cardiologia da América do Sul (USCAS), foram realizados estudos multicêntricos sobre Fatores de Risco para a Insuficiência Coronariana, na América do Sul (FRICAS). A população estudada foi de 591 pessoas, distribuídas em dois grupos: os que sofreram infarto agudo do miocárdio (IAM), diagnosticado no momento do recrutamento; o grupo dos não portadores de DCV (grupo controle), com 299 pacientes com IAM; e, o grupo controles, 292 indivíduos, identificados e admitidos com largo espectro de doenças agudas, não relacionadas a fatores de risco conhecidos ou suspeitos para IAM. Os estudos envolviam 20 centros, 13 situados em São Paulo, a maioria da cidade de Marília (169 pacientes, 28% do universo).

Os dados foram coletados por questionário estruturado, preenchido pelo próprio paciente. Os pacientes (casos- controle) foram agrupados por idade e sexo, e não houve diferenças significativas entre os dois grupos nas variáveis

mencionadas. Os critérios para inclusão no grupo IAM foram: quadro clínico, caracterizado por precordialgia<sup>8</sup>, com duração superior a 30 minutos; quadro laboratorial, baseado na elevação enzimática (CK-MB) superior a, no mínimo, 50% daqueles considerado normal pelo método empregado e eletrocardiograma (ECG) mostrando novas ondas Q, segundo a classificação de Minnesota.

No grupo controle foi exigido como critério de inclusão, os pacientes provenientes do mesmo centro, portadores de algumas das seguintes afecções: traumatológicas, abdominais agudas, oftalmológicas e otorrinolaringológicas agudas e doenças de pele. Foram excluídos os portadores de doença cardiovascular, vascular periférica, vascular cerebral ou doenças crônicas de qualquer tipo. O recrutamento dos pacientes deu-se a partir das unidades de emergência e/ou pronto-atendimento dos hospitais participantes.

Os pacientes com suspeita de IAM foram submetidos a ECG e dosagem de enzimas séricas para confirmação diagnóstica. Adquirida a confirmação dos casos de IAM, procedia-se o emparelhamento com um controle do mesmo sexo e idade aproximada (diferença de no máximo cinco anos). Para ambos foram aplicados questionário estruturado, padronizado e idêntico, observando a dosava-se o colesterol, após 12 horas de jejum. Do questionário, foram analisadas as seguintes variáveis: hábitos de vida (tabagismo, atividade física, padrão de alimentação); antecedentes pessoais de hipertensão arterial, *diabetes mellitus*; antecedentes de DAC, na família; estado civil, nível sérico do colesterol total; atividade profissional (com relação à atividade física); situação socioeconômica; e nível educacional e obesidade.

Os fatores relacionados ao risco de IAM foram, para caso e controle, respectivamente: valor do colesterol total  $210,93 \pm 46,74$  mg/dl e  $185,71 \pm 45,45$  mg/dl; porcentagem de tabagistas: 41,69% e 27,20%; hipertensão arterial: 52,35% e 20,88%; *diabetes mellitus*: 19,70% e 9,93%; história familiar: positiva no pai dos indivíduos em 42,14 e 33,22% e na mãe em 42,14% e 30,82%; situação socioeconômica alta: 88,99% e 60,20%; proprietários de casa própria: 44,45% e 33,21% de automóvel; atividade física: 56,83% (havia mantido o hábito de caminhar no ano que antecedeu à entrada no estudo) e 48,28%; hábitos alimentares

---

<sup>8</sup> **Precordialgia** é a dor ou desconforto sentido na região anterior do tórax. A angina do peito e o infarto do miocárdio (ataque cardíaco) são algumas entre as várias causas de precordialgia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

ruins: 38,79 e 28,42% consumiam habitualmente embutidos. A média do peso corporal foi de  $72,50 \pm 26,89$  kg e  $69 \pm 12,26$  kg e a altura média de  $166,56 \pm 7,81$ cm e  $166,66 \pm 8,47$ cm. O estudo confirmou a importância da hipercolesterolemia, IAM, *diabetes*, sobrepeso e história familiar positiva, como fatores de risco para ocorrência de IAM. Mostrou também relação direta e significativa entre a ocorrência de IAM e a baixa condição socioeconômica (SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY, 1998).

### **O estudo AFIRMAR**

Entre 1997 e 2000, novo estudo de tipo semelhante envolveu 104 hospitais, em 51 cidades brasileiras. O objetivo era avaliar a associação de fatores de risco convencionais e pacientes nas primeiras 24 horas com IAM, estudo de segmento denominado “Avaliação dos Fatores de Risco para Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil – AFIRMAR”. Participaram 2.558 pacientes, construindo 1.279 pares e os seguintes fatores de risco independente para IAM: depois do cigarro ( $\geq$  a 5 cigarros / dia); as maiores causas do problema são *diabetes* e obesidade (glicemia  $\geq$  126 mg/dl; relação cintura-quadril  $\geq$  0,94) . Nos obesos foram multiplicadas 2,4 das suas possibilidades de infarto em relação aos que tinham peso normal. O colesterol alto esteve como quarto colocado no estudo, com altos níveis de LDL mostrou 2,1 vezes mais chances de infartar do que aqueles com taxas normais (100 mg/dl a 120 mg/dl). O histórico familiar positivo para DAC, também apresentou um alto risco de infarto (2,9 vezes mais chances). Um ponto importante no estudo é que o paciente com mais de um fator de risco tem suas chances de infarto multiplicadas. Foram comparadas as condições físicas e os hábitos de 2.558 pacientes de 51 cidades. Esses são os principais riscos que uma pessoa pode controlar a partir de medicamentos ou mudança de hábitos.

A pesquisa também confirmou os fatores que diminuem o risco de IAM, o álcool que ajuda a prevenir doenças cardiovasculares, ingerido de três a sete vezes por semana tem menos chance de infarto que um abstinente, quando o consumo de álcool é moderado; renda familiar  $\geq$  R\$ 1. 200,00 e grau de instrução (PIEGAS et al., 2003).

### 1.3 Fatores de risco associados às cardiopatias

A expressão “fator de risco” foi utilizada pela primeira vez no estudo Cardiológico de *Framingham* (EUA), para denominar os atributos que estatisticamente contribuíam para o desenvolvimento da DAC, cuja classificação mais utilizada os divide em fatores de risco, não modificáveis e modificáveis e/ou controláveis (ARMAGANIJAN; BATLOUNI, 2000; GUIMARÃES, 2002; FERNANDES; MCINTYRE, 2006).

#### 1.3.1 Fatores de risco não modificáveis

##### Idade e Gênero

A idade é um fator de risco para as DCV somente acima dos 65 anos, exceto para aqueles acometidos pelas arritmias idiopáticas (LANE et al., 2005). Pesquisadores observaram que os pacientes com fibrilação ventricular idiopática<sup>9</sup> eram significativamente mais jovens na ocasião do evento DCV (36.0 + 11.6 anos) do que os pacientes que já apresentavam a DCV (57.1 + 8.1 anos). Similarmente, Gianotti-Hallage (1990) constatou que pacientes que relataram alterações emocionais anteriores às arritmias eram, em média, seis anos mais jovens e, que em muitos casos, não tinham doença cardíaca, sugerindo que a idade não é pré-requisito para arritmogênese.

Os indivíduos mais idosos, acima de 65 anos, possuem maior predisposição a apresentar fibrilação auricular<sup>10</sup> em decorrência da perda de células de condução associada à idade, cuja prevalência de fibrilação é de 5 a 6 % (SCULMAN, 1999).

---

<sup>9</sup> **Fibrilação ventricular idiopática (FVI)** é caracterizada por uma série muito rápida de sístoles caóticas dos ventrículos. Se não for interrompida, ela é fatal. A forma idiopática ( FVI ) ocorre na ausência de qualquer doença cardíaca estrutural (corações aparentemente normais através dos métodos não-invasivos) ou funcional subjacente, isto é, em pacientes sem cardiopatia reconhecida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

<sup>10</sup> **Fibrilação atrial** ou **auricular** é um tipo de arritmia cardíaca em que a frequência ou o ritmo do coração tornam-se anormais. A Fibrilação Atrial causa uma batida do coração rápida e irregular durante a qual as duas câmaras superiores do coração (os átrios), que recebem o sangue do restante do corpo, tremem ou "fibrilam" em vez de bater normalmente. Os fatores principais que aumentam o risco de fibrilação atrial são: idade, DAC, doença reumática do coração (causada pela doença reumática), pressão alta (hipertensão), *diabetes*, excesso de hormônios da tireóide (tireotoxicose) (BERKOW, 1989).

Solimene et al., (2003) indicam que, na população estudada, 4% a 8% dos que apresentaram infarto agudo do miocárdio tinham idade igual ou inferior a 40 anos. As pessoas mais jovens apresentaram características clínicas peculiares, dos consumidores de tabaco (80% a 94%), com lesões uniarteriais ou artérias normais, ao exame cinecoronariografia. Após o infarto no miocárdio, os jovens parecem apresentar dificuldades econômicas e psicossociais, por serem acometidos pela doença em fase de maior produtividade (FOUMIER et al., 1996; ZIMMERMAN et al., 1995).

Os riscos para as DCV's crescem com a idade, sendo que, a cada dez anos há uma possibilidade de aumentar em 2,5 vezes a mortalidade por essas doenças. A magnitude dos fatores de risco e a ocorrência de manifestações clínicas aparecem mais tardiamente em mulheres do que em homens. Nas mulheres, no período pós-menopausa, há um declínio de produção estrogênica, com conseqüente queda dos níveis séricos de HDL e aumento sérico de colesterol total e LDL (FARMER, 1996; KANNEL, 1986).

O estresse apresenta uma maior prevalência nas mulheres e pode ser explicado pela sobrecarga de atividades (profissionais, pessoais, biológicas, hormonais, sexuais e sociais) e após a menopausa (STRAUB, 2005). Pesquisa sobre o climatério constatou vários sintomas e queixas psíquicas de mulheres (irritabilidade, ansiedade e depressão) particularmente quando perdem seu papel social e não conseguem estabelecer novos objetivos de vidas.

Dados do Registro Americano de Angioplastia revelaram que, embora o índice de sucesso em CRM e angioplastia<sup>11</sup> transluminal percutânea (ATP) seja semelhante entre os gêneros, as mulheres apresentam maiores complicações pós-operatórias. Elas apresentam maior prevalência de *diabetes mellitus* (DM), angina, insuficiência cardíaca e HAS coincidindo com o estado de depressão associado às complicações no pós-operatório tardio em CRM (PINTON et al., 2006).

Estudos também demonstram que homens e mulheres guardam diferenças, tanto nas respostas emocionais quanto nas cardíacas e/ou resultados inconsistentes, provavelmente devido a seus diferentes estilos de expressarem a raiva. Há diferenças quanto aos estressores dos homens e das mulheres diante de

---

<sup>11</sup> **Angioplastia transluminal percutânea (ATC)** pode ser definida como a desobstrução da artéria coronária com o uso de um catéter balonado ou um dispositivo metálico intra-coronário chamado stent (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

fatos que suscitam raiva (LAVOIEA et al., 2001). No estudo de Kubzansky e Kawachi (2000) consideram que as mulheres relataram maior gama de emoções e verbalizaram com maior intensidade sua raiva, mas também a reprimem diante da preocupação com a receptividade do outro. Já, os homens expressam mais livremente a sua raiva e reprimem o medo, razão de apresentarem maiores níveis de ativação fisiológica. Mas, as condutas produzidas por esse sentimento, nas mulheres, frente a outros estados de humor (tristeza, felicidade, sentimentos de desafio ou de controle) não apresentaram diferenças significativas na reatividade cardiovascular.

### **História familiar positiva**

A anamnese da patologia familiar revela suscetibilidade genética para o desenvolvimento de DAC (PEREZ et al., 2005). Esta proposição é confirmada no estudo de FRICAS, na comparação entre os grupos que apresentou de história positiva de DAC: há maior incidência de infartados, naqueles que tem histórico familiar, quer se considere a mãe (42% e 30%) ou o pai dos pacientes (42% e 30%). No entanto, mesmo sendo um fator de risco irreversível, a atenção preventiva primária, na infância e na adolescência, permite relativizar esse risco (SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY, 1998).

### **1.3.2 Fatores de risco modificáveis**

#### **Tabagismo**

O fumo é responsável por aproximadamente quatro milhões de óbitos por ano no mundo, sendo que 40% dessas mortes são causadas por DCV. O tabagismo afeta 16% dos brasileiros, está associado a 25% das DCV, incluindo derrame cerebral, e 25% das mortes causadas por angina e IAM (BRASIL, 2005). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o tabagismo, principal causa de morte, como algo que pode ser evitada. Estima-se que 1/3 de toda a população

adulta é tabagista e o total de mortes atingiu 4,9 milhões/ano, o que corresponde a mais de 10 mortes por dia (BRASIL, 2005).

Estudos epidemiológicos mostraram que a frequência de eventos coronarianos entre ex-fumantes é significativamente menor do que entre fumantes. Doll et al. (1994) observaram que nos 34.439 pacientes acompanhados entre 1951 a 1991, a interrupção do consumo do tabaco, antes dos 35 anos, reduziu o risco cardiovascular a taxa similares às dos fumantes. A probabilidade de um indivíduo não fumante viver até 70 anos é de 80%, enquanto no indivíduo fumante essa probabilidade caiu para 59%. Nos indivíduos que fumavam mais de 25 cigarros, por dia, a mortalidade foi duas vezes maior e, particularmente na população com idades entre 45 e 64 anos, estes índices foram três vezes maiores em fumantes.

Para Armaganijan e Batlouni (2000) existe relação entre tabagismo e aterosclerose, observada em 1.372 necropsias, que mostraram que quanto maior o número de cigarros consumidos, maior será a extensão da lesão coronariana. No estudo de FRICAS ficou demonstrado que os três principais fatores de risco para DAC são respectivamente, hipercolesterolemia, tabagismo e HAS, referindo que 41,69% dos infartados eram fumantes contra 27,2% do grupo controle (SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY, 1998). Da mesma forma, LaCroix et al. (1991) investigaram, em estudo longitudinal, que há relação entre o consumo de tabaco e mortalidade em pessoas com idade acima de 65 anos, concluindo que os fumantes morriam numa proporção duas vezes maior que os não fumantes.

Farmer et al. (1996), concluíram que os fumantes passivos são mais sensíveis ao fumo e aos seus efeitos cardiovasculares. Assim, sugerem que a exposição passiva ao tabaco está relacionada a baixos níveis plasmáticos de HDL, o que está associado a uma disfunção endotelial significativa. De acordo com o estudo de Intervenção aos Múltiplos Fatores de Risco (MRFIT) verificou que maridos cujas esposas eram fumantes tinham risco de morte por DCV; por outro lado, a cessação do consumo de tabaco, por parte das esposas, reduziu a prevalência de IAM de 50 a 70% do risco cardiovascular. Fatores ambientais e comportamentais e não genéticos, podem contribuir para a determinação de fatores de risco cardiovascular, na medida em que a concordância em casais pode refletir estilos de vida semelhantes.

## Obesidade e Hábito Alimentar

A obesidade, como definição clínica, caracteriza-se por acúmulo de gordura no tecido adiposo, levando a um aumento de 20% ou mais do peso ideal (ISSA; FRANCISCO, 1996). Na relação dos parâmetros de peso para estatura (índice de Quelet<sup>2</sup>), adultos, valores até 25 Kg/m<sup>2</sup> são considerados normais; maiores que 25 Kg/m<sup>2</sup> e menores que 30 Kg/m<sup>2</sup> são considerados sobrepeso; e acima de 30 Kg/m<sup>2</sup> são considerados obesidade. O sobrepeso e a obesidade contribuem como risco para doenças crônicas, distúrbios psicológicos, dislipidemia, HAS e DM. Martinez et al. (1996) evidenciaram que há estimativas de que 85% de todos os diabéticos com mais de 50 anos sejam hipertensos e obesos; 80% de todos os diabéticos apresentam HAS e intolerância à glicose; e 67% dos hipertensos são também diabéticos e obesos. Assim, também, Giannini et al. (1998) avaliaram que os adultos obesos apresentam maiores níveis de colesterol total, triglicérides e pressão arterial, e recomendam intervenções quanto a susceptibilidade em crianças e adolescentes no sentido das ações de promoção da saúde e prevenção da doença até o seu tratamento.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) juntamente com o Ministério da Saúde, revelaram através dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) entre 2003 a 2004, que aproximadamente 32% da população brasileira apresentou sobrepeso (IMC > 25 Kg/m<sup>2</sup>), sendo esta taxa de 38% para o sexo feminino e 27% para o sexo masculino. A obesidade (IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>) foi encontrada em 8% da população brasileira. O excesso de peso e a obesidade crescem com os rendimentos na população masculina, o contrário acontece na população feminina, quanto menor a renda, maior o excesso de peso e a obesidade (IBGE, 2004).

Embora haja caso de distúrbios glandulares, outros estudos têm evidenciado que há associação entre as características qualitativas e quantitativas da dieta, a obesidade e a ocorrência de enfermidades crônicas, entre elas, a DAC. Isso é confirmado por Castro (2004) e Cervato (1997), que demonstram que os hábitos alimentares apresentam-se como marcadores de risco para DAC na medida em que o consumo elevado de colesterol, ácidos graxos saturados somados ao baixo consumo de frutas e hortaliças, contribuem também para a etiologia das dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes.

## Hipertensão arterial sistêmica – HAS

A HAS é uma doença de etiologia múltipla, vinculada a características hereditárias, dietas ricas em sal, causa lesão nos chamados órgãos-alvos, como coração, vasos, cérebro, rins e retina, pelo efeito direto do estresse da parede arterial, com subsequente dano vascular. Pode explicar aproximadamente 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral e 25% dos óbitos por doença coronária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

Os resultados do estudo MRFIT, realizados durante o período de 12 anos, com a participação de 3.160 homens com idades variando de 35 a 37 anos, demonstraram que, à medida que o nível de colesterol vai aumentando, é acompanhado do risco de aparecimento de doença aterosclerótica. O risco de DAC é duplicado quando os níveis de colesterolemia passam de 200 para 250 mg/dl e quadruplicado quando o nível é de 300 mg/dl. Além disso, observou-se que a redução de 1% no colesterol total se associou com a diminuição, em média, de 2-3% no risco para DAC e que esta associação permanece inalterada à análise multivariável, demonstrando que o colesterol total define o risco coronariano. Neste estudo, constatou-se também que do total de participantes, 3.160 homens que morreram de doença cardíaca, além dos índices de colesterol, o consumo de tabaco também representou fator de risco com o mesmo valor (FARMER et al., 1996).

Smith et al. (2004) concluíram que a HAS além de aumentar o risco de eventos recorrentes após o primeiro episódio agudo da doença, está associada, na maioria dos casos à DAC, a outros fatores de risco, como as dislipidemias, diabetes, estresse e ansiedade. Farret (2005) evidenciou que estes fatores de risco parecem estar relacionados metabolicamente e, quando associados (situação denominada de síndrome plurimetabólica)<sup>12</sup> aumentam ainda mais o risco cardiovascular do que quando aparecem isoladamente.

---

<sup>12</sup> **Síndrome plurimetabólica** é caracterizada pela concentração plasmática de TG e LDL-c elevados e de HDL-c reduzido, que aumenta em 20 vezes o risco de desenvolver a enfermidade coronariana. Também é acompanhada do aumento na concentração de apolipoproteína  $\beta$ , um marcador da concentração de lipoproteína aterogênica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

## **Sedentarismo e a prática de atividades físicas**

Há estreita relação entre o sedentarismo e a propensão ao desenvolvimento de DAC. A importância da prática de exercício físico pode ser constatada como forma de prevenção e reabilitação para os pacientes. No estudo de *Framingham* foram constatadas menor morbidade e mortalidade de origem cardiovascular e maior expectativa de vida em pessoas que mantinham prática regular em exercícios físicos (FONSECA et al., 1999). Observou-se também a correlação positiva entre o grau de atividade física e o risco de doença coronariana ou de morte súbita, sendo o risco cerca de duas vezes maior nos sedentários (DIAMENT et al., 2000).

O condicionamento físico produz reduções na pressão arterial sistólica em 5 a 15 mmHg, e a diastólica em 5 a 10 mmHg e beneficia no tratamento da obesidade. Tal diminuição provavelmente acontece devido à redução da resistência vascular periférica e dos níveis plasmáticos de catecolaminas e de insulina, o que promove maior autoconfiança com redução da depressão e ansiedade (STOCCO; BARRETO, 2000).

A diminuição do sedentarismo, através da prática sistemática de exercícios físicos e atividades desportivas, influencia na qualidade de vida das pessoas, além de proteger da DCV. Recomenda-se a prática de atividade moderada por no mínimo 30 minutos, todos os dias da semana (FONSECA et al., 1999). Esta atividade física engloba qualquer atividade realizada no trabalho, lazer, ir de um lugar a outro ou nas tarefas domésticas (WHO, 2003).

## **Dislipidemias**

Diament et al. (2000) concluíram que o colesterol total e a lipoproteína de baixa densidade (LDL-colesterol) em nível maior, bem como lipoproteína de alta densidade (HDL-colesterol) diminuída, estabelecem relação causal com o surgimento de DCV.

O Estudo de Sete Países, cuja população foi 11.579 homens na faixa etária entre 40 e 59 anos avaliados durante 15 anos, foi o primeiro a demonstrar a relação entre o consumo de gordura saturada e níveis plasmáticos de colesterol. Nos países onde o consumo de gorduras saturadas foi superior a 15% das calorias diárias, as pessoas apresentaram maiores concentrações de colesterol total e LDL-c e maior mortalidade (FONSECA et al., 1999). Similarmente, o estudo de *Framingham*

constatou a importância do nível de colesterol em indivíduos normais no desenvolvimento de complicações ateroscleróticas; o MRFIT confirmou a relação positiva entre o aumento do colesterol total e mortalidade por DAC, aumento do colesterol total e LDL- c e a associação negativa entre DAC e HDL- colesterol (FARMER et al., 1996; FARRET, 2005; FORTI et al., 1999).

O tratamento adequado das dislipidemias modifica a evolução das lesões ateroscleróticas, retarda a sua progressão, promove a sua estabilidade e impede novas lesões, levando a redução de novos eventos coronários e de mortalidade. Combater este fator através de terapia medicamentosa e de alimentação adequadas é de suma importância (FORTI et al., 1999; GUS; FUCHS, 1995).

### **Consumo excessivo de álcool**

Stocco e Barreto (2000) e Silva (1996) referem que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é importante fator de risco para HAS, acidente vascular e IAM. A Organização Mundial da Saúde define como consumo moderado de bebidas alcoólicas uma dose/dia para mulheres e duas doses/dia para os homens. Entende-se como dose padronizada a uma lata de cerveja ou meia garrafa de cerveja, um cálice de vinho ou uma dose de bebida destilada (WHO, 2003). A ingestão de álcool moderada pode ser benéfica, no sentido de diminuir o risco da arterosclerose e de suas complicações. Contudo, a ingestão acima desse nível produz conseqüências sociais, distúrbio do ritmo cardíaco, aumento da pressão arterial sistêmica, do peso corporal e da glicemia e, nos cardíacos, levar à morte súbita.

### ***Diabetes Mellitus (DM)***

A literatura define diabetes *mellitus* (DM)<sup>13</sup> como uma desordem crônica caracterizada por metabolismo prejudicado pela glicose, podendo desenvolver com

---

<sup>13</sup> O **DM tipo I**, ou insulino-dependente, caracteriza-se clinicamente por insuficiência de secreção pancreática de insulina, obrigando o portador à utilização de injeções diárias de insulina para a sua sobrevivência. O **DM tipo II**, ou diabete insulino não- dependente, é a forma mais freqüente da doença e está associada em geral à obesidade, apresentando diferentes graus de insuficiência insulínica, variando desde pequenas tolerâncias à glicose até a forma insulipênica semelhante ao tipo I (BRASIL, 2000).

complicações vasculares e neurológicas, que envolve mecanismos patogênicos, cujo determinante é a hiperglicemia. Provoca mudanças na estrutura do LDL-c, ocasionando a não metabolização de algumas substâncias (amidos, açúcares, etc.) pelo organismo, o que pode levar a aterosclerose. O Censo Nacional de Diabetes, de 1980, mostra que a prevalência na idade entre 30 a 60 anos foi de 7,6%, com variação de 5-10%, de acordo com a capital brasileira avaliada; já o estudo transversal da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo mostrou prevalência de 7,6% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001; RABELO; MARTINEZ, 1998). A previsão em 2010 é de que o número de diabéticos chegue a 11 milhões. O DM é a sexta causa de morte no país, sendo registrados aproximadamente 25 mil óbitos (BRASIL, 2000).

A DM II é caracterizada pela incapacidade da célula  $\beta$  manter a secreção de insulina adequada, além da resistência à ação da insulina, que diminui a utilização da glicose pelo músculo e tecido adiposo prejudicando a ação da lipólise controlada por esse hormônio. A oferta elevada de ácidos graxos livres inibe a ação da insulina e compete com o transporte de glicose pelo músculo esquelético (KAUFMAM, 2002). A exposição prolongada aos elevados níveis de glicose circulante no diabetes favorece o desenvolvimento de DAC, por ocasionar lesões no coração e no sistema vascular, culminando com alterações no sistema nervoso, retina e rins (BRASIL, 2005; ZANELLA, 1999).

Os indivíduos diabéticos apresentam duas a três vezes maior risco de serem acometidos por evento coronariano quando comparados com a população geral e a mortalidade no IAM pode chegar a 30%. É um potente fator de risco que contribui com substancial parcela de óbitos e de morbidade por doenças crônicas entre adultos e idosos, atuando desta forma como fator de restrição da qualidade de vida em populações (BRASIL, 2005).

O MRFIT evidenciou em estudo de seguimento, por doze anos, com 5.136 homens diabéticos e 3.042 não diabéticos, que o risco de mortalidade em diabéticos por DCV foi três vezes maior com ausência de outros fatores de risco, e cinco vezes maior, em pacientes que apresentavam além do diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia e tabagismo (STAMLER et al., 1993). Serrano et al. (1998) observaram em mulheres diabéticas um maior risco de IAM, provavelmente em decorrência de outros fatores de risco, como HAS, dislipidemias e particularmente, a obesidade.

## Homocisteína (He)

Falk, Zhou e Moller (2001) constataram em seus estudos que níveis elevados de homocisteína<sup>14</sup> no sangue possui causas multifatoriais, entre estas a ingestão elevada de metionina<sup>15</sup>, redução do metabolismo, alterações genéticas ou deficiência de enzimas (cistationina  $\beta$  sintase ou metilenotetrahidrofolato redutase – MTHFR) ou de vitaminas (B12, B6 e ácido fólico) importantes no processo do metabolismo da homocisteína.

Murphy-Chutorian e Alderman (1994) demonstraram a associação entre a homocisteinemia e doença vascular periférica, doença cerebrovascular e DAC, verificaram que a concentração do aminoácido (He) era significativamente mais elevada do que a encontrada em indivíduos saudáveis. Outros estudos ressaltam que os valores da homocisteinemia parecem ser também preditores de mortalidade em pacientes com DAC, além de apresentar relação com a intensidade do processo aterosclerótico (LAURENCE DE KONING et al., 2003; NIKFARDJAM, GRAF; HORNYKENYCZ, 2001).

## Variáveis Sociais

### Suporte social

Suporte social é entendido como qualquer informação, cuja expressão pode ser verbal ou não verbal, oferecida por pessoas ou grupos, que resulta em efeitos emocionais, gerador de comportamentos positivos. Entende-se como processo recíproco, tanto para quem oferece quanto para quem recebe o apoio (MINKLER, 1985).

As pesquisas demonstram uma associação positiva entre suporte social, adesão ao exercício físico e qualidade de vida. Cohen e Syme (1985) e Serra (2000)

---

<sup>14</sup> **Homocisteína (He)** é um aminoácido proveniente do metabolismo da metionina, que contém enxofre. A hiper-homocisteinemia causa lesão e disfunções endoteliais por toxicidade direta e aumento dos níveis de moléculas de adesão circulantes e de marcadores de coagulação, potencialmente mediante o feito pró-oxidante no endotélio vascular (CHAMBERS et al., 1999; NAPPO et al, 1999).

<sup>15</sup> **Metionina** A metionina é um dos aminoácidos codificados pelo código genético, sendo, portanto um dos componentes das proteínas dos seres vivos (FONSECA; GULBA; FINK, 1999).

referem-se ao suporte social como representação de conforto, assistência e/ou informação recebida pela pessoa, através de conexões formais e informais, individuais ou em grupos. Os efeitos dependem da natureza do receptor e da origem do suporte. Pessoas pessimistas não se beneficiam de suporte social, ao contrário, o apoio oferecido por amigos é mais eficaz do que aquele oferecido por pessoas estranhas (GLYNN; CHRISTENFELD; GERIN, 1999). Há associação entre suporte social e níveis de saúde e/ou presença de suporte social funcionando como agente “protetor” frente ao risco de doenças induzidas por estresse (GLYNN; CHRISTENFELD; GERIN, 1999; MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002; SERRA, 2000).

A percepção positiva dos pacientes ao suporte social confere menores riscos de eventos cardíacos (ROZANSKI et al., 1999). Ele favorece o prognóstico da doença coronariana, pois promove a adesão ao tratamento e a modificação de fatores de risco, bem como atenua o desaparecimento de sintomas depressivos decorrentes do episódio coronariano agudo (FRASURE-SMITH et al., 2000; FARMER et al., 1996) e sintomas físicos reativos ao estresse ambiental (FRASURE-SMITH; LESPERANCE, 1998). Assim, o suporte social também previne comportamentos de risco modificáveis (tabagismo, consumo excessivo de álcool e de alimentos que contêm gorduras saturadas) e diminui os comportamentos prejudiciais à saúde causando bem estar (ROZANSKI et al., 1999).

Krumholtz et al. (1998) investigaram em pacientes idosos hospitalizados com Insuficiência Cardíaca Congestiva<sup>16</sup> (ICC), a ausência de suporte social e apoio emocional, isto é, disponibilidade de escuta, atenção, estima, foram medidos antes da admissão hospitalar, constatados como elevado fator de risco, independente da ocorrência de eventos cardiovasculares fatais, no mesmo ano após a admissão. Observaram também que as mulheres que tinham dificuldade em aceitar apoio, baixa disponibilidade de escuta e baixa auto-estima, apresentaram três vezes mais re-hospitalização por ICC ou angina no ano seguinte, do que aquelas que tiveram amplo suporte.

Dantas e Aguillar (1999) constataram que no processo de recuperação no doente cardíaco, ficar longe da segurança do ambiente hospitalar é um dos aspectos

---

<sup>16</sup> **Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)** representa o conjunto de sinais e sintomas decorrentes do mal funcionamento do coração, quando este não está sendo capaz de bombear o sangue em direção aos tecidos e suprir a necessidade de oxigênio e nutrientes do organismo (BERKOW, 1989).

que preocupam os familiares no retorno a casa. Os membros da família são considerados fontes ideais de suporte social para pacientes idosos com DAC (FRIEDMAN, 1993). A interação de suporte social e recursos pessoais de enfrentamento podem contribuir minimizando o impacto da doença crônica sobre o estado mental. Os pacientes que possuem esses aspectos associados à elevada auto-estima e auto-eficácia apresentam risco menor de desenvolverem depressão (PENNINX, 1999).

A presença de apoio do cônjuge, frente à reabilitação do paciente cardíaco, tem estimulado mudanças no comportamento, tais como: auxiliar nas tarefas domésticas, atividades de lazer e no preparo das dietas saudáveis (DANTAS; AGUILLAR, 1999; BOUTIN-FOSTER; CHARLSON, 2002). De modo geral, independente do gênero, pessoas com rede social de apoio ou que se sentem menos solitárias vivem mais e de maneira mais saudável, pois o suporte social auxilia nas respostas fisiológicas frente ao estresse (GLYNN; CHRISTENFELD; GERIN, 1999).

### **Nível sócio-econômico**

O nível sócio-econômico é definido a partir dos recursos disponíveis para o sujeito, incluindo renda, acesso a recursos de saúde e de educação. Os indicadores de nível sócio-econômico mais utilizado em pesquisa de saúde referem-se ao grau de instrução e o prestígio ocupacional. Porém, estudos de Gallo e Mathews (2003) referem que as implicações do grau de instrução para o nível econômico e de saúde podem variar em relação à idade, gênero e etnia, mas não estão dissociados a outros aspectos culturais.

Lotufo (1996), Gallo e Mathews (2003) salientam que o baixo nível sócio-econômico contribui para o acesso diferenciado aos serviços de saúde e, que, essas diferenças estão associadas, em parte, à distribuição desses recursos básicos de saúde, como cuidados à saúde, nutrição e condições sanitárias. Esses fatores estão relacionados também à maior exposição de comportamentos de risco e de outros fatores psicossociais, contribuindo com o pior prognóstico em pessoas com DAC instalada (ROZANSKI et al., 1999).

No Brasil, a partir da década de 1970, houve um significativo ingresso da mulher no mercado de trabalho pelas dificuldades profissionais enfrentadas pelos cônjuges, aumentando com isso o número de famílias chefiadas pela mulher, acentuando os estressores psicossociais desse gênero (PEREZ, 2005). As altas taxas de morbi-mortalidade encontradas entre as mulheres acometidas pelas doenças cerebrovasculares e DCV são resultantes do movimento demográfico na segunda metade da década de 1980, levando essas pessoas com problemas nutricionais desde a infância ao consumo de tabaco e à diminuição de atividade física. Esses dados são expressos na sua história de vida, o que refletiu na diminuição dos índices das doenças infecciosas e no aumento da atenção e tratamento das doenças crônicas (LOTUFO, 1996).

Estudos sugerem que a associação entre o nível sócio-econômico, as emoções e atitudes negativas se relacionam a sintomas depressivos, de ansiedade e hostilidade, o que pode sugerir que o baixo nível sócio-econômico antecede o desenvolvimento de sintomas ansiogênicos e depressivos. Paralelamente, essas pessoas com saúde física e emocional debilitadas podem diminuir seu nível econômico, e provavelmente, essas relações seriam dinâmicas e recíprocas (GALLO; MATHEWS, 2003).

### **Variáveis Psicológicas**

A partir da década de 1970, estudiosos das DCV e seus fatores de risco questionaram a suficiência dos fatores tradicionalmente reconhecidos como preditores de eventos cardíacos primários, bem como a recuperação e prognóstico dos infartos do miocárdio, iniciando o interesse em estudar fatores de risco psicossociais (FRASURE-SMITH; LESPERANCE, 1998).

Atualmente, os fatores de risco tradicionais, tabagismo, hipertensão, hipercolesterolemia, obesidade e *diabetes*, explicam somente 40% da ocorrência das doenças cardíacas (KUBZANSKY; KAWACHI, 2000) e a depressão, medida através de instrumentos distintos, está independentemente associada a um pior prognóstico em doença cardíaca isquêmica (BLUMENTHAL et al., 2005). Tais evidências devem ser notificadas e identificadas pelo médico, como fatores de risco psicossociais deletérios e que podem ser modificáveis (ROZANSKI et al., 1999). À

medida que a população envelhece, cresce a necessidade de identificar fatores de risco para doenças crônicas, em especial as cardiovasculares, permitindo a prevenção primária bem como os cuidados médicos adequados, melhorando dessa maneira a qualidade de vida (SYME, 2002).

Frasure-Smith e Lesperance (1998) relatam que pesquisas sobre fatores de risco psicossociais para doenças coronarianas seguem três correntes. A primeira refere ao Padrão de Comportamento Tipo A e a raiva; a segunda refere ao suporte social e a terceira estabelece associação entre estresse e a depressão. Rozanski, Blumenthal e Kaplan (1999) enfatizam a ansiedade, e acrescentam fatores psicossociais à DCV, como personalidade e traços de caráter, isolamento social, depressão, estresse crônico e subagudo diário.

Programas de reabilitação cardíaca que incluem intervenções psicossociais reduzem a morbidade, mortalidade e estresse psicológico, influenciando positivamente fatores de risco como pressão arterial, colesterolemia e frequência cardíaca, produzindo, conseqüentemente diminuição da estenose arterial, dos níveis de LDL-c e episódios de angina<sup>17</sup> (SIROIS; BURG, 2003).

## **Ansiedade**

A ansiedade é definida como um sentimento difuso e desagradável de apreensão, caracterizado pela antecipação de algo desconhecido ou perigoso e seguido por um conjunto de reações autônomas, que pode assumir uma constelação específica em cada indivíduo. A experiência da ansiedade é constituída por dois elementos: a consciência das alterações motoras e viscerais e um componente metacognitivo da sensação de preocupação ou antecipação do medo. Nessa perspectiva, ressalta-se que a ansiedade é uma reação comum a todos os sujeitos, com potencial adaptativo de autopreservação. À medida que funciona como um sinal de alerta para ameaças iminentes, prepara o indivíduo para se esquivar dos riscos

---

<sup>17</sup> **Angina pectoris** ou angina no peito é uma dor no peito ou desconforto no tórax devido ao baixo abastecimento de oxigênio (isquemia) ao músculo cardíaco; geralmente é devida à obstrução ou espasmos (contrações involuntárias de um músculo, grupo de músculos ou órgão) das artérias coronárias (os vasos sanguíneos do coração). A angina não é uma doença, mas um sintoma de uma doença mais séria, doença na qual os vasos que provêem sangue ao coração tornam-se finos ou bloqueados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004).

ou atenuar as conseqüências aversivas de situações conflitivas (DALGALARRONDO, 2000; KAPLAN; SADOCK, 2003).

A preocupação antecipatória decorrente da possibilidade de exposição a uma situação temerária é o principal indicador cognitivo da ansiedade. Outros marcadores dessa natureza são a distorção cognitiva (interpretação errônea da situação) e a freqüente criação de expectativas irrealísticas relacionadas ao evento ansiogênico. Quando isso ocorre, a focalização inapropriada da atenção sobre supostas ameaças pode diminuir a capacidade de processar informações não relacionadas a ameaças, o que pode torná-lo mais vulnerável à sensação de desrealização e mais distraído em relação aos estímulos considerados neutros no ambiente social (KAPLAN; SADOCK, 2003).

Os indicadores somáticos distribuem-se em dois grupos de marcadores: os sintomas que resultam da estimulação imediata do sistema nervoso autônomo (palpitações, tremores, náuseas, sudorese, hiperventilação, parestesia, aceleração cardíaca, etc.) e aqueles originados pela estimulação prolongada desse sistema (fadiga, cefaléias, tonturas, dificuldades gástricas, problemas musculares, etc.). Associados a esses, estão os indicadores motores da ansiedade, expressos através de sensações de inquietação e agitações psicomotoras (atividade motora aleatória e sem objetivo), atitudes impacientes e respostas de susto descomedidas (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002).

Indivíduos acometidos por IAM podem desenvolver crenças distorcidas e/ou desadaptativas - como, por exemplo: "*Quando eu tenho desconforto no peito ou quando meu coração está acelerado, eu penso que posso estar tendo um ataque cardíaco*" ou "*Mesmo que os exames estejam normais, eu ainda me preocupo com meu coração*", que geram efeitos deletérios em sua qualidade de vida e funcionamento. Estes pacientes se tornam mais ansiosos e apresentam limitações físicas clinicamente significativas quando comparados com indivíduos que não as desenvolvem. Além disso, tais pacientes são freqüentemente mais ansiosos e fisicamente limitados do que aqueles com menos crenças desta natureza, sendo as diferenças clínicas significativas entre os dois grupos. Tal atitude pode ainda produzir efeito negativo sobre a adesão do paciente ao tratamento cardiológico (DALGALARRONDO, 2000; FRASURE-SMITH; LÈSPERANCE; TALAJIC, 1993; ROZANSKI, 2005).

Székely et al. (2007) analisaram 197 pacientes que procuraram o Instituto Gottsegen de Cardiologia da Hungria, entre julho de 2000 e maio de 2001, para cirurgia de CRM e de válvula cardíaca. Os pacientes, além dos exames médicos de rotina, foram avaliados com questionários que mediam fatores psicossociais variados e respondidos 6, 12, 24, 36 e 48 meses após a cirurgia. Destes, 42% apresentavam importante nível de ansiedade com sintomas clínicos. Nos quatro anos da pesquisa 26,2% dos pacientes foram hospitalizados pelo menos uma vez; 18,8% duas vezes e 11.5% três ou mais vezes, sendo arritmia, IAM, angina e ICC as principais razões pelas hospitalizações. O estudo mostrou uma relação entre ansiedade e aumento da mortalidade e adoecimento por problemas cardíacos.

### **Depressão**

A depressão abrange alterações normais do humor diante de perdas ou outros problemas de natureza emocional ou manifestações de doenças físicas, bem como efeito colateral de uso de medicamentos. O estado depressivo clínico é caracterizado por atraso nos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável, redução de energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer (anedonia), desinteresse, dificuldade de concentração e pensamentos negativos. A depressão causa comprometimento da memória e de outros fatores de risco para a demência e as doenças crônico-degenerativas, como a DAC (KAPLAN; SADOCK; 2000; FRASSURE-SMITH; LESPERANCE; TALAJIC, 1993).

Pode haver dificuldades no diagnóstico de depressão em pacientes atendidos em hospitais gerais e em ambulatórios de atenção primária devido à existência de comorbidades (HOLMES, 2000), sejam de doenças orgânicas ou psíquicas (ansiedade, alcoolismo), que apresentam queixas somáticas e sintomatologia depressiva menor, por isto faz-se necessário, entender os tipos depressivos encontrados no contexto médico (FRÁGUAS, 2001). Uma forma prática de diferenciar a depressão de uma resposta adaptativa com sentimentos (normais) de tristeza diante de uma situação de aflição é distinguir se a pessoa consegue, apesar da tristeza, manter interesse, prazer e atitudes positivas diante de estímulos, sem inibição psicomotora (FRÁGUAS, 2001).

Na década de 30 surgiram os primeiros estudos sobre a associação entre depressão e DAC, quando constataram que aumentava a incidência da DAC e da mortalidade em pacientes deprimidos (MALZBERG, 1937), DAC, IAM, HAS, pré e pós-operatório de CRM apresentam fortes indícios de comorbidade com doenças psiquiátricas, notadamente com transtornos depressivos. A etiologia multifatorial das doenças cardiovasculares tem sido vista em várias pesquisas (epidemiológicas, clínicas, bioquímicas) e sua associação com alterações emocionais agudas ou crônicas foi demonstrada. O interesse pela associação entre transtornos depressivos e doenças cardiovasculares tem-se acentuado em virtude das altas taxas de prevalência e elevados níveis de morbimortalidade, aumentando, desta forma, custo e tempo de evolução da doença, tempo de afastamento do trabalho, além de procedimentos e exames complementares (FRASURE-SMITH et al., 1999).

A depressão maior, depressão menor e distímia desencadeados ou agravados por doença orgânica podem acometer pacientes nos quais há um estado depressivo, recorrente ou latente, desencadeado após procedimento cirúrgico ou outra condição clínica, ocorrendo com frequência no pós-operatório de RM (FRÁGUAS, 2001).

Para entender a associação entre a DAC e a depressão é necessário conhecer os fatores comportamentais, os de risco para a DAC e os mecanismos fisiopatológicos comuns a essa comorbidade. Os deprimidos têm uma maior tendência a não atenderem as recomendações médicas no tratamento das DCV, tanto em relação ao tratamento medicamentoso (CARNEY et al., 1998), quanto à mudança de hábitos de vida ou a adesão a programas de reabilitação cardiovascular (ADES; COELLO, 2000). A não adesão ao tratamento piora o prognóstico, podendo levar a morbimortalidade por DAC (JOYNT et al., 2003).

Os sintomas depressivos comprometem a qualidade de vida, quer pela redução de desenvolver a capacidade física quer pelas alterações das relações sociais, agravando a percepção “do estar doente”. Dentre os vários sintomas da depressão, deve ser dada maior atenção à sensação de fadiga e às perturbações do sono, uma vez que parecem ser precursoras de IAM, episódios de angina e ICC (CARNEY; FREELAND; JAFE, 1990).

Havranek et al. (2004) identificaram os fatores socioeconômicos associados com o início dos sintomas depressivos em 245 pacientes com ICC. Foram avaliados no início e após um ano com o Medical Outcomes Study-depression Questionnaire,

Kansas City Cardiomyopathy Questionary (KCCQ) e uma avaliação clínica completa, incluindo o estado econômico e social. Dos 245 pacientes, sem sintomas depressivos, na avaliação inicial, 52 (21,2%) desenvolveram sintomas depressivos após um ano. Em análise multivariada, a percepção dos cuidados médicos percebidos como carga econômica substancial, a vida solitária, o abuso de álcool, e o estado de saúde mensurado pelo KCCQ mostraram-se preditores independentes do desenvolvimento de sintomas depressivos.

### **Padrão de Comportamento Tipo A – PCTA**

O Padrão de Comportamento Tipo A (PCTA) foi um conceito definido nos anos 50 por dois cardiologistas, Meyer Friedman e Ray Rosenman, na obra *Type A Behavior And Your Heart*. Sugeriram que determinados padrões de comportamento se relacionavam com a DAC; em 1974 formalizaram a hipótese genérica segundo a qual as pessoas poderiam apresentar vários aspectos do comportamento que distinguiam entre o tipo A e o tipo B. Os comportamentos do tipo A foram caracterizados por níveis elevados de ambição, agressividade, hostilidade, competitividade e sentido de urgência, apresentado como valor preditivo, desenvolvido com maior probabilidade por pessoas portadoras de DAC. Em oposição, o padrão de comportamento tipo B manifesta a falta do sentido de urgência de tempo, da competitividade e da hostilidade (FRIEDMAN; ROSENMAN, 1993).

Atualmente a descrição do PCTA caracteriza-se, dentre os aspectos psicológicos, como a hiperatividade, inquietude, rapidez, impaciência, hostilidade, baixa tolerância à frustração, necessidade de mostrar competência, alto senso de responsabilidade, desatenção à dor e a fadiga (SIROIS; BURG, 2003). Os aspectos físicos característicos são face rígida mesmo durante esforços mínimos, movimentos esforçados quando realizam tarefas simples, volume de voz forte, mastigação rápida, estado de hiper alerta, suspiros freqüentes, movimentos repetidos com os pés, olhar intenso, sorriso inibido. Esses componentes cognitivos, afetivos e comportamentais que, em conjunto com as situações do meio ambiente produzem estados de hostilidade e agressividade, podem desencadear alterações fisiológicas, e levar à DAC (LAHAM, 2001). O estudo de *Framingham* comprovou elevação de

até duas vezes dos riscos para as doenças cardiovasculares em pacientes PCTA além de reconhecer nos indivíduos aspectos como labilidade emocional, cólera, dificuldades profissionais e matrimoniais, mobilidade e incongruência social (SIROIS; BURG, 2003).

### **Estresse**

O estresse tem sido amplamente estudado no âmbito da saúde/doença desde que Hans Selye iniciou suas pesquisas sobre a “Síndrome da Adaptação Geral (SAG)”, que caracterizou a resposta de estresse por reações fisiológicas diante das demandas do meio que prejudicam a sua homeostase, que pode compreender tanto componentes físicos como psicológicos (ALVE; PALERMONETO, 2007; LAZARUS, 1966).

Há indícios de que alterações físicas causadas por eventos estressores experimentados por determinado período podem refletir no aumento da frequência cardíaca, da contratilidade dos músculos cardíacos e pressão arterial sistêmica (SILVA, 1996). A natureza desses eventos cria diferentes níveis de estresse em cada indivíduo, o que pode induzir a coagulação sanguínea e acarretar alterações de curta duração na pressão arterial e na frequência cardíaca, causar disfunção endotelial e reduzir o limiar para arritmia e morte súbita (LUCINI et al., 2005).

Num estudo de seguimento de cinco anos observou-se que a isquemia induzida por estresse estava relacionada, de modo significativo, às taxas elevadas de eventos cardíacos e que pacientes que apresentaram isquemia miocárdica no teste de estresse psicológico tiveram risco relativo de um evento coronário de morte, cerca de três vezes maior quando comparado com aquelas em que este foi negativo (SOUZA, 1999).

Também a exposição a situações de estresse no ambiente de trabalho, com alta exigência e baixa valorização, são preditores de eventos cardíacos, relacionando-se com maiores progressões de aterosclerose das carótidas e aumentando em quatro vezes o risco de morte de origem cardiovascular (ROZANSKI et al., 1994). Outros estudos associam estresse no trabalho e a influência no desenvolvimento da DAC relacionando-os aos fatores estressantes, a vulnerabilidade orgânica e a capacidade de avaliar e de enfrentar situações

conflitantes (CHANDOLA et al., 2008; KUPER; MARMONT, 2003). Salienda Chandola et al. (2003) que os indivíduos mais susceptíveis a DAC são aqueles que possuem empregos com alta demanda, maior competitividade e que são economicamente ativos.

Calderon (1999) e Rosein (2003) consideraram que o estresse aumenta o LDL-colesterol (LDL), diminui o HDL-colesterol (HDL) sugerindo riscos para a DAC. O estresse afeta a pressão arterial com a estimulação do sistema nervoso simpático produzindo o aumento da frequência cardíaca e da força contrátil dos batimentos cardíacos, bem como da resistência periférica, aumentando risco da DAC (LIPP; ROCHA, 1996).

Estudos sobre fatores psicossociais e doenças estavam relacionados ao conceito de estresse (SYME, 2002). Assim, a compreensão do papel desempenhado pelos fatores psicossociais na incidência da DAC, em particular as emoções negativas e as crenças podem ser cruciais no funcionamento orgânico, na melhoria da eficácia das técnicas diagnósticas e terapêuticas, na adoção de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença, bem como no planejamento de uma reabilitação mais global desses doentes (PINTON et al., 2006). Medidas de intervenção e de controle do estresse e da depressão com intenção de proteger o doente portador de DAC devem constar em programas de prevenção primária e principalmente secundária, incluídas estratégias voltadas aos fatores psicossociais (GORAYEB, 2000).

#### **1.4 Qualidade de vida (QV) e DAC**

Atualmente, as informações sobre Qualidade de Vida (QV) têm sido utilizadas para avaliar a eficácia de determinados tratamentos de doenças, os agravos à saúde e o impacto físico e psicossocial. A qualidade de vida é usada para avaliar e caracterizar a percepção da pessoa acerca do seu estado de saúde, nos domínios ou dimensões de sua vida. Portanto, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS define o termo QV como: “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2000, p. 34).

Diversos instrumentos ou índices têm sido utilizados para avaliar a QV de pacientes com diversos problemas de saúde (HRQL) (GUYATT et al., 1997; SEIDL; ZANNOM, 2004). O uso desses instrumentos depende do objetivo que se busca alcançar, devem ser válidos (realmente mede o que deseja medir), confiáveis (geram o mesmo resultado após repetidas administrações), sensíveis e capazes de refletir diferenças clinicamente significativas (detectam mudanças quando a condição do paciente muda) (AKHRAS et al., 2000; DEMPSTER; DONNELLY, 2000). Já, os estudos sobre QV da Organização Mundial da Saúde desenvolveu alguns instrumentos para avaliar a QV: o WHOQoL- 100, o WHOQoL- Bref e recentemente o WHOQoL- Old. A versão WHOQoL-Bref, consta de 26 questões que refletem a multidimensionalidade do conceito de QV, são divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente (FLECK et al., 2000) utilizado por esta pesquisa.

Gottlieb et al. (2004) verificaram a prevalência da depressão em 155 pacientes com ICC e sua relação com a QV. Foram avaliados através dos questionários Outcomes Study Depression Questionnaire, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire e Beck Depression Inventory (BDI). Concluíram que 48% apresentavam depressão em ambas as mensurações dos questionários de QV. O estudo evidenciou que pacientes com ICC e deprimidos, percebem a QV pior e subestimam seu estado funcional.

Sampalis et al. (2001) estudaram em 266 pacientes que aguardavam a CRM, o impacto causado pelo tempo de espera da cirurgia. Foi utilizado o SF-36 no início, antes e seis meses depois da cirurgia, apresentando a seguinte classificação de acordo com o tempo de espera:  $\leq 97$  dias e  $\geq 97$  dias. Na avaliação inicial, verificaram que não há diferenças entre os grupos, entretanto, no período pré-cirurgia e seis meses após a mesma, o grupo que esperou mais tempo apresentou redução de QV, quando comparado ao grupo que esperou por tempo reduzido. No grupo que esperou mais tempo de cirurgia, no pós-operatório, houve um maior número de intercorrências. Concluíram que os pacientes que esperaram um tempo menor pela cirurgia apresentaram maior QV.

Para comparar a qualidade de vida em tratamentos de DAC dois estudos foram realizados o “Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularization Investigation” (CABRI) e o “Randomized Intervention Treatment of Angina” (RITA – 2). O CABRI foi um estudo multicêntrico europeu que comparou o tratamento CRM e

pós-angioplastia em pacientes com DAC. A QV após um ano de procedimentos foi avaliada por Nottingham Health Profile acrescido de doze questões. O estudo mostrou que apesar de não terem sido constatadas diferenças significativas na QV após um ano da cirurgia ou da angioplastia, entretanto, os resultados foram mais favoráveis quanto à energia nos pacientes submetidos à CRM (WAHRBORG, 1999). O RITA -2 avaliou a QV pelo SF- 36, em portadores de angina, submetidos a angioplastia e a tratamento clínico após três meses, um ano e três anos. O estudo não apontou diferenças entre os dois grupos em termos de mortalidade ou de eventos de infarto do miocárdio não fatal após um ano, mas o número de re-intervenções, consumo de drogas e prevalência de angina, após um ano foram menores no grupo cirúrgico (POCOCK et al., 2000).

Souza et al. (2008), no Brasil, estudaram 281 pacientes, consecutivamente internados em hospital após evento coronariano agudo, avaliados com o Seattle Angina Questionnaire (SAQ), na internação e em seis meses. Os resultados mostraram que a intervenção CRM em até 30 dias de internação hospitalar está associada à melhora da QV relacionada à saúde, mais pronunciada naqueles pacientes submetidos à cirurgia. A dislipidemia está associada à piora desse desfecho em seis meses. Também demonstrou uma correlação entre limitação física, estabilidade e frequência da angina com QV.

Outro estudo brasileiro coordenado por Lemos et al. (2008) investigaram 168 pacientes com e sem diagnóstico de DAC a frequência da depressão de IAM, e pacientes sem diagnóstico de DAC. Os pacientes foram divididos em três grupos: 60 internados com diagnóstico de IAM, 49 ambulatoriais, com diagnóstico de DAC sem IAM e 59 da população em geral sem diagnóstico de DAC, de ambos os sexos, entre 35 a 65 anos, avaliados através do BDI, BAI e WHOQol-Bref. Concluíram que os transtornos depressivos não são desencadeados pelo IAM, estão presentes antes da hospitalização, sendo importante detectá-los precocemente para um planejamento adequado ao tratamento.

### **1.5 Prevenção e Promoção das DCV: Da evidência à ação**

As estratégias de prevenção – “vir antes ou proceder” –, objetiva impedir o progresso posterior da doença, desenvolver a saúde, evitar a invalidez e prolongar a

vida (LEAVEL; CLARK, 1965). A prevenção subdivide-se em fases que acompanham os três níveis de atenção à saúde: primária, que compreende o período pré-patogênese e engloba a promoção da saúde e proteção específica; secundária, que compreende o início da patogênese e engloba diagnóstico, tratamento precoce e limitação da invalidez e por fim, a terciária, que se dá quando o defeito ou invalidez estiverem fixados, através da reabilitação.

Há também pesquisas que focalizam programas de reabilitação cardíaca, com atividades necessárias para garantir aos pacientes portadores da DAC melhores condições física, mental e social, de modo que o paciente venha a reconquistar uma posição normal e levar uma vida ativa e produtiva. Há evidências com ênfase na prática de exercícios físicos (ALFIERE, 1995) e os de intervenção psicológica que envolvem treino em relaxamento, ensino de habilidades de vida, educação sobre fatores de risco, orientação ao paciente e à família, manejo de estresse, de ansiedade e depressão. Essas atividades podem levar a mudança de comportamento, correlacionada com o processo cognitivo que influencia na aquisição de novos repertórios de crenças e pensamentos com a finalidade de mudança comportamental em direção à prevenção (LEWIN et al., 2009; LINCOLN; FLANNAGHAM, 2002; MCINTYRE; FERNANDES; ARAÚJO-SOARES, 2000).

Os objetivos da prevenção em pacientes com DAC, e com pessoas de alto risco, envolvem as seguintes orientações: redução do risco de eventos isquêmicos clínicos relevantes e conseqüente diminuição da morbi-mortalidade e prolongamento da sobrevida. Aqueles com maior risco devem ser precocemente identificados para intervenções no estilo de vida e, quando apropriado, intervenções farmacológicas (REGO; BERARDO; RODRIGUES, 1990).

Modificar o perfil de saúde da população, nas doenças crônicas-degenerativas e suas complicações, implica em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o seu tratamento. Isto representa desafios para a agenda das políticas de saúde. O acesso aos recursos tecnológicos e as modificações nos modelos hospitalocêntrico e educacionais por outros, que valorizam a prevenção e a promoção da saúde, podem contribuir para a mudança de comportamento tanto médico, como de outros profissionais e da comunidade (POPKIN, 1994).

A Organização Pan-Americana de Saúde (2003), demonstrou que as DAC's podem ser prevenidas ou retardadas quando trabalhadas a partir da identificação dos fatores de risco envolvidos, contribuindo para a mudança de atitude das pessoas em relação à atividade física e à nutrição e para maior conscientização da população sobre os riscos. Mas, pesquisa com pacientes infartados de um hospital privado do estado de São Paulo comprovou que estes, mesmo tendo conhecimento dos fatores de risco cardiovasculares e sendo reincidentes no diagnóstico de IAM, continuavam expostos a eles, por isso tornaram-se necessárias práticas interventivas, através de equipes multidisciplinares, componentes primários para realização das estratégias de saúde pública e DAC (GORAYEB, 2000; RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002; REGO; BERARDO; RODRIGUES, 1990).

Em pesquisa no tratamento da HAS foram utilizadas terapias farmacológicas e comportamentais, dentre elas o relaxamento muscular, tipos de meditação até o relaxamento assistido por biofeedback, e a combinação de várias técnicas comportamentais (MCINTYRE; FERNANDES; ARAÚJO-SOARES, 2000). Leventhal, Nerenz e Steel (1984) constataram que os pacientes hipertensos podem pressentir os sintomas da HAS e a partir deles criar estratégias de enfrentamento. Assim, também, esforços para combater a HAS como objeto de prevenção primária e secundária no IAM, não requerem técnicas sofisticadas nem oneram no orçamento das medidas preventivas, no sentido de reduzir a sua incidência (ARMAGANIJAN; BATLOUNI, 2000).

Lincoln e Flanagan (2002) conduziram um estudo envolvendo 125 pacientes infartados, com o objetivo de investigar os feitos de um programa de intervenção psicológica para a depressão. Os participantes foram divididos em três grupos, sendo que o primeiro grupo não recebeu intervenção (n= 41), o segundo grupo recebeu intervenção cognitivo-comportamental (n= 41) e o terceiro grupo recebeu um programa de atendimento denominado placebo (n= 43). As intervenções consistiam de técnicas de modificação de comportamento e das crenças disfuncionais e também psicoeducação sobre a DAC, em dez sessões semanais. Aqueles pacientes que receberam intervenção placebo foram visitados durante dez semanas, com uma hora de duração. Neste estudo não houve diferenças significativas entre os grupos em relação aos sintomas depressivos, satisfação com relação à saúde e independência nas funções diárias. Os autores concluíram que tais resultados, provavelmente ocorreram devido ao método de seleção dos

participantes e também ao número pequeno da amostra, e não à intervenção cognitivo-comportamental para os sintomas de depressão, pois há evidências positivas da efetividade da técnica.

## **1.6 Terapia Cognitivo-Comportamental: Fundamentos**

A terapia comportamental e cognitiva teve sua origem no movimento filosófico denominado "neo-behaviorismo". Autores como Watson (fundador do movimento behaviorista), Tolman e Hull (iniciadores do behaviorismo mediacional), e Skinner (proponente do behaviorismo radical) são considerados como precursores da psicoterapia comportamental. Tolman, desde 1932, e Hull, desde 1943, desenvolveram os trabalhos que fundamentariam de modo mediacionista a explicação do comportamento (RANGÉ, 1995; SKINNER, 1953). Outros autores também insatisfeitos com os modelos estritamente comportamentais (S-R), (como Albert Bandura, 1979, que enfatizou a importância da aprendizagem social), apresentaram uma perspectiva interacionista, em que consideram os aspectos comportamentais, cognitivos e ambientais, bem como os conceitos da teoria da auto-eficácia e da modelagem, como relevantes para uma explicação ampliada do comportamento.

Várias formas de psicoterapia que compartilham pressupostos comuns em relação à mediação da cognição, sua acessibilidade e influência sobre o comportamento, a rejeição ao modelo psicodinâmico de personalidade, além de crescente interesse nos aspectos cognitivos do funcionamento humano, passaram a ser consideradas como terapias cognitivo-comportamentais (DOBSON et al., 2006). Entre os primeiros teóricos mais importantes estão A. Beck, Cautela, Ellis, Mahoney, Thoresen e Meichenbaum. As pesquisas nessa abordagem contribuíram para um maior interesse na teoria, com resultados positivos das intervenções cognitivo-comportamentais (RANGÉ; FALCONE; SARDINHA, 2007; KNAPP, 2004).

A Terapia Racional-Emotiva-Comportamental (TREC) de Albert Ellis (1962) mostrou que os conteúdos específicos das cognições e/ou crenças do indivíduo influenciam as suas emoções e ações, pressupôs que a causa dos problemas humanos estavam nas crenças irracionais, que levam o indivíduo a um estado de desadaptação. Para combater o dogmatismo e o absolutismo presentes nestes

estados desenvolveu o modelo ABC que ressalta as relações entre os acontecimentos (os 'A'), as crenças (os 'B', do inglês *beliefs*) e as conseqüências emocionais e comportamentais (os 'C') (ANEXO A). A TREC atua sobre as crenças irracionais e distorções cognitivas, além de basear-se no modelo educacional para o paciente aprender sobre o seu problema e como manejá-lo (ELLIS, 1962; RANGÉ, 2001).

O modelo cognitivo proposto por Beck, A. (1997) parte do pressuposto de Ellis (1962) de que os comportamentos e as emoções são influenciados pela percepção que o indivíduo faz das situações. A Terapia cognitiva foi construída de acordo com pesquisas conduzidas por Beck, A. et al. (1997) para explicar os processos psicológicos na depressão. Baseado em pesquisa sistemática e observações clínicas, propôs que os sintomas de depressão poderiam ser explicados, em termos cognitivos, como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro (tríade cognitiva).

As TCC's vêm se desenvolvendo e crescendo nos últimos 35 anos, através de suas formas de terapia, que embora compartilhem de características fundamentais também se diferenciam pela diversidade de princípios e procedimentos entre elas. Essa diversidade explica-se pelas distintas orientações teóricas dos pioneiros no desenvolvimento das intervenções cognitivo-comportamental. Os primeiros escritos e as primeiras abordagens cognitivo-comportamental para o tratamento dos transtornos começaram a surgir nos anos 1960 e 1970 com Aaron Beck (DOBSON et al., 2006).

De acordo com Knapp (2004), as mudanças cognitivas não envolvem necessariamente mecanismos cognitivos complexos, ou seja, se restringem a avaliações cognitivas, assim como as mudanças comportamentais não se caracterizam como um foco específico de intervenção, apesar das mudanças comportamentais serem indicadores de mudanças cognitivas. Ao definir tais direcionamentos é importante situar os que estão fora do domínio das TCC's, neste caso: as abordagens que se referem a mudanças estritamente comportamentais, como as que adotam o modelo estímulo-reposta, assim como qualquer que se atenha a mudanças cognitivas, como, por exemplo, as que se restringem a lembranças de eventos traumáticos. O que exclui tais terapias da TCC é exatamente a ausência do papel da mediação cognitiva, pois sua premissa básica é a hipótese

mediacional dos eventos cognitivos, uma vez que a TCC pode apresentar outros indicadores de mudanças como: o emocional e o fisiológico.

Segundo Beck, A. et al. (1997), a TCC busca identificar, testar a realidade e corrigir as conceituações distorcidas e as crenças disfuncionais que estão presentes nas cognições desenvolvidas individualmente. O desenvolvimento dessa técnica possibilita aprendizagens específicas ao paciente, logo este poderá desenvolver as seguintes operações: monitorar seus pensamentos negativos, reconhecer as conexões entre cognições, afeto e comportamento, examinar as evidências a favor e contra seu pensamento automático distorcido, substituir tais cognições por interpretações mais orientadas à realidade, aprender a identificar e alterar as crenças disfuncionais que predisõem a distorcer suas experiências.

A TCC, por meio do enfoque psicoeducacional<sup>18</sup>, tem como objetivo identificar um padrão geral de funcionamento dos indivíduos que adoecem, e desenvolve estratégias de intervenção, que facilitam a alteração de padrões comportamentais, cognitivos e emocionais relacionados com o desenvolvimento e manutenção da doença e de problemas associados e que permitam maior aceitação das limitações impostas pela situação da doença (GREENBERGER; PADESKY, 1999). A separação de intervenções de TC em técnicas cognitivas e comportamentais é apenas para propósitos didáticos, já que muitas técnicas afetam tanto os processos de pensamento quanto os padrões de comportamento do paciente.

Segundo Dobson et al. (2006) as TCC's são uma abordagem híbrida de estratégias comportamentais e processos cognitivos, com o objetivo de levar à mudança cognitiva e comportamental (com treinamento de habilidades comportamentais). Os componentes principais dessa abordagem envolvem: 1) a detecção de situações de risco de recaída; 2) o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Dentre as várias estratégias empregadas nesse tipo de abordagem, temos, por exemplo, a auto-monitoração, o controle de estímulos e o emprego de técnicas de relaxamento. Em essência, esse tipo de abordagem envolve o estímulo

---

<sup>18</sup> **Psicoeducação ou abordagem psicoeducacional** originou-se da prática clínica na década de 70, em oposição aos tratamentos psicanalíticos à época. A abordagem psicoeducacional pode variar a partir dos pressupostos e objetivos que os autores pretendem alcançar. Este procedimento geralmente é utilizado com o paciente e seu familiar, por meio de folhetos explicativos e/ou vídeos, para prestar informações e esclarecimentos sobre seu problema, as formas de controle clínico e engajamento no método de trabalho proposto (DUNBAR et al., 2009).

ao auto-controle ou auto-manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar da resistência em não se adaptar às mudanças que o tratamento implica à saúde, e a tornar-se um agente de mudança do seu próprio comportamento e cognições (MCMULLIN, 2005; RANGÉ,2001).

### 1.6.1 Conceitos básicos

Beck, A. e Beamesderfer (1974) identificaram três níveis básicos de processamento cognitivo. O nível mais alto é a consciência, um estado de atenção no qual decisões podem ser tomadas de maneira racional, que permitem a: 1. Monitorar e avaliar as interações com o meio ambiente; 2. Ligar memórias passadas às experiências presentes; 3. Controlar e planejar ações futuras.

Os principais elementos do modelo cognitivo-comportamental estão esquematizados na figura 1.

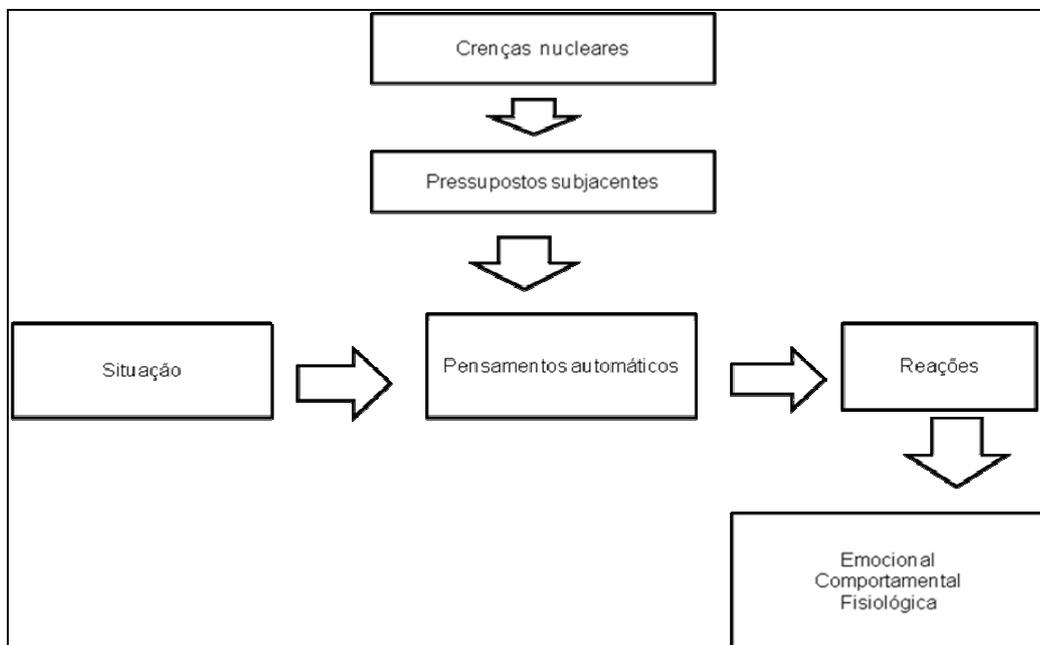


Figura 1 – Modelo Cognitivo básico, estruturado a partir de Sternberg (2000, p. 307)

O processamento cognitivo recebe atenção maior nesse modelo, porque o paciente avalia continuamente a relevância dos acontecimentos internamente da sua vida no processo de tratamento e no ambiente que o circunda (memórias de eventos passados, sensações corporais, os comentários ou a ausência deles, as tarefas sugeridas pelo psicólogo, etc.), e as cognições advindas desse processo estiveram frequentemente associadas às reações no final desse ciclo, acima descrito.

Para direcionar o tratamento, é necessário ensinar o paciente de maneira simplificada a prestar a atenção para as relações entre os pensamentos, as emoções e os comportamentos e para orientar as intervenções durante os momentos do tratamento.

A teoria cognitiva trabalha com três níveis de cognição: Crenças Centrais, Pressupostos Subjacentes e Pensamento Automático (PA).

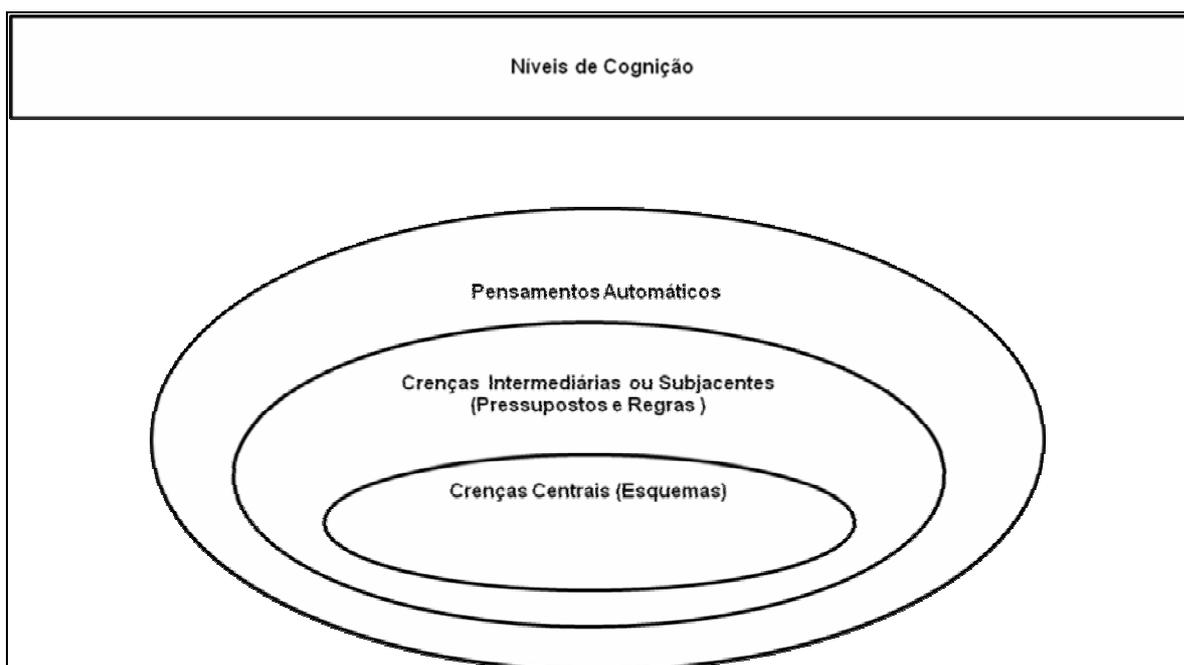


Figura 2 – Níveis de cognição, modificado a partir de Beck, A. et al. (1961, p. 53-63) e Beck, A. (1997).

Segundo Beck, A. (1997) verificou em sua prática clínica que desde a infância o indivíduo desenvolve determinados pensamentos sobre si mesmo, sobre os outros e sobre seu mundo (tríade cognitiva) e tais pensamentos podem se

tornar uma constante em sua vida, o que gera crenças centrais, que são idéias globais, rígidas e supergeneralizadas.

As Crenças Centrais corroboram no desenvolvimento de outra classe de crenças, baseadas em regras, atitudes ou suposições, denominadas crenças intermediárias. Essas Crenças Intermediárias geralmente são expressas de forma indireta nos Pensamentos Automáticos. As Crenças Centrais, são mais difíceis de serem trabalhadas do que as Crenças Intermediárias, por serem mais cristalizadas, percebidas como verdadeiras e absolutas.

As Crenças Intermediárias (vindas da Crença Central) são ativadas e influenciam no Pensamento Automático e este atua na emoção. As Crenças Disfuncionais podem ser: Crenças de Desamparo, Crenças de desamor e de desvalor, porém o indivíduo pode ter outras crenças acerca dos outros, a respeito do mundo, essas crenças abstratas e gerais, estão num nível profundo de representação dos pensamentos. A modificação de tais Crenças Disfuncionais é o objetivo último da terapia cognitiva (BECK, A. et al., 1961; BECK, J., 1997).

Beck, A. et al. (1997), porém enfatizam a diferença entre a estrutura cognitiva, o chamado Esquema, e o conteúdo da estrutura, no caso a Crença Central. Através dele o indivíduo elabora, seleciona e codifica ativamente as informações, interpretando os eventos que acontecem a si e aos outros. Os Esquemas procedem, selecionam e acionam estratégias comportamentais relevantes e moldam profundamente o funcionamento emocional e comportamental. Uma pessoa que desenvolve um esquema ligado ao abandono, pode desenvolver uma crença central como “eu não mereço ser amado”; “não posso confiar em ninguém”; “os outros irão magoar-me”.

Os Pensamentos Automáticos são espontâneos, breves, coexistindo com nossos fluxos de pensamentos mais manifestos. Podemos dizer que eles são pré-conscientes: na maior parte das vezes não os percebemos, embora possamos fazer isto com um pouco de treino. Os pensamentos automáticos manifestam a maneira como significamos as situações bem como as distorções que fazemos da realidade. Parecem surgir espontaneamente e, em geral, estamos mais cientes da emoção que sentimos em decorrência deles do que do próprio pensamento. Podem estar em formas verbais, visuais ou ambas. Assumimos estes pensamentos automáticos como verdadeiros, porém, quando tomamos consciência dos mesmos e os ligamos às nossas crenças centrais, verificamos o sentido dos mesmos, podendo assim

questionar o seu funcionamento (BECK, A. et al., 1961; BECK, A., 1997; WRIGHT, BASCO; THASE, 2008).

São também chamadas as Crenças Intermediárias de Pressupostos Subjacentes e Regras que são construções cognitivas disfuncionais subjacentes aos Pensamentos Automáticos, são Crenças identificadas como condicionais. As Crenças Intermediárias constituem uma forma de reduzir o sofrimento provocado pelas crenças centrais, consistindo basicamente de regras e suposições como “eu devo”, “eu tenho que”, “se... então”. Essas Crenças Intermediárias pressupõem que, desde que determinadas regras sejam cumpridas, o indivíduo se mantém relativamente estável e produtivo, mas se de alguma maneira não forem, o indivíduo torna-se vulnerável a transtorno emocional quando as crenças nucleares negativas são ativadas.

Pensamentos Automáticos, Crenças Intermediários ou Subjacentes, Crenças Centrais e o impacto do humor na cognição combinam-se formando um ciclo autoperpetuador em todos os transtornos. Alguns indivíduos podem ter Crenças Disfuncionais que os predispõem para a psicopatologia, assim o surgimento de um algum evento pode ativar os Pensamentos Automáticos, evocando um humor que leva o indivíduo a tendenciar suas memórias de tal forma que os pensamentos automáticos surgem intensificando o humor disfuncional. Com a intensificação do humor aumentam as recordações e as percepções distorcidas. Esse ciclo autoperpetuador independe dos eventos que invocam o humor, sejam eles internos ou externos desencadeados ou não por mudanças bioquímicas (BECK, A. et al., 1961; BECK, A., 1997; GREENBERGER; PADESKY, 1999).

As percepções da realidade, que podem ocorrer a partir de estruturas primárias desenvolvidas na infância (BECK, A., 1997; GUIDANO, 1997; YOUNG, 2003), buscam a homeostase, o equilíbrio, fazendo com que a informação em consonância com o “self” inicial seja mantida, enquanto a informação discrepante é rejeitada ou transformada de modo a se adequar ao Esquema. Neste sentido, os Esquemas são as estruturas centrais de formação de significado, se auto-perpetuando e sendo muito resistentes à mudança. Nossos esquemas distorcem a realidade para que esta se torne condizente com nossas crenças centrais. Segundo Beck, A. et al. (1997) os exemplos de erros de pensamento mais comuns, ou distorções cognitivas, pode-se observar no Anexo B.

A reestruturação cognitiva é uma técnica da terapia cognitiva em que, no procedimento terapêutico, o sujeito aprende a identificar as distorções cognitivas e transformá-las em formas mais adequadas de pensar, através do Registro de Pensamento, ou seja, o paciente é chamado a se monitorar quanto aos seus pensamentos e a registrá-los a fim de que, juntamente ao seu terapeuta ele possa trabalhar a reestruturação cognitiva.

O modelo cognitivo de depressão, desenvolvido por Beck, A. et al. (1997) explica o substrato psicológico da depressão através de três conceitos específicos: a Tríade cognitiva, Esquemas e Erros cognitivos. A Tríade cognitiva abrange três padrões cognitivos maiores: o primeiro componente, visão negativa que o paciente tem de si mesmo, assim o paciente vê a si próprio como defeituoso, inadequado, doente ou carente; tende a atribuir suas experiências desagradáveis a um defeito psicológico, moral, ou físico em si mesmo, acreditando que devido a esses supostos defeitos, torna-se uma pessoa indesejável e sem valor, o que gera críticas a respeito de si mesmo, assim como a crença de que carece de atributos essenciais para alcançar a felicidade e a satisfação; o segundo componente da tríade é a tendência da pessoa deprimida interpretar suas experiências atuais de forma negativa; o terceiro componente da tríade cognitiva consiste em uma visão negativa do futuro, assim ao fazer uma projeção em longo prazo, a pessoa deprimida antecipa seu sofrimento ou dificuldades atuais de modo a continuarem indefinidamente.

O segundo modelo é o conceito de Esquemas, este explica porque os pacientes depressivos mantêm suas atitudes indutoras de sofrimento e autoderrotistas. As situações são compostas por estímulos, mas o indivíduo presta atenção seletivamente a estímulos específicos, combina-os em um padrão e conceitua tal situação. Assim, como uma pessoa pode conceituar uma mesma situação de diversas formas, há também os que tendem a ser consistentes em suas respostas a tipos de eventos semelhantes. Padrões cognitivos relativamente estáveis formam uma base de regularidade das interpretações. Desta forma, o termo “Esquema” designa tais padrões cognitivos estáveis. Portanto Esquema, constituem a base para codificar os estímulos que o indivíduo defronta, permitindo-o categorizar e avaliar suas experiências. Em estado psicopatológico como a depressão, o paciente distorce as conceituações para que estas encaixem nos Esquemas disfuncionais prevalentes, isso se dá devido à perda de seu controle voluntário sobre seu processo de pensamento, que conseqüentemente o incapacita de invocar outros

esquemas mais apropriados (BECK, A. et al., 1997; BECK; BEAMESDERFER, 1974).

O Processamento falho de informação é o terceiro conceito, esse erro sistemático favorece que a pessoa deprimida mantenha suas crenças em seus conceitos negativos e extremos. Logo os pacientes deprimidos tendem a ver suas experiências como privações totais ou derrotas e como irreversíveis, caracterizando-se como perdedor e condenado (BECK, A. et al., 1997).

Fatores externos e internos, como os desencadeantes biológicos, as situações advindas do meio familiar, social e profissional, são considerados como fontes de ameaça ao equilíbrio físico e emocional do indivíduo. Logo, a percepção da pessoa exerce um papel importante na magnitude dos efeitos fisiológicos e psicológicos (ITO et al., 2000). Nesse sentido, a Associação Psiquiátrica Americana (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2002) em seu último manual diagnóstico (DSM-IV-TR) afirma que a percepção pode influenciar o curso da doença, o seu desenvolvimento e exacerbação, ou levar a um atraso da recuperação, interferir na resposta ao tratamento, assim como constituir um risco adicional à saúde do indivíduo. Não só os fatores, mas um transtorno mental ou sintomas (depressão ou sintomas depressivos e ansiedade), traços de personalidade e comportamentos prejudiciais, também podem afetar uma condição médica.

As condições médicas crônicas podem tornar-se graves quando o quadro clínico e as recomendações médicas, como dieta, uso contínuo de medicamento, limitações de atividades físicas, não forem identificadas, aceitas e atendidas pelo paciente. Além disso, muitos insucessos no tratamento estão relacionados à presença de problemas psicológicos ou de ansiedade e depressão. Assim, a intervenção psicológica com o objetivo de considerar tais aspectos e modificá-los, torna-se indispensável.

## **1.7 Motivação para mudança**

Nas sessões em TCC o paciente é parte ativa do seu próprio processo de mudança, sendo que a efetividade desse processo será influenciada por inúmeros fatores, entre eles, a relação terapêutica. Beck, A. et al. (1997) utilizaram o termo

empirismo colaborativo para descrever a relação terapêutica na TCC, em que terapeuta e paciente juntos investigam, desenvolvem hipóteses sobre uma situação ou o valor de enfrentamento de uma série de cognições e comportamentos. No processo são identificados os pensamentos, crenças, suposições e experiências importantes, sendo esclarecido o significado que o paciente lhes atribui. É colaborativa no desenvolvimento de um estilo mais saudável de pensamento e de habilidades de enfrentamento e na reversão de padrões improdutivos de comportamento.

Entende-se a hospitalização/tratamento como um processo, um estágio que levará o paciente a mudanças, pode ser usado para esclarecer em que ponto do ciclo de mudança o paciente encontra-se e para informá-lo o principal foco terapêutico (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983).

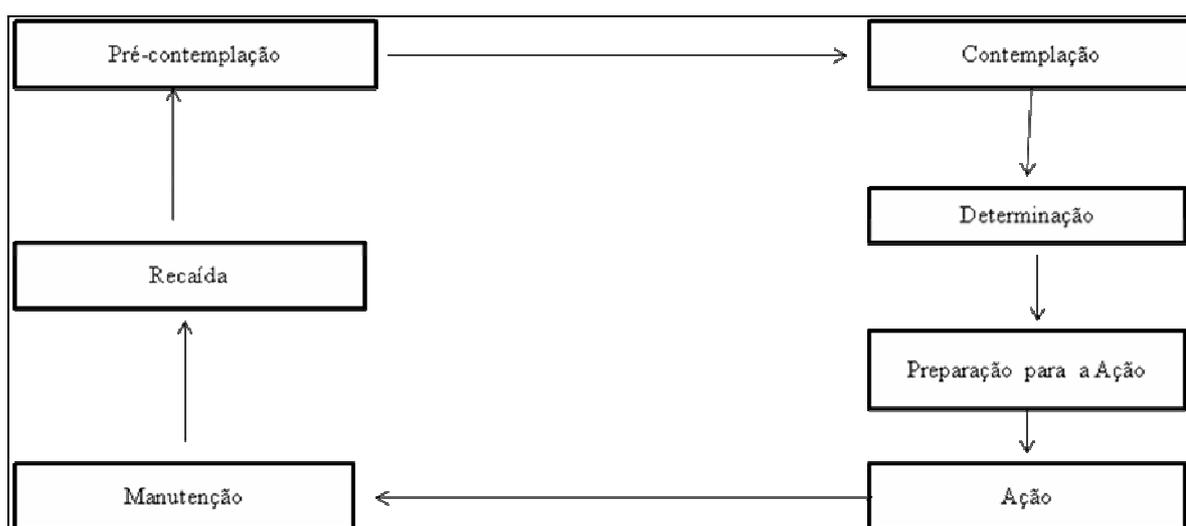


Figura 3 – Esquema dos estágios motivacionais (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983)

No estágio de pré-contemplação o paciente não terá considerado a possibilidade ou, de fato, a necessidade de mudança. Essa consciência começa a se desenvolver durante o estágio de contemplação, o que pode levar a ambivalência em relação ao tratamento. Na preparação, começa a se interessar, a se preparar e elaborar estratégias de mudança. Essas habilidades recém adquiridas levam-no ao estágio de ação, e serão consolidadas durante o estágio de manutenção. No estágio da recaída, precisa lidar com alguma dificuldade nova ou com o retorno de seus

antigos problemas disfuncionais ou processos cognitivos (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983).

O trabalho mais importante com os pacientes a serem submetidos a CRM é engajá-los ativamente na TCC, durante os estágios de preparação, ação e manutenção.

O objetivo da TCC na presente pesquisa visa à retirada ou substituição de comportamentos que agravaram as condições de saúde, aceitação da doença, modificações de padrões de pensamentos distorcidos, do tipo pessimismo e catastrofização, introdução e manutenção de hábitos de vida saudáveis, retomadas de atividades sociais e profissionais, dentre outros gerando resultados positivos no tratamento da cardiopatia.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar o efeito de uma intervenção psicoterápica breve, de abordagem teórica Cognitivo–Comportamental efetuada antes e depois da cirurgia, em pacientes submetidos à CRM, atendidos no Serviço de Clínica Cirúrgica Cardíaca do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes – HUFM, na cidade de Manaus, AM.

### **2.2 Específicos**

- Comparar a ansiedade e a depressão no pré e pós-cirúrgico dos pacientes que receberam intervenção psicológica (grupo experimental) com os pacientes que não receberam intervenção psicológica (grupo controle).
- Avaliar a percepção da qualidade de vida dos pacientes nos grupos experimental e controle.



## **3 MÉTODO**

### **3.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de uma pesquisa experimental, descritiva-quantitativa, caracterizada por estudo clínico na abordagem Cognitivo-Comportamental, com uma amostra de conveniência. A pesquisa foi realizada na Unidade Coronariana do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes (HUFM), na cidade de Manaus/AM, onde os pacientes com diagnóstico de insuficiência coronariana são encaminhados para cirurgia cardíaca, dentre elas, a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio.

### **3.2 Participantes**

Participaram do presente estudo 50 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 45 e 75 anos que procuraram o Ambulatório do referido hospital, no período de setembro de 2007 a julho de 2008.

Os critérios de inclusão e de exclusão para os participantes:

Inclusão:

- Livre concordância em sua participação como sujeito na pesquisa, através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A1 e A2);
- Escolaridade igual ou superior a quatro anos;
- Residentes e domiciliados na cidade de Manaus;
- Faixa etária entre 45 e 75 anos de idade;
- Ambos os sexos;
- Acompanhados pelo Serviço de Clínica Cirúrgica Cardíaca do HUFM (APÊNDICE B).

Exclusão:

- Pacientes submetidos a outras intervenções cirúrgicas, simples ou combinadas;
- Apresentar sinais ou problemas neurológicos e/ou psiquiátricos, deficiência auditiva, visual, linguagem, quadros demenciais;

A atribuição dos pacientes aos grupos experimental e controle foi aleatória, para que a amostra ficasse homogênea em relação aos dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, nível sócio-econômico e diagnóstico clínico, etc.).

### **3.3 Caracterização da Clínica Cirúrgica Cardíaca**

O serviço da Clínica Cirúrgica Cardíaca do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes (HUFM), no qual o estudo foi realizado, faz parte de um hospital universitário da cidade de Manaus, constitui-se como unidade de referência na Zona Norte da cidade. O Hospital Universitário Dona Francisca Mendes (HUFM) pertence à rede de saúde do Governo do Estado e via parceria, pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Sua área de atuação dentro da Rede de Atenção a Saúde é de ordem terciária e quaternária. Enquanto instituição pública de assistência, ensino e pesquisa na área da saúde, desenvolve atividades assistenciais, que englobam investigação diagnóstica, tratamento clínico e cirúrgico, com atendimento ambulatorial, internações em enfermarias e unidade de terapia intensiva.

A unidade coronariana é credenciada pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência em Cardiologia de Alta Complexidade e atende pacientes do Amazonas e dos demais estados da Amazônia Ocidental. Mantém em funcionamento sete ambulatórios para atendimento cardiológico. Na área de diagnóstico a unidade oferece diversos serviços essenciais, dentre os quais Eletrocardiografia, Ergonometria, Cintilografia e Medicina Nuclear.

O processo de internação pode ser eletivo ou de urgência. Quando eletivo, a hospitalização do paciente é precedida de uma avaliação ambulatorial ou através de solicitação de outros serviços (interno ou externo) com indicação definida de internação. Outras vezes, a internação decorre de eventuais urgências provenientes de outros ambulatórios do município, ou das situações de emergência dos atendimentos ambulatoriais do próprio serviço de cardiologia. Os pacientes possuem então, a seguinte procedência: transferência de outra instituição, transferência de outra unidade do Hospital ou urgência ambulatorial.

Para efeito de sistematização, o processo de hospitalização na enfermaria pode ser descrito dividindo-se em três etapas básicas:

I - Admissão: Compreende o levantamento de informações (anamnese, exame físico, avaliação clínica e laboratorial) que direcionam os procedimentos subseqüentes, como solicitação de exames laboratoriais, procedimentos diagnósticos, terapia medicamentosa, etc.

II - Acompanhamento/Intervenção: Dentre os procedimentos especiais, destacam-se Raio X do tórax, Cateterismo, Eletrocardiografia, Ergonomia, Cintilografia e Medicina Nuclear.

III - Conclusão/Alta: É a última fase resultante do período de hospitalização. A saída do paciente da enfermaria pode se dar por alta ou óbito. A alta pode ser para a residência, ou transferência para outra unidade de internação, CTI ou instituição.

A equipe médica atua diretamente na enfermaria principalmente no período da manhã. Durante o período da "rotina", os residentes de medicina são os que permanecem maior período de tempo no interior da unidade juntamente com os serviços de fisioterapia, nutrição, serviço social, exames radiológicos e laboratoriais. A partir das 17 horas, aproximadamente, a continuidade da assistência médica aos pacientes internados é de responsabilidade da equipe médica do plantão geral do hospital. São realizados alguns atendimentos em fisioterapia e psicologia, e a visita dos familiares que acontecem todos os dias, das 16:00 às 17:00 horas, com possibilidade de flexibilizar horários em casos de necessidade.

O serviço de Clínica Cirúrgica conta com 12 leitos na UTI coronariana e 21 leitos de internação cardiológica.

### **3.4 Materiais e instrumentos**

#### **3.4.1 Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory - BAI)**

Foi desenvolvido (BECK, A. et al., 1985) para avaliar a intensidade dos sintomas de ansiedade em pacientes deprimidos. Selecionaram-se itens que refletissem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas característicos de ansiedade, mas não de depressão, avaliadas as respostas psicológicas pela ótica do próprio paciente.

A versão em português da escala, traduzida e validada por Cunha (2001), tem por objetivo identificar a intensidade de ansiedade, tanto em pacientes psiquiátricos como na população em geral.

### **3.4.2 Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI)**

O BDI foi desenvolvido por Beck, A. et al. (1961) para avaliar a intensidade de depressão. Seus itens foram derivados de observações clínicas de pacientes deprimidos em psicoterapia e posteriormente foram selecionados aqueles sintomas que pareceram ser específicos da depressão e que encontravam ressonância com critérios diagnósticos do DSM III e da literatura sobre depressão. O inventário tem sido freqüentemente utilizado para identificar sintomas depressivos e conseqüentemente auxiliar no diagnóstico e na conduta terapêutica em pacientes internados em hospital geral.

Este instrumento foi validado no Brasil por Cunha (2001) é um inventário composto por 21 itens que abarcam os componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão.

### **3.4.3 World Health Organization Quality of Life – WHOQoL-Bref**

O WHOQoL-Bref (The WHOQoL Group, 1998) é a versão abreviada do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, constando de 26 itens divididos em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. É de fácil e rápida aplicação com poucos estudos utilizando-o em pacientes submetidos à CRM. Foi elaborado pelo grupo de estudos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde no Brasil (FLECK et al., 2000) e sua versão brasileira foi elaborada por Fleck (2000). É um instrumento de auto-avaliação e auto-explicativo, que demanda pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias. As questões foram formuladas para uma escala do tipo *Likert*, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), freqüência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom) (ANEXO C).

#### **3.4.4 Questionário sócio-demográfico**

As perguntas do Questionário Sócio-demográfico foram baseadas nos objetivos do trabalho e no levantamento bibliográfico (DANTAS, MOTZER; CIOL, 2002; DAWBER, 1980; KLEIN; ARAÚJO, 1985). O roteiro sistematizado, contendo as perguntas de identificação, dados demográficos e clínicos, encontra-se no Apêndice C.

#### **3.4.5 Protocolo de intervenção**

Foi elaborado um protocolo de intervenção pela pesquisadora para a realização desse estudo. O protocolo foi composto em seis sessões:

- Pré-tratamento: No Ambulatório, após a consulta médica, em outra sala, foi assinado o TCLE e aplicados os inventários de Beck (BAI e BDI) e o WHOQoL-Bref.

#### **Protocolo de tratamento individual**

- 1ª. Sessão (1º. Momento): Roteiro de entrevista estruturada: Inicialmente, foram feitas perguntas ao paciente, com visão histórica dos principais acontecimentos da sua vida passada e presente, do conhecimento a respeito da patologia, outras doenças, o processo de hospitalização, a intervenção cirúrgica, os novos padrões de comportamento, a percepção subjetiva de qualidade de vida. Para complementar esta avaliação, foram utilizados folhetos explicativos para desenvolver estratégias que produzam compreensão e modificação dos processos físicos e psicológicos do adoecimento, além de promover o conhecimento sobre a capacidade existente em lidar com essa situação. Estes folhetos foram elaborados pela pesquisadora a partir da revisão da literatura e entregues ao paciente nas sessões;
- 1ª. Sessão (2ª. Momento): Posteriormente, duas questões da mesma entrevista estruturada foram efetuadas, específicas da abordagem terapêutica em TCC com objetivo de intervenção psicológica: sobre o que pensa e o que sente

acerca da doença arterial coronariana e, sobre o que pensa e o que sente acerca do tratamento cirúrgico, ambas realizadas antes e depois da intervenção psicológica Cognitivo-Comportamental. Foram utilizados folhetos explicativos para as intervenções psicoeducacionais e orientação comportamental com informações e esclarecimentos sobre a terapia e o seu modelo cognitivo-comportamental, o tratamento cirúrgico (APÊNDICE D e E; ANEXO A) e recomendadas às leituras dos mesmos como tarefa de casa.

- 2ª. Sessão (1º. Momento): Roteiro de entrevista estruturada: foram feitas perguntas ao paciente sobre o que sente quando pensa na anestesia (cirurgia), o que imagina sobre a cirurgia, o processo de hospitalização, a intervenção cirúrgica, os novos padrões de comportamento, a percepção subjetiva de qualidade de vida;

2ª. Sessão (2º. Momento): Intervenção em TCC: retomou-se as duas questões da mesma entrevista estruturada, sobre o que pensa e o que sente acerca da doença arterial coronariana e, sobre o que pensa e o que sente acerca do tratamento cirúrgico, ambas realizadas antes e depois da intervenção psicológica Cognitivo-Comportamental. Foram discutidas as leituras sugeridas dos folhetos explicativos da sessão anterior e lidas as informações sobre os princípios da terapia cognitivo-comportamental, a doença cardíaca e as técnicas em TCC (APÊNDICE D e E; ANEXO B e D).

- 3ª. Sessão (1º. Momento): Inicialmente, foram reaplicados os inventários de Beck (BAI e BDI) e o WHOQoL-Bref. Em seguida, realizou-se o Roteiro de entrevista estruturada: orientação da equipe médica acerca do tratamento, o que entendeu e o que não entendeu sobre a orientação médica, listagem dos comportamentos de risco ou comportamentos de risco possível;

3ª. Sessão (2º. Momento): Intervenção em TCC: retomou-se temas ou situações segundo as suas necessidades e objetivos do tratamento, promovendo manejo existencial, além das perguntas sobre o que pensa e o que sente sobre o tratamento (resumo da sessão anterior e sobre o tratamento cirúrgico). Foram lidos e discutidos os folhetos explicativos da sessão anterior, enfatizados os conhecimentos relevantes, com possibilidades de acrescentar idéias essenciais que não tenham sido mencionadas nas conversas anteriores.

Por fim, foi entregue o folheto do Apêndice F e recomendada a leitura para a discussão na sessão seguinte.

- 4ª. Sessão (1º. Momento): Foram feitas perguntas sobre como avaliar perspectivas em relação ao tratamento, monitorar o padrão de comportamentos estipulados pela equipe médica, e efetuado treino da eficácia e resiliência, e treino de soluções de problemas;
- 4ª. Sessão (2º. Momento): Intervenção em TCC: retomou-se temas ou situações segundo as necessidades do paciente e objetivos do tratamento, promovendo manejo existencial. Foram observadas algumas informações e noções que necessariamente ainda não tinham sido trabalhadas em cada um dos folhetos de intervenção psicoeducativa.
- Pós-tratamento: Nesta etapa, no Ambulatório, após a consulta médica, numa outra sala, foram reaplicados os inventários de Beck (BAI e BDI) e o WHOQoL-Bref. No Reteste, revisou-se as tarefas de casa, fez-se manutenção dos resultados (medidas de adesão ao tratamento e as ferramentas aprendidas), discutiu-se sobre prevenção de recaídas, fez-se resumo da sessão e encerramento da intervenção.

A Entrevista foi construída com base na literatura e na experiência clínica da pesquisadora, de orientação psicológica cognitivo-comportamental (DAWBER, 1980; BARLOW, 1999; GREENBERGER; PADESKY, 1999; WRIGHT, BASCO; THASE, 2008). Foi utilizada como uma das formas de se fazer um levantamento acerca da doença e dos fatores circunstanciais do tratamento. Esse instrumento serviu para a elaboração de uma conceitualização do caso e para a avaliação em diferentes momentos (duas sessões no pré-cirúrgico, duas no pós-cirúrgico e reteste)<sup>19</sup>. O roteiro sistematizado encontra-se no Apêndice G.

As sessões tiveram duração de 50 minutos, realizadas em um apartamento reservado do hospital, sem pacientes próximos, na Enfermaria Cirúrgica Cardíaca do

---

<sup>19</sup> As intervenções psicológicas breves têm uma nítida definição dos objetivos a serem alcançados num certo intervalo de tempo. No acompanhamento existe um tema em questão, um contrato de trabalho e uma atenção especificamente voltada para tal. Isso não significa o abandono de outras questões que podem ser introduzidas, quando ligadas ao tema. A elaboração do foco configura-se como ponto fundamental neste enfoque (LEMGRUBER, 1993).

hospital. As sessões pós-cirurgia foram realizadas até o sexto dia após alta da UTI. O paciente foi convidado a participar do reteste, a partir do terceiro mês, no retorno a consulta médica ambulatorial.

### **3.5 Procedimentos**

Para verificar as condições do ambiente e elaborar um roteiro de entrevista estruturada, além das observações sistemáticas que proporcionaram a construção dos instrumentos, foi realizado um projeto piloto, com quatro pacientes que procuraram o ambulatório do hospital, com queixas de dor torácica e infartados, posteriormente submetidos a CRM. Estes pacientes não foram posteriormente incluídos no estudo. Nesse espaço de tempo, durante o mês de agosto de 2007, verificou-se que tal procedimento possibilitou definir as formas de como abordar o paciente, esclarecer aspectos específicos da doença e o tratamento. Após este estudo exploratório, foi elaborado um roteiro de questionário sócio-demográfico e o protocolo de acompanhamento das sessões na abordagem psicológica em TCC.

Os pacientes procuraram o Ambulatório do referido hospital, durante os dias de segunda-feira, terça-feira e quinta-feira pela manhã, no período de setembro de 2007 a julho de 2008. A rotina e a trajetória dos pacientes que procuram tratamento Ambulatorial da Clínica Cirúrgica Cardíaca do HUFM se iniciavam com a triagem médica. Em seguida eram realizados atendimentos com os médicos cirurgiões, juntamente com a presença da pesquisadora e a bolsista do PIBIC, nos dias: segunda, terça e quinta-feira pela manhã. Após a consulta e a indicação de tratamento de CRM, o paciente era convidado pela pesquisadora a entrar em uma sala privada do ambulatório, eram explicados os passos da pesquisa: objetivos, o que se pretende avaliar e os momentos de intervenção psicoterápica (pré, pós-cirúrgico e reteste) no processo de hospitalização no HUFM, assim como era apresentado e lido o documento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), podendo o paciente aceitar ou recusar sua participação na pesquisa. Os pacientes que não aceitaram, não fizeram parte da pesquisa. Para a coleta de dados, no Ambulatório, uma aluna de graduação do PIBIC treinada e supervisionada pela pesquisadora, aplicou em 30 pacientes e a pesquisadora em 20, os instrumentos: TCLE, BAI, BDI e WHOQoL-Bref. Primeiramente planejou-se o

agrupamento dos participantes da seguinte maneira: os que aceitavam participar da pesquisa receberiam numeração seqüencial de 01 a 50, os que receberem numeração par, fariam parte do grupo experimental e os que receberem numeração ímpar fariam parte do grupo controle. Porém, variáveis intervenientes no serviço da Clínica Cirúrgica impediram tal procedimento: a falta de recursos financeiros para a compra de material cirúrgico, o óbito de um médico residente da Clínica Cirúrgica Cardíaca do HUFM, greve por três semanas dos Intensivistas (novembro/007 e março/008) e conseqüentemente a diminuição do número de cirurgias, retardando as internações. Diante desta realidade, os pacientes que aceitaram participar da pesquisa receberam numeração seqüencial de 01 a 15, sendo que os primeiros 15 participantes fizeram parte do grupo experimental – grupo que recebeu intervenção psicológica, estruturada com fundamentação na TCC. Os próximos 15 participantes fizeram parte do grupo controle – grupo que não recebeu intervenção psicológica. Para estes pacientes foram feitos contatos da pesquisadora, que envolviam intervenções breves não estruturadas. Os demais pacientes, do décimo sexto até o vigésimo quinto, de ambos os grupos, foram selecionados conforme metodologia inicial. Portanto, o grupo experimental foi composto por 25 pacientes que receberam intervenção psicológica pré e pós cirurgia e reteste após três meses de cirurgia; o grupo controle também composto por 25 pacientes submetidos aos mesmos procedimentos médicos, porém sem intervenção psicológica.

Partindo da breve contextualização da terapia cognitiva e comportamental, faremos a apresentação da prática terapêutica em pacientes submetidos a CRM alicerçada nos procedimentos da TCC no grupo experimental e as visitas ao grupo controle.

### **3.5.1 Protocolo de intervenção: Abordagem aos pacientes e os momentos do tratamento cirúrgico**

O trajeto desenvolvido na pesquisa baseia-se no protocolo criado para os momentos do tratamento: pré-cirurgia (ambulatório, 1ª. e 2ª. sessões) e pós-cirurgia (3ª. e 4ª. sessões e reteste) a partir dos objetivos propostos, em que a pesquisadora utilizou de técnicas cognitivas e comportamentais como ferramentas no processo das intervenções na atuação clínica.

Roteiro de procedimentos voltados para o paciente com descrição sistematizada das atividades ocorridas antes, durante as sessões e reteste encontram-se no Quadro 1 com texto explicativo abaixo.

Sessão	Agenda (objetivos)	Fases das intervenções	Plano de atividades
Pré-tratamento  Ambulatório (antes da internação)	Assinatura do TCLE e avaliação diagnóstica: aplicação dos inventários Beck (BAI, BDI) e WHOQoL-Bref.		Individualizado.
1ª. sessão	Estabelecimento da aliança e fortalecimento do contrato terapêutico e <i>rapport</i> com base na co-participação ativa de ambos;  Entrevista: avaliar a motivação para o tratamento (disposição para colaborar); Entrevista estruturada (1ª. sessão).  Intervenção em TCC (as duas questões: o que pensa e o que sente em relação à doença e em relação ao tratamento); Checagem do humor e dos sintomas; Resumo da 1ª. sessão (feedback)	Definir problemas e priorizá-los;          Familiarização com a TCC; Estabelecimento do empirismo colaborativo;	Individualizado; Técnica (s) em TCC: baseada(s) na(s) necessidade(s) e nos objetivos; Técnicas cognitivas, exemplos: *identificação de pensamentos automáticos e cognições distorcidas; *questionamento socrático; *exame das evidências; *conversar com especialistas (médico, etc.); *vantagens e desvantagens (custo e benefícios). Técnicas comportamentais, exemplos: *role-play (exposição): para enfrentar as situações evitadas; *relaxamento muscular progressivo e respiração diafragmática; *exposição em imaginação: para pensamentos ruins, dúvidas e incertezas; *modelação. Tarefa (s) de casa:

			<p>*leitura dos folhetos explicativos;</p> <p>*registro do Exercício A→B→C</p> <p>Psicoeducação: leitura e entrega dos folhetos explicativos (ANEXO A; APÊNDICE D e E).</p>
2ª. sessão	<p>Entrevista estruturada (2ª. sessão).</p> <p>Intervenção em TCC (retornar as duas questões, fazer Exercício A→B→C);</p> <p>Resumo da sessão anterior;</p> <p>Revisão das tarefas de casa;</p> <p>Checagem do humor e dos sintomas;</p> <p>Resumo da 2ª. sessão (feedback)</p>	<p>Relação entre cognição e afeto;</p> <p>Comportamentos como consequência;</p> <p>Identificação das distorções cognitivas;</p> <p>Estímulo da auto-eficácia.</p>	<p>Individualizado;</p> <p>Técnica(s) em TCC: baseada(s) na(s) necessidade(s) e nos objetivos;</p> <p>Automatização dos exercícios cognitivos e comportamentais;</p> <p>Tarefa (s) de casa:</p> <p>*leitura dos folhetos explicativos;</p> <p>*registro do Exercício A→B→C</p> <p>Psicoeducação: leitura e entrega dos folhetos explicativos (APÊNDICE D e E ; ANEXO B e D).</p>
Tratamento cirúrgico CRM (permanência na UTI durante 7 dias conforme evolução clínica)			
3ª. sessão	<p>Avaliação diagnóstica: re-aplicação dos inventários Beck (BAI, BDI) e WHOQoL-Bref.</p>		<p>Individualizado;</p> <p>Técnica (s) em TCC: baseada (s) na necessidade e nos objetivos;</p>

	<p>Entrevista estruturada (3ª. sessão).</p> <p>Intervenção em TCC (retornar as questões relacionadas ao pensamento e sentimento, fazer Exercício A→B→C);</p> <p>Resumo da sessão anterior e sobre o tratamento;</p> <p>Revisão das tarefas de casa;</p> <p>Checagem do humor e dos sintomas;</p> <p>Resumo da 3ª. sessão (feedback)</p>	<p>Identificação e correção das vulnerabilidades;</p> <p>Identificação e modificação de pressupostos;</p> <p>Identificação de Esquemas e sua(s) correção (ões);</p> <p>Reestruturação cognitiva (identificar, nomear e reestruturar ao longo das sessões).</p>	<p>Automatização dos exercícios cognitivos e comportamentais;</p> <p>Tarefa (s) de casa:</p> <p>*leitura dos folhetos explicativos;</p> <p>*registro do Exercício A→B→C</p> <p>Psicoeducação: leitura e/ou dúvidas dos folhetos explicativos da sessões anteriores (ANEXOS A, B e D; APÊNDICES D e E) e entregue o folheto do Apêndice F.</p>
4ª. sessão	<p>Entrevista estruturada (4ª. sessão).</p> <p>Intervenção em TCC (retornar as questões relacionadas ao pensamento e sentimento, fazer Exercício A→B→C);</p> <p>Resumo da sessão anterior;</p> <p>Revisão das tarefas de casa;</p> <p>Checagem do humor e</p>	<p>Avaliar perspectivas em relação ao tratamento;</p> <p>Identificação de situações de risco para recaída;</p> <p>Estímulo da auto-eficácia e treino da resiliência;</p> <p>Paciente seu próprio terapeuta (automonitoramento);</p> <p>Terapeuta como consultor;</p>	<p>Individualizado;</p> <p>Técnica (s) em TCC: baseada(s) na(s) necessidade(s) e nos objetivos;</p> <p>Automatização dos exercícios cognitivos e comportamentais;</p> <p>Tarefa (s) de casa:</p> <p>*leitura dos folhetos explicativos;</p> <p>*registro do Exercício A→B→C;</p> <p>Psicoeducação: leitura do folheto explicativo entregue na sessão anterior (APÊNDICE F).</p>

	dos sintomas; Alta hospitalar; Resumo da 4ª. sessão (feedback)	Fortalecimento do contrato terapêutico para o retorno ao hospital, três meses após a cirurgia.	
Alta hospitalar			
Reteste (pós-operatório, após três meses)	<p>Avaliação diagnóstica: re-aplicação dos inventários Beck (BAI, BDI) e WHOQoL-Bref.</p> <p>Revisão das tarefas de casa;</p> <p>Manutenção dos resultados (medidas de adesão ao tratamento e as ferramentas aprendidas);</p> <p>Prevenção de recaídas;</p> <p>Resumo da sessão;</p> <p>Encerramento da intervenção.</p>	<p>Identificação de situações de risco para recaída;</p> <p>Paciente seu próprio terapeuta;</p> <p>Terapeuta como consultor.</p> <p>Sessão de reforço.</p>	<p>Individualizado;</p> <p>Técnica (s) em TCC: baseada(s) na(s) necessidade(s) e nos objetivos;</p> <p>Tarefa (s) de casa: *Psicoeducação: leitura dos folhetos explicativos fornecidos durante o tratamento;</p> <p>Anotações no cartão da instituição pela pesquisadora: datas das consultas posteriores ao Serviço da Clínica Cardíaca.</p>

Quadro 1 – Descrição sistematizada do protocolo de intervenção psicológica Cognitivo-comportamental em pacientes submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM)

Houve a designação de um apartamento reservado no hospital, para onde foram conduzidos os participantes individualmente pela pesquisadora, para a coleta de dados. Depois de ele estar devidamente acomodado, iniciava-se pela aplicação da Entrevista; terminada esta, dava-se prosseguimento com as duas questões,

informando ao participante que a pesquisadora iria ler para ele as suas respostas e algumas vezes mostrava ao paciente também o que gravara durante a entrevista, que ele não se preocupasse com a forma da resposta, ou sua exatidão, porque não havia respostas certas ou erradas, sinalizando antes ao participante que ele agora, nessas duas perguntas, estava livre para falar tanto quanto quisesse ao responder a cada uma delas.

No início do processo das intervenções, foi importante avaliar a prontidão do paciente para a mudança e identificar de que maneira ele gostaria que tratasse a sua saúde/doença (problema) ou os objetivos que gostaria de atingir. Na 1<sup>a</sup>. e 2<sup>a</sup>. sessões foi avaliada a percepção do paciente e da importância da mudança com o tratamento, a sua prontidão para envolver-se numa agenda de mudanças e a sua confiança em conseguir. Verificou-se também, se o paciente estava disposto a passar pelos sacrifícios necessários e a tolerar o aumento da ansiedade sempre presente no início do tratamento. Significa, ainda, dispor de tempo para as sessões com o terapeuta, ler o material fornecido (folhetos explicativos) e realizar as tarefas práticas, que são parte essencial da terapia. A intervenção baseou-se na premissa central de que a mudança precisa ser estimulada no paciente. Durante as sessões evitou-se confrontar ou desafiar a resistência do paciente, em vez disso, o mesmo foi ajudado a desenvolver discrepância entre onde ele está atualmente e onde gostaria, idealmente, de estar. Foram enfatizados quaisquer sinais de auto-eficácia ou comportamentos que pudessem indicar uma possível automotivação.

Para o Grupo controle foram feitas as mesmas avaliações (roteiro de entrevista estruturada) e nos mesmos momentos, que para o Grupo experimental. Para controlar a variável “presença da psicóloga” junto ao paciente, a mesma visitou todos os pacientes do Grupo controle, sem efetuar nenhum procedimento psicológico. Simplesmente lhes perguntava como estavam, como se sentiam após a cirurgia e outras questões corriqueiras. A psicóloga mais ouvia do que falava e estimulava o paciente a falar. Nenhuma intervenção que se assemelha-se às intervenções do grupo experimental era feita. Eram entregues os folhetos explicativos e efetuava-se as perguntas do roteiro estruturado.

### 3.5.2 Momento pré-operatório

#### ➤ No Ambulatório (antes da internação e da cirurgia)

No mesmo dia da consulta ambulatorial, os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE, também responderam à entrevista do Questionário sócio-demográfico e se submeteram à aplicação dos Inventários de Beck (BAI e BDI) e WHOQoL-Bref.

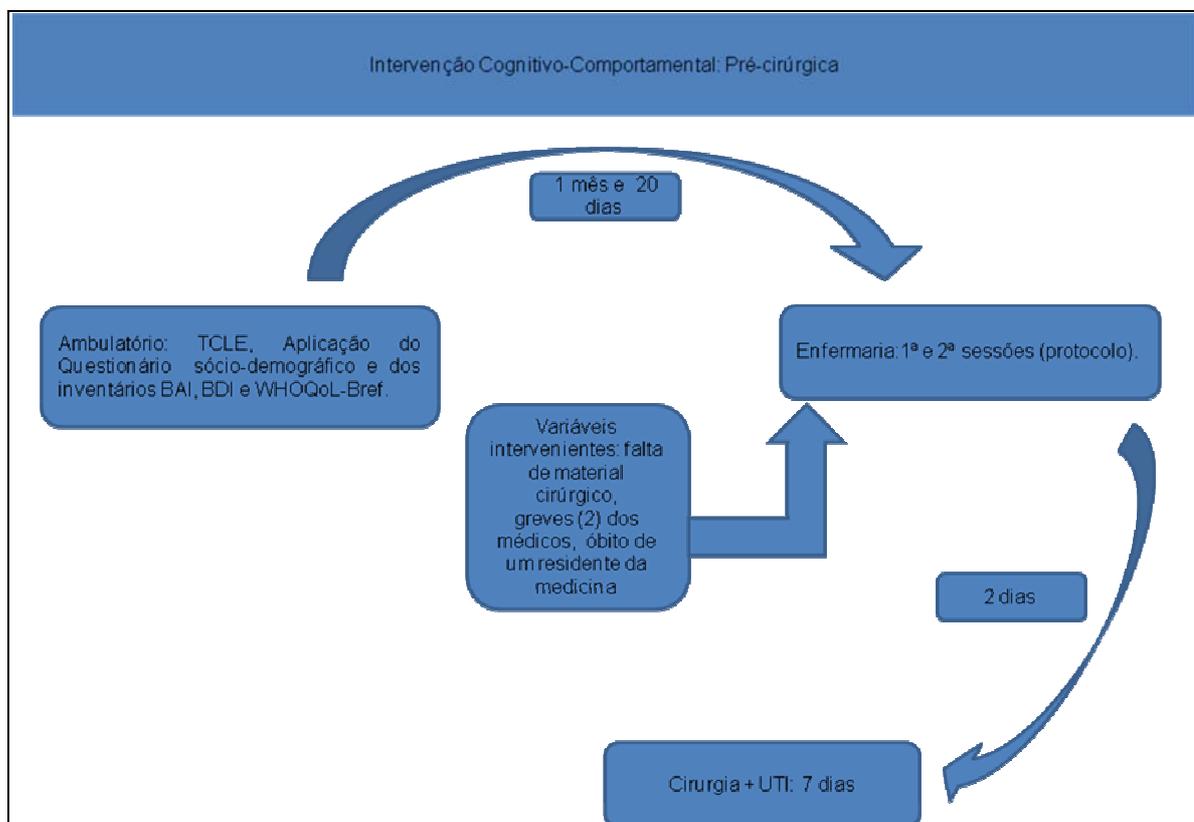


Figura 4 – Esquema gráfico da intervenção psicológica Cognitivo-comportamental em pacientes pré-cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM)

#### ➤ Na Enfermaria

Antes de se abordar o paciente, no primeiro ou no segundo dia da internação no hospital, fosse do grupo experimental ou do controle, perguntava-se se o mesmo desejava saber sobre a cirurgia, o tratamento na UTI, a alta e o seu retorno à Enfermaria Cirúrgica Cardíaca. As informações tinham como objetivo minimizar a circunstância da doença, a hospitalização e a cirurgia para não trazer prejuízos orgânicos ou psicológicos ao paciente, além de atuar na promoção de saúde, para o surgimento de potencialidades e capacidade

de enfrentamento. Caso o paciente aceitasse, ele era conduzido aos andares do hospital onde se localizam o Centro Cirúrgico (3º. Andar) e a UTI (2º. Andar) para facilitar o acesso aos serviços oferecidos e a quem recorrer de acordo com a sua necessidade. Em seguida, em caso de dúvidas pelo paciente, eram respondidas perguntas pela pesquisadora e pela equipe médica que, mais adiante, concluídas as observações nas dependências do hospital, perguntava o que o paciente sabia ou não sobre o tratamento. O paciente era encaminhado ao seu apartamento, a pesquisadora solicitava ao mesmo que desenhasse no papel o que sabia ou não, independente do que este falava a respeito do tratamento cirúrgico, e adiante explicava o procedimento de CRM através do uso de um folheto explicativo contendo desenhos, que era lido pela pesquisadora e depois entregue ao paciente (APÊNDICE D e E; ANEXO A). A intervenção consistia em complementar as informações que o paciente demonstrava possuir, estimulá-lo a falar mais sobre o assunto para esclarecer dúvidas adicionais e ativar a motivação<sup>20</sup> do paciente para as mudanças e de comportamentos de adesão ao tratamento.

As orientações aos pacientes foram fornecidas (grupo experimental e grupo controle), inclusive sobre as rotinas do hospital durante todos os momentos da internação: os procedimentos esperados para determinadas situações, como dar continuidade ao tratamento, a importância em aderir à terapêutica, a necessidade de se adaptar aos hábitos saudáveis, condutas ou comportamentos adequados a cada fase do processo de hospitalização e alta hospitalar, como se cuidar após um procedimento cirúrgico cardíaco, etc.

Os participantes do grupo experimental, após solicitação de internação feita pelo HUFM e sua efetiva internação na Clínica Cirúrgica Cardíaca, antes da cirurgia, receberam duas intervenções psicológicas (pré – cirurgia: Sessão 1 e 2), dois dias antes do previsto pela equipe médica para serem submetidos à cirurgia, com duração de 50 minutos. Uma descrição mais detalhada da intervenção, bem como exemplos das verbalizações de pacientes e terapeuta podem ser vistos nos apêndices H1 e H2 (experimental) e (controle).

Considerou-se além do roteiro das sessões estruturadas para os momentos do tratamento CRM, as informações que os pacientes verbalizaram ao longo do processo. Nas sessões, foram utilizadas pela pesquisadora as técnicas cognitivo-comportamentais, encontram-se no Anexo D.

---

<sup>20</sup> À partir dos próprios argumentos do paciente a pesquisadora utilizou-se de abordagens estratégicas motivacionais como: oferecer orientação, remover barreiras, proporcionar escolhas, diminuir o aspecto desejável do comportamento, praticar empatia, proporcionar *feedback*, esclarecer objetivos e ajudar ativamente (MILLER; ROLNICK, 2001; PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983).

Com relação às tarefas de casa, foram planejadas de acordo com os temas surgidos a partir das sessões e das necessidades do paciente, para possibilitar as discussões sobre os assuntos pertinentes às sessões posteriores.

Os participantes do grupo experimental e do grupo controle, no mesmo dia da consulta ambulatorial, também respondiam ao Questionário Sócio-demográfico e aos instrumentos BAI, BDI e WHOQoL-Bref (pré-cirurgia), com duração de 50 minutos.

A pesquisadora realizou as intervenções psicológicas nas dependências da Enfermaria Cirúrgica, no grupo experimental e as visitas ao grupo controle.

Ao longo de todas as quatro sessões com o grupo experimental, utilizou-se a abordagem colaborativa e psicoeducativa, com experiências específicas de aprendizagem planejadas com o intuito de ensinar os pacientes. Folhetos explicativos eram lidos pela pesquisadora e posteriormente entregues ao paciente (APÊNDICE D, E e F; ANEXOS A, B e D).

### 3.5.3 Momento pós-operatório

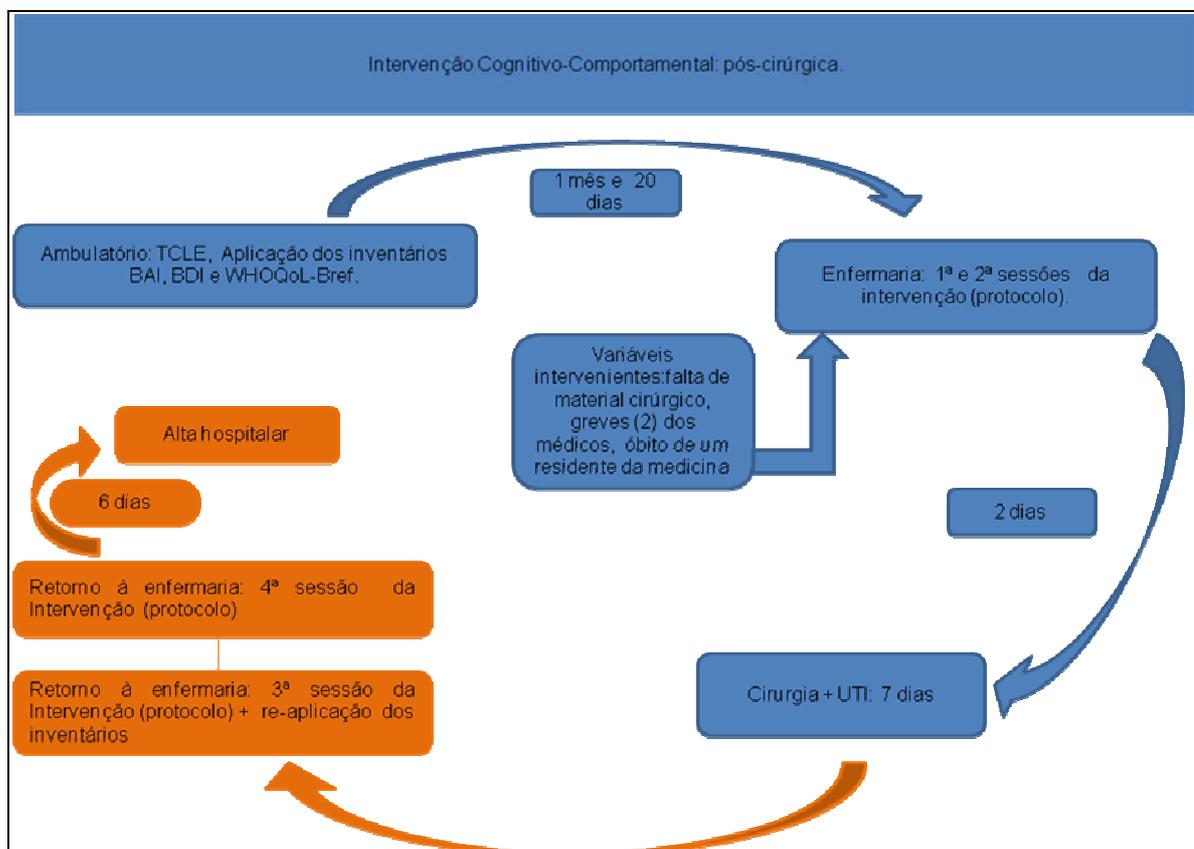


Figura 5 – Esquema gráfico da intervenção psicológica cognitivo-comportamental em pacientes pós-cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM)

O pós-operatório tem uma fase precoce que é o período compreendido entre o término da operação até a plena recuperação da consciência, e uma fase tardia, que é conhecida como pós-operatório imediato (POi), isto é, o período que ainda há instabilidade das funções orgânicas e abrange as primeiras vinte e quatro horas. O pós-operatório imediato envolve um período de convalescência precoce que se prolonga até a alta hospitalar. O pós-operatório tardio (POt), compreende o período após a alta hospitalar também chamado de recuperação pós-operatória (HARGROVE-HUTEL, 1998).

Tanto o grupo experimental quanto o grupo controle permaneceram internados após procedimento cirúrgico durante sete dias, conforme a evolução clínica, na Unidade Terapia Intensiva (UTI), quando retornavam à Enfermaria Cirúrgica Cardíaca e recebiam respectivamente, a intervenção psicológica e a visita psicológica (Pós-Cirurgia: Sessão 3 e 4), entre o primeiro e o quinto dia de internação, ambos em 01:00 hora. Na 3ª. sessão, foram aplicados os instrumentos BAI, BDI e WHOQoL-Bref.

Aos grupos, foram dadas informações pela pesquisadora acerca do tratamento, o grupo experimental recebeu intervenção na abordagem em TCC e o grupo controle (somente APÊNDICE D e F) recebeu a visita da pesquisadora, ambos com duração de 01:00 hora, com o objetivo de colher informações sobre toda a dinâmica experimentada.

Na 4ª. sessão em CRM, o paciente do grupo experimental, engajado no seu processo de reorientação em relação à sua vida, incentivado pela pesquisadora a assumir cada vez mais a responsabilidade pela definição e manejo dos problemas, permanecendo na tarefa de trabalho em direção à mudança e também aplicando os conceitos da TCC na vida cotidiana. Na continuidade dos métodos de estruturação, foi realizado nas sessões: checagem de sintomas, auxiliar os pacientes a associar antigas atitudes às novas, ou seja, associá-las às novas crenças e tornar as conexões fortes e persistentes; dar *feedback*, dar encadeamento às sessões; tarefa de casa para o paciente. As instruções e o preparo do paciente, nos grupos, experimental e controle, para a manutenção dos cuidados domiciliares, foram iniciados na internação, pela pesquisadora, evidenciadas, esclarecidas e adicionadas, sobretudo nessa fase, referindo-se também, à expectativa da alta hospitalar.

### 3.5.4 Momento do reteste

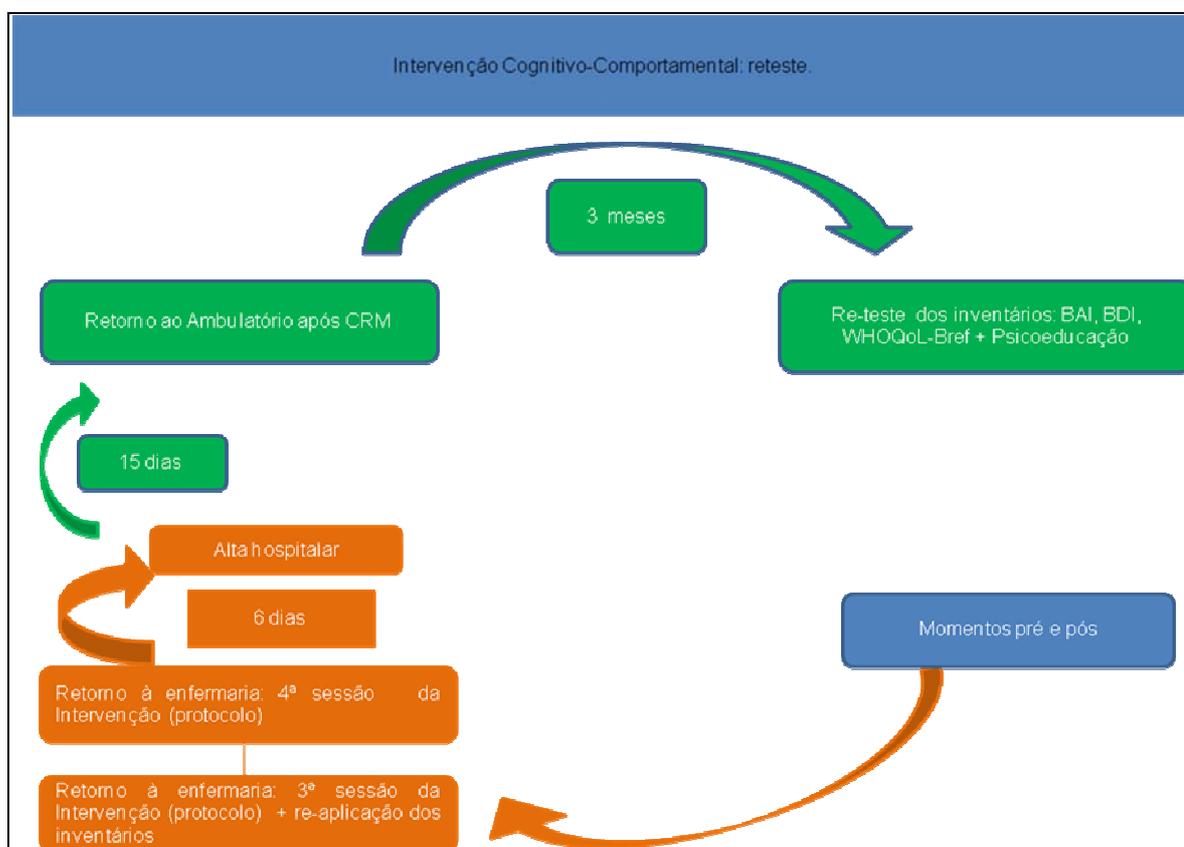


Figura 6 – Esquema gráfico da intervenção psicológica Cognitivo-comportamental em pacientes no reteste de Revascularização do Miocárdio (CRM)

O retorno às consultas médicas, após três meses de alta hospitalar, foi realizado as segundas, terças e quintas-feiras, sendo que as datas das consultas foram pré-agendadas pelo hospital. A pesquisadora atendia juntamente com o médico cirurgião, observava todas as orientações e fazia a evolução clínica e psicológica do paciente. Após a consulta médica, no mesmo dia, o paciente era encaminhado a uma sala privativa pela pesquisadora para aplicação do reteste, dos instrumentos BAI, BDI e WHOQoL-Bref.

A duração das entrevistas foi de 50' a 01:00 hora, não sendo permitida a presença de acompanhantes durante a entrevista. Houve ainda a preocupação de que as questões fossem realizadas com o mesmo vocabulário, salvo as adequações realizadas quanto ao nível cultural e intelectual, para evitar confusões no entendimento da pergunta e conseqüentemente em suas respostas. Neste momento, foram repetidas as orientações para a adesão ao tratamento e sua

continuidade, bem como criada a oportunidade para que os pacientes pudessem esclarecer dúvidas e anseios. A pesquisadora usou o mesmo material educativo (APÊNDICE F) para ambos os grupos. Este material continha informações sobre fatores psicossociais e/ou modificáveis de risco e instruções de condutas pós cirurgia RM e era lido, explicado e entregue aos pacientes de acordo com as necessidades de cada paciente (obesidade, colesterol, tabagismo, atividade física, etc.), explicando cada item e questionando o paciente quanto ao seu entendimento. Em seguida, eram lembradas as datas das consultas posteriores e anotadas em um cartão da Instituição, bem como o encaminhamento solicitado pelo médico cirurgião, após seis meses ao Serviço da Clínica Cardíaca, na tentativa de diminuir o abandono ao tratamento.

### **3.6 Análise dos dados**

Neste estudo, os dados quantitativos foram analisados em três momentos: inicialmente pela descrição dos participantes a partir das variáveis estudadas; posteriormente, correlacionou-se os resultados de cada grupo e em seguida os grupos foram comparados nos três momentos de avaliação, por último, os resultados foram comparados nos três momentos, com o objetivo de verificar possíveis diferenças entre os grupos.

Nas avaliações dos Inventários de Ansiedade (BAI) e Depressão (BDI) foram utilizados os pontos de corte propostos por Cunha (2001). Para o BAI, seguiu-se a classificação: ansiedade mínima (0 – 10), leve (11- 19), moderada (20 – 30) e grave (31 - 63); para o BDI: depressão mínima (0 – 11), leve (12 – 19), moderada (20 – 35) e grave (36 – 63). Foi considerada a presença de sintomas ansiosos para os resultados acima de 10 e para os sintomas depressivos, valores acima de 11 (BECK, A. et al., 1961, 1985).

Para as análises do Instrumento de Qualidade de Vida (WHOQoL-Bref) foram consideradas as instruções dos estudos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde no Brasil (FLECK et al., 2000). Este instrumento baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é um conjunto subjetivo multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. Contém 26 perguntas, sendo primeiramente avaliadas as duas iniciais, a qualidade de vida geral. Uma faz

referência à percepção da qualidade de vida e a outra à satisfação com à saúde. Ambas foram calculadas em conjunto, obtendo um único escore independente dos escores de domínio. As 24 perguntas restantes são distribuídas em quatro domínios, relacionadas às questões e foram avaliadas da seguinte maneira: físico (3, 4, 10, 15, 17 e 18), psicológico (5, 6, 7, 11, 19 e 26), social (20, 21 e 22) e meio ambiente (8, 9, 12, 13, 14, 24 e 25). Os domínios foram analisados separadamente e medidos em dimensão positiva, isto é, denotam melhor qualidade de vida os escores mais altos.

### 3.6.1 Tratamento estatístico dos dados

Inicialmente, foi verificado se havia diferença significativa no momento inicial das variáveis dependentes entre os níveis de cada variável independente, através do teste *t* de Student.

Por isso, em seguida, utilizou-se a ANOVA de medidas repetidas para observar se havia diferença entre os momentos pré, pós e reteste e quando houve diferença significativa foi utilizado o teste *post hoc* de Bonferroni.

Finalmente, para constatar se a relação entre os diferentes momentos e a variável dependente variava na presença de uma determinada variável independente, foi realizada uma ANOVA para medidas repetidas com um fator, sendo este o fator a variável independente. Foi adotado o nível de significância de  $p \leq 0,05$ .

### 3.7 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas - UFAM e aprovado em reunião, protocolado no CEP/UFAM com CAAE no. 0104.0.115.000-07, no dia 24 de maio de 2007. Este processo garante o respeito à dignidade humana e o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos (ANEXO E).

Mediante a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética iniciou-se a coleta de dados. Em seguida, os pacientes responderam ao aceite ou não em participar da pesquisa através do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).



## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Inicialmente, são apresentados os dados descritivos das variáveis estudadas dos grupos (experimental e controle), com a finalidade de caracterizar a amostra. Posteriormente, são apresentadas as análises dos dados relativos aos Inventários BAI, BDI e WHOQoI-Bref.

### **4.1 Caracterização sócio-demográfica dos participantes**

Participaram do estudo 50 pacientes, sendo 25 do grupo experimental e 25 do grupo controle. Com relação ao grupo controle, dos 25 pacientes convidados, três faleceram após a cirurgia. Os dados sócio-demográficos destes pacientes estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis sócio-demográficas a partir da avaliação inicial de pacientes submetidos a CRM dos grupos controle e experimental (com intervenção psicológica)

Variável	Grupo controle		Grupo experimental	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Masculino	15	60%	17	68%
Feminino	10	40%	8	32%
Total	25	100%	25	100%
<b>Idade (anos)</b>				
45 - 55	9	36%	8	32%
56 - 75	16	64%	17	68%
Total	25	100%	25	100%
<b>Estado Civil</b>				
Com companheiro/a	21	84%	20	80%
Sem companheiro/a	4	16%	5	20%
Total	25	100%	25	100%
<b>Escolaridade</b>				
Fund. menor e maior	15	60%	16	64%
Colegial	10	40%	9	36%
Total	25	100%	25	100%
<b>Renda Familiar (salário mínimo)</b>				
< 2	17	68%	18	72%
> 2	8	32%	7	28%
Total	25	100%	25	100%
<b>Religião</b>				
Católico	15	60%	19	76%
Não Católico	10	40%	6	24%
Total	25	100%	25	100%
<b>Prática</b>				
Sim	21	84%	14	56%
Não	4	16%	11	44%
Total	25	100%	25	100%

n: frequência; %: porcentagem

Destacam-se as principais frequências de ocorrências, quanto ao sexo, houve predomínio do masculino em ambos os grupos, isto é, dos 50 entrevistados 32 eram homens, representando 64% da amostra total. Corroboram os resultados deste estudo, Duarte (2002), *Framingham* (THE FRAMINGHAM HEART STUDY,

1995-2010), Silva, Souza e Schargodsky (1998) quanto à maior prevalência da DAC no gênero masculino e maior frequência de CRM em homens do que em mulheres (CARVALHO et al., 2005). Com relação à idade, houve um predomínio de participantes na faixa etária dos 56 e 75 anos tanto no grupo experimental como no grupo controle. Os achados de Lotufo (1996), Silva (1998) e Sculman (1999) relatam um aumento da prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis claramente associadas à idade.

Com relação ao estado civil, renda familiar e escolaridade, houve um predomínio de participantes com companheiros (as) nos dois grupos, com escolaridade de Fundamental completo e com remuneração menor que dois salários mínimos.

Quanto à religião, houve um predomínio de participantes católicos (76%) em ambos os grupos, sendo que a porcentagem no grupo controle 84% e 56% no grupo experimental afirmam praticar sua religião.

#### **4.2 Caracterização ocupacional dos participantes**

Participaram do estudo 50 pacientes, sendo 25 do grupo experimental e 25 do grupo controle. Com relação ao grupo controle, dos 25 pacientes convidados, três faleceram após a cirurgia. Os dados das variáveis ocupacionais destes pacientes estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Variáveis ocupacionais a partir da avaliação inicial de pacientes submetidos a CRM dos grupos controle e experimental (com intervenção psicológica)

Variável	Grupo controle		Grupo experimental	
	n	%	n	%
<b>Trabalha</b>				
Sim	18	72%	18	72%
Não	7	28%	7	28%
Total	25	100%	25	100%
<b>Profissão</b>				
Qualificadas	7	28%	21	84%
Não qualificadas	18	72%	4	16%
Total	25	100%	25	100%
<b>Outros empregos</b>				
Sim	10	40%	18	72%
Não	15	60%	7	28%
Total	25	100%	25	100%
<b>Quantidade de empregos</b>				
Um	15	60%	7	28%
Mais de um	10	40%	18	72%
Total	25	100%	25	100%
<b>Jornada diária de Trabalho (horas)</b>				
< 8	7	28%	6	24%
> 8	18	72%	19	76%
Total	25	100%	25	100%
<b>Férias</b>				
Sim	6	24%	3	12%
Não	19	76%	22	88%
Total	25	100%	25	100%
<b>□ Freqüência (dias)</b>				
< 30	6	24%	4	16%
Nenhum	19	76%	21	84%
Total	25	100%	25	100%
<b>Tempo sem férias (anos)</b>				
1	6	24%	8	32%
> 1	19	76%	17	68%
Total	25	100%	25	100%

n: freqüência; %: porcentagem

Constatou-se que 72% dos participantes, tanto no grupo controle quanto no experimental trabalhavam, houve predomínio de profissões não qualificadas no grupo controle (72%) e de profissões qualificadas no grupo experimental (84%). Para a variável possuírem outros empregos, no grupo experimental prevalecem aqueles que possuem mais de uma atividade laboral, trabalham mais que 8 horas e não usufruíram das férias; com relação ao grupo controle prevalecem aqueles que possuem um emprego, trabalham 8 horas diárias sem férias anuais. Mais da metade dos pacientes (72%) referiram carga horária e jornada de trabalho elevadas, assim como não ter férias anuais, fatores que podem comprometer a saúde cardiovascular e que corroboram a hipótese sobre fatores psicossociais na incidência da DAC constatados nos estudos de Chandola et al. (2008), Kuper e Marmont (2003) e Syme (2000).

#### **4.3 Caracterização clínica dos participantes**

Participaram do estudo 50 pacientes, sendo 25 do grupo experimental e 25 do grupo controle. Com relação ao grupo controle, dos 25 pacientes convidados, três faleceram após a cirurgia. Os dados das variáveis clínicas destes pacientes estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Variáveis clínicas a partir da avaliação inicial de pacientes submetidos a CRM dos grupos controle e experimental (com intervenção psicológica)

Variável	Grupo controle		Grupo experimental	
	n	%	n	%
<b>Tempo da doença infarto (anos)</b>				
< 1	6	24%	10	40%
Acima de 1	19	76%	15	60%
Total	25	100%	25	100%
<b>Gravidade (quantidade de infartos)</b>				
Um ou mais infartos	21	84%	16	64%
Nenhum	4	16%	9	36%
Total	25	100%	25	100%
<b>Fatores de risco</b>				
Um fator	0	0%	1	4%
Acima de um fator	25	100%	24	96%
Total	25	100%	25	100%
<b>Diabetes</b>				
Sim	22	88%	17	68%
Não	3	12%	8	32%
Total	25	100%	25	100%
<b>Causa</b>				
Hereditária	13	52%	11	44%
Não hereditária	12	48%	14	56%
Total		100%	25	100%
<b>IMC</b>				
Baixo peso/saudável	14	56%	20	80%
Sobrepeso/obeso	11	44%	5	20%
Total	25	100%	25	100%

n: frequência; %: porcentagem

Com relação à variável tempo da doença, notou-se que há um predomínio no grupo controle, sendo 76% acometidos pelo infarto há mais de um ano e 84% com um ou mais infartos. Ambos os grupos indicaram possuir acima de dois fatores de risco, sendo um deles a DM apresentada pelo grupo controle com porcentagem maior (88%) em relação ao grupo experimental (68%). Verificou-se que, no grupo experimental, os pacientes têm DAC como causa não hereditária (56%), e o grupo controle, a causas hereditárias (48%). Os dados sugerem que os grupos conhecem

as causas multifatoriais da DAC e que o DM leva ao aparecimento ou o agravamento de outros fatores de risco o que corrobora os achados de Rabelo e Martinez (1998).

Observou-se quanto ao índice de massa corporal (IMC) dentre os participantes, que há predomínio de baixo peso ou peso saudável no grupo experimental (80%) em relação ao grupo controle (56%).

#### 4.4 Análise dos dados relativos ao Inventário BAI

Os dados quantitativos relativos à mensuração dos sintomas da ansiedade são apresentados na Tabela 2. Inicialmente através de uma estatística descritiva, com informação sobre médias e desvios padrão dos dois grupos estudados e em seguida com comparação entre os grupos.

Tabela 4 – Dados do Inventário BAI para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, nos três momentos da avaliação

Momentos	Grupo Controle			Grupo Experimental		
	n	M	DP	n	M	DP
Pré	22	19.50	10.50	25	23.28*	11.93
Pós	22	26.00*	9.53	25	11.56*	9.53
reteste	22	16.95*	7.14	25	9.64*	8.00

\*diferença estatística significativa; n: frequência; M; média; DP: desvio padrão

Inicialmente, houve diferença estatística significativa na variável grupo ( $F=14.48$ ;  $gl=1.66$ ;  $p<0.001$ ), com evoluções diferentes entre eles.

Mostrando no grupo controle que houve diferença estatística significativa ( $p=0.001$ ) entre o momento pós ( $M=26.00$ ) apresentando valores superiores de sintoma de ansiedade aos do reteste ( $M=16.95$ ). No grupo experimental constatou-se diferença estatística significativa ( $p<0,001$ ) entre o momento pré ( $M=23.28$ ), apresentando prevalência de sintomas de ansiedade aos do pós ( $M=11.56$ ), e com o momento pré apresentando valores superiores de sintomas de ansiedade aos do reteste ( $p<0.001$ ).

Das variáveis sócio-demográficas estudadas, apenas na variável profissão qualificada houve diferença estatística significativa ( $p=0.002$ ), com redução dos sintomas ansiosos entre o momento pós e o reteste, em ambos os grupos, e para a profissão não qualificada constatou-se diferença estatística significativa ( $p=0.025$ ) com redução dos sintomas ansiosos entre o momento pré e o pós, e novamente redução dos sintomas ansiosos entre o momento pré e o reteste ( $p=0.002$ ) para as profissões não qualificadas, nos grupos controle e experimental.

Constatou-se que as demais variáveis independentes não apresentaram influência na evolução do BAI entre os grupos, porém foram descritas pela sua relevância diante do tema estudado.

Estudos de Favarato et al. (2001) e Gorenstein et al. (1999), demonstraram que a cardiopatia por ser uma afecção ameaçadora, gera ansiedade e insegurança, sinalizando para o indivíduo sua vulnerabilidade frente ao processo de hospitalização e tratamento cirúrgico.

Neste estudo, a redução significativa do escore dos sintomas de ansiedade no momento pós-cirurgia, e a sua manutenção no reteste, no grupo experimental, foi similar aos dados verificados nos programas para a investigação e intervenção biopsicossocial, na reabilitação para eventos coronarianos. Pesquisadores constataram a eficácia destes programas, na redução dos sintomas de ansiedade, depressão e modificação no estilo de vida mais saudável, ao longo das avaliações (KOERTG et al., 2008; LEWIN et al., 2009; LINCOLN; FLANNAGHAM, 2003; MCINTYRE; FERNANDES; ARAÚJO, 2000; PINHEIRO; PINHEIRO; MARINHO, 2006; PINTON et al., 2006).

#### **4.5 Análise dos dados relativos ao Inventário BDI**

Os dados quantitativos relativos à avaliação dos sintomas da depressão são apresentados na Tabela 3. Inicialmente através de uma estatística descritiva, com informação sobre médias e desvios padrão dos dois grupos estudados e em seguida com comparação entre os grupos.

Tabela 5 – Dados do Inventário BDI para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, nos três momentos da avaliação

Momentos	Grupo controle			Grupo experimental		
	n	M	DP	n	M	DP
Pré	22	21.63*	7.23	25	17.04*	7.70
Pós	22	21.81*	6.71	25	12.28*	5.02
Reteste	22	20.09*	7.25	25	11.84*	6.22

\*diferença estatística significativa; n: frequência; M: média; DP: desvio padrão

Inicialmente, observa-se, que houve uma diferença estatística significativa, comparando-se os grupos ( $F= 1.44$ ;  $gl= 1.27$ ;  $p=0.02$ ), sendo que o grupo controle apresentou valor superior nos sintomas de depressão em relação ao grupo experimental.

Analisou-se em seguida, no grupo experimental, que houve diferença estatística em relação aos momentos. A medida do pré ( $M=17.04$ ) foi superior respectivamente aos momentos pós ( $p=0.03$ ) e resteste ( $p=0.04$ ).

As demais variáveis sócio-demográficas não apresentaram influência na evolução do BDI ao longo dos momentos pré, pós e resteste, porém foram avaliadas pela sua relevância diante do tema estudado.

Os dados da literatura sobre os sintomas de depressão indicam que quando não tratados adequadamente são considerados tanto um fator de risco para o surgimento do IAM, como fator de pior prognóstico, aumentando a morbidade e a mortalidade (TAMAI, 2003) e dificuldades de retorno as atividades sociais e de lazer (FRASURE-SMITH et al., 2000) sendo que de um a três pacientes admitidos em hospitais por doença cardiovascular são acometidos por depressão após o IAM e angina instável (LEMONS et al., 2008; MATTOS et al., 2005; PEREZ et al., 2005; VIOLA et al., 2001) ou depois da cirurgia, inclusive com complicações no pós-operatório (BLUMENTHAL et al., 2003; PINTON et al., 2006; SAMPALIS et al., 2001). Observa-se a necessidade de identificar precocemente os fatores de risco psicossociais, dar continuidade a aplicação da abordagem preventiva em seguimentos mais prolongados e intervir para não potencializar fatores de risco importantes na recuperação da DAC.

#### 4.6 Análise dos dados relativos ao Inventário WHOQoL- Bref

Apresenta-se inicialmente, os principais dados obtidos nas análises efetuadas com as variáveis, para facilitar uma compreensão mais abrangente dos resultados. A Tabela 4 apresenta estes resultados.

Tabela 6 – Dados do Inventário WHOQoL-Bref para pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, nos três momentos da avaliação

WHOQoL: Geral						
Grupo controle			Grupo experimental			
Momentos	n	M	DP	n	M	DP
Pré	22	82.80*	9.57	25	87.60*	11.82
Pós	22	73.85*	9.94	25	80.60*	10.83
Reteste	22	78.10*	8.37	25	87.96*	10.85
WHOQoL: Domínio físico						
Grupo controle			Grupo experimental			
Momentos	n	M	DP	n	M	DP
Pré	22	21.80	2.94	25	22.64	3.65
Pós	22	18.40	3.99	25	19.72	4.09
Reteste	22	20.50	3.01	25	23.72	4.15
WHOQoL: Domínio psicológico						
Grupo controle			Grupo experimental			
Momentos	n	M	DP	n	M	DP
Pré	22	22.15	3.39	25	24.28	2.90
Pós	22	20.25	2.71	25	22.28	3.04
Reteste	22	21.05	2.99	25	23.72	2.82
WHOQoL: Domínio social						
Grupo controle			Grupo experimental			
Momentos	n	M	DP	n	M	DP
Pré	22	11.35	1.95	25	11.80	2.17
Pós	22	9.20	1.57	25	11.48	2.10
Reteste	22	9.60	1.46	25	11.68	1.86
WHOQoL: Domínio meio ambiente						
Grupo controle			Grupo experimental			
Momentos	n	M	DP	n	M	DP
Pré	22	27.50	4.88	25	28.88	5.59
Pós	22	26.00	3.89	25	27.12	4.98
Reteste	22	26.95	3.67	25	28.84	5.34

\*diferença estatística significativa; n: frequência; M: média; DP: desvio padrão

#### 4.6.1 WHOQoL: Geral

Observou-se, diferença estatística significativa, entre os momentos, tendo o momento pré valores superiores de qualidade de vida aos do momento pós ( $p < 0.001$ ), e o pós valores inferiores de qualidade de vida aos do reteste ( $p = 0.001$ ), em ambos os grupos.

Inicialmente, houve diferença estatística significativa na variável DM ( $p = 0.05$ ), para ambos os grupos, controle e experimental, sendo que portadores da DM apresentaram melhores indicadores na qualidade de vida em relação aos que não tiveram DM. Posteriormente, observou-se diferença estatística significativa na variável hereditariedade ( $p = 0.001$ ), para ambos os grupos, sendo que os indivíduos portadores da DAC que tiveram a doença causada hereditariamente apresentam-se com valores superiores de qualidade de vida em relação aos que não tiveram a DAC com causa hereditária. Além disso, observou-se nos pacientes dos grupos controle e experimental, com profissões qualificadas, diferença estatística significativa entre o momento pré com valores superiores ao pós ( $p < 0.001$ ) e momento pós com valores inferiores ao reteste ( $p = 0.04$ ). Na variável profissão não qualificada, houve diferença estatística significativa entre o pós e o reteste ( $p = 0,02$ ), nos grupos.

As demais variáveis sócio-demográficas não apresentaram diferença estatística significativa na evolução no Inventário WHOQoL- Domínio geral ao longo dos momentos pré, pós e reteste, porém foram avaliadas pela sua relevância diante do tema estudado.

#### 4.6.2 WHOQoL- 1: Domínio físico

Houve diferença estatística significativa na variável DM ( $p = 0.04$ ), os pacientes sem DM apresentaram-se com qualidade de vida superior, em relação aos pacientes com DM; e verificou-se diferença estatística significativa na variável hereditariedade ( $p = 0.03$ ), sendo que os pacientes com a DAC com causa hereditária, apresentaram-se com valor superior a qualidade de vida, em relação aqueles que não tiveram à doença com causa hereditária, observados em ambos os grupos.

Em seguida, foi constatada diferença estatística significativa entre os momentos, apresentando-se o momento pré com valores inferiores de qualidade de vida em relação ao pós ( $p < 0,001$ ), e no pós apresentou-se com valores superiores de qualidade de vida aos do reteste ( $p < 0,001$ ), em relação aos grupos

As demais variáveis sócio-demográficas não apresentaram influência na evolução no WHOQoL- Domínio físico ao longo dos momentos pré, pós e reteste, porém foram avaliadas pela sua relevância diante do tema estudado.

#### **4.6.3 WHOQoL- 2: Domínio psicológico**

Inicialmente, verificou-se diferença estatística significativa na variável grupo ( $p = 0,03$ ), apresentando o grupo experimental com valores superiores de qualidade de vida, em relação ao grupo controle, no domínio psicológico; houve diferença estatística significativa para a gravidade da doença ( $p = 0,03$ ), sendo que os pacientes que sofreram mais de um infarto apresentaram-se com valores superiores em relação aos que não sofreram infarto; também houve diferença estatística significativa nos pacientes portadores da DAC como causa hereditária ( $p = 0,003$ ) com valores superiores ao domínio psicológico aqueles que não têm DAC com causa hereditária.

Posteriormente, observou-se diferença estatística significativa entre os momentos, em ambos os grupos, no pré ( $p = 0,001$ ) com valores menores aos do pós, e o pós com valores superiores aos do reteste ( $p = 0,04$ ).

Houve diferença significativa estatística na variável estado civil, observou-se que pacientes com companheiro (a) apresentaram diferença estatística significativa entre o momento pré com valores superiores aos do pós ( $p = 0,004$ ), e entre pós com valores inferiores aos do reteste ( $p = 0,01$ ).

As demais variáveis sócio-demográficas não apresentaram influência na evolução WHOQoL- domínio psicológico ao longo dos momentos pré, pós e reteste, porém foram avaliadas diante a relevância do tema estudado.

#### 4.6.4 WHOQoL- 3: Domínio social

Inicialmente, houve diferença estatística significativa para as variáveis: estado civil ( $p=0.01$ ), apresentando-se sem companheiro (a), com valor superior aqueles pacientes com companheiro (a), no domínio social, em ambos os grupos;

freqüência de férias ( $p=0.03$ ), observou-se que aqueles que tiveram férias anuais apresentaram valores superiores aqueles que não tiveram férias há mais de um ano, nos grupos controle e experimental; em relação à gravidade da doença ( $p=0,003$ ), verificou-se que os pacientes que tiveram mais de um IAM, apresentaram-se com valores superiores aqueles que não tiveram, em ambos os grupos; o DM ( $p=0.03$ ), notou-se que os pacientes que apresentaram DM com valores superiores foram aqueles não portadores DM; em relação a hereditariedade ( $p=0.03$ ) observou-se que os pacientes que tiveram DAC com causa hereditária, apresentaram-se com valores superiores aqueles pacientes que não têm a doença como causa hereditária.

Em seguida, identificou-se que houve diferença estatística significativa entre os momentos, com o pré apresentando valores reduzidos aos do momento pós ( $p=0,002$ ). Também, entre o momento pré e reteste observou-se valores reduzidos ( $p=0.02$ ), nos grupos estudados.

Além disso, na variável profissão qualificada, houve diferença estatística significativa, observou-se no momento pré em relação aos valores do pós ( $p=0,008$ ) redução dos valores obtidos, e também valores reduzidos no pré e no reteste ( $p=0.02$ ), em ambos os grupos. Observou-se, diferença estatística significativa na variável IMC, nos pacientes com baixo peso, entre o momento pré com valores reduzidos aos do momento pós ( $p=0.004$ ), nos grupos controle e experimental.

As demais variáveis não influenciaram na evolução WHOQoL- Domínio social ao longo dos momentos pré, pós e reteste, porém foram avaliadas diante a relevância do tema estudado.

#### 4.6.5 WHOQoL- 4: Domínio meio ambiente

Inicialmente, houve diferença estatística significativa na variável outro emprego ( $p=0.04$ ), apresentando-se a variável estar “empregado” com valores superiores aqueles que não têm emprego, no domínio meio ambiente.

Observou-se diferença estatística significativa na variável quantidade de emprego ( $p=0.04$ ), no grupo controle e experimental, sendo que aqueles que têm mais de um emprego apresentaram-se com valores superiores aqueles que têm somente um emprego.

Houve diferença estatística significativa na variável jornada de trabalho ( $p=0.03$ ), entre os grupos, sendo que pacientes que trabalham mais de oito horas apresentaram com valores superiores aqueles cuja jornada de trabalho foi inferior a oito horas.

Observou-se diferença estatística significativa na variável hereditariedade ( $p=0.01$ ), sendo que pacientes com DAC que tiveram a doença com causa hereditária apresentando-se com valores superiores aqueles que não tiveram a DAC com causa hereditária, nos grupos controle e experimental.

Posteriormente, houve diferença estatística significativa entre os momentos, nos grupos estudados, apresentando-se o momento pré com valor superior ao pós ( $0.02$ ), e entre o pós com valor inferior ao reteste ( $p=0.03$ ).

Houve interação com a variável escolaridade ( $p=0.008$ ), portanto pacientes que estudaram até o Fundamental completo houve diferença estatística significativa, com valores reduzidos entre o momento pré e o pós ( $p=0.06$ ); e aqueles que estudaram até o colegial, observou-se aumento dos valores entre o pós e o reteste ( $p=0.03$ ).

Houve diferença estatística significativa na variável profissão qualificada, apresentaram redução de valores entre os momentos pré e o pós ( $p=0.03$ ) e aumento dos valores entre pós e o reteste ( $p=0.04$ ).

As demais variáveis independentes não apresentaram influência na evolução WHOQoL- Domínio meio ambiente ao longo dos momentos pré, pós e reteste, porém foram avaliadas diante a relevância do tema estudado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi constatado um efeito positivo da intervenção psicológica, para os pacientes do grupo experimental. O objetivo da intervenção foi tentar prevenir o aumento da ansiedade e depressão associadas à reabilitação no pós-operatório, através da promoção de aprendizagem de estratégias da TCC para reduzir as conseqüências psicológicas negativas associadas à DAC, e da educação sobre a doença e seu tratamento, no sentido de capacitar os participantes a lidarem de modo mais eficaz com as dificuldades de adaptação e ajustamento aos padrões comportamentais da doença e seu tratamento cirúrgico. Ao longo das intervenções, procurou-se influir positivamente sobre as cognições a respeito da doença, fornecendo informações que pudessem ajudar o paciente a lidar com eficácia e assertividade e ser um participante mais ativo no processo da DAC e tratamento

Os sintomas de ansiedade, no grupo experimental, foram elevados na primeira avaliação, quando os pacientes relatavam terem sobrevivido à cirurgia. Posteriormente, há uma redução progressiva da ansiedade, quando comparada com o momento inicial. Comparando-se o grupo experimental com o grupo controle, observou-se que no primeiro houve uma diminuição dos sintomas de ansiedade ao longo das intervenções enquanto no segundo só se observa esta diminuição entre as fases pós e seguimento. Isto é um indicativo que a intervenção Cognitivo-Comportamental ajudou os pacientes que a receberam a manejar melhor seus sintomas de ansiedade.

Quanto à depressão, verificou-se no grupo controle que os valores das três fases são praticamente os mesmos, ou seja, não há variação significativa entre os valores. Para o grupo experimental, todavia, há uma redução significativa entre a medida de depressão no momento inicial e nos dois momentos seguintes, novamente indicando que os pacientes que receberam a intervenção cognitivo comportamental tiveram como resultado uma redução da depressão.

Quanto à qualidade de vida, observa-se que o período pós cirurgia trazia melhoria para a qualidade de vida dos pacientes, sendo que sub grupos com características clínicas ou demográficas diferentes (diabéticos, de profissões qualificadas, doença com causa hereditária) tiveram resultados diferentes de evolução da qualidade de vida nos diferentes momentos que precisam ser detalhadamente analisados em futuras intervenções.

Apesar dos dados apontarem para a utilidade da intervenção psicológica efetuada, houve limitação dessa investigação com relação à seleção da amostra, dada as variáveis intervenientes já mencionadas no estudo. Os instrumentos utilizados para avaliar a ansiedade e a depressão contribuíram para o estudo, entretanto verifica-se a necessidade de instrumentos específicos na área que avaliem a percepção da doença, o nível de adesão do paciente ao tratamento, as alterações cognitivas e do transtorno do humor.

Por outro lado, é importante continuar a identificar a eficácia da intervenção realizada para investigar se as mudanças obtidas se mantêm em tempo mais alargado. Portanto, são necessários outros estudos que envolvam um maior tamanho amostral, fazer um seguimento a médio e a longo prazo de intervenção, bem como a manutenção ou não dos ganhos obtidos.

Deve-se ressaltar, que esse tipo de acompanhamento, apesar de representar gastos assistenciais elevados, tem potencial de promover a adesão dos participantes a tratamento de longo prazo, traduzindo-se em economia real quando se analisa o custo-benefício. Considerando-se que a probabilidade de morte súbita é seis vezes maior nos que já sofreram IAM e que a taxa de reincidência para novo IAM é elevada, a prevenção secundária para controle da DAC torna-se fundamental.

Em suma, os dados obtidos pela comparação do grupo controle e grupo experimental confirmam a hipótese testada e apontam benefícios significativos da intervenção em TCC realizada nos participantes, em relação ao tratamento de CRM.

## REFERÊNCIAS<sup>21</sup>

ADES, P. A.; COELLO, C. E. Effects of exercise and cardiac rehabilitation on cardiovascular outcomes. **Medical Clinics North America**, v. 84, p. 251-65, 2000.

AKHRAS, K. S. et al. Health-related quality of life in treatment of angina. **Heart Disease**, v. 2, p. 201-16, 2000.

ALFIERI, R. G.; DUARTE, M. G. (1993). **Marcondes, exercício e coração**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.

ALVE, G. J.; PALERMO-NETO, J. Neuroimunomodulação: sobre o diálogo entre os sistemas nervoso e imune. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 4, p. 363, 2007.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Task Force on Health research. Contributions of psychology to health research: patterns, problems and potentials. **American Psychologist**, v. 31, p. 263-74, 2002.

ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 10, n. 6, p. 93-683, 2000.

BANDURA, A. **Social learning theory**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.

BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BARNASON, S. et al. Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time. **Heart Lung**, v. 29, n. 1, p. 33-46, 2000.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, p. 561-71, 1961.

BECK, A. T.; BEAMESDERFER, A. Assessment of depression: the depression inventory. In: \_\_\_\_\_. **Psychological measurements in psychopharmacology**. Paris: P. Pichot, 1974. p. 151-69.

---

<sup>21</sup> UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo Di Teses. **Diretrizes para apresentação de dissertação e teses da USP**: documento eletrônico e impresso. São Paulo: SIBI-USP, 2004. 110 p.

BECK, A. T.; EMERY, G.; GREENBERG, R. L. **Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective**. New York, NY: Basic Books; 1985.

BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BERGNER, M. et al., The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. **Medical Care**, v. 19, n. 8, p. 787-805, 1981.

BERKOW, R. **Manual Merck de medicina: diagnóstico e tratamento**. 15. ed. São Paulo: Roca, 1989.

BOUTIN-FOSTER, C.; CHARLSON, M. E. Getting to the heart of social support. A quantitative study on the mechanisms of action of social support among patients with coronary artery disease. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 55, n. 6, p. 629-39, 2002.

BLUMENTHAL, J. A. et al. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: A randomized controlled trial. **Journal American Medical Association**, v. 293, n. 3, p. 1626-34, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Divisão Nacional de Epidemiologia. Lista brasileira para mortalidade**. Brasília; 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia brasileiro de vigilância epidemiológica**. 4. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Divisão Nacional de Epidemiologia. Lista brasileira para mortalidade**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Banco de dados**. 2006. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cgi>. Acesso em: 10 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde**. 2005. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet.htm> > Acesso em: 12 out. 2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-77, jan./jun. 2000,

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. São Paulo: Santos Editora, 2006.

CALDERON, R. et al. Stress, stress reduction and hypercholesterolemia in African Americans: a review. **Ethnic and Disease**, v. 9, p. 451-62, 1999.

CAMPOS, P. C. G.; CARVALHO, A. C. C. Tratamento medicamentoso da doença arterial coronária crônica. In: NOBRE, F.; SERRANO JUNIOR, C. V. **Tratado de cardiologia da SOCESP**. Barueri: Manole, 2005. cap. 5, p. 595-606.

CARNEY, R. M.; FREELAND, K. E.; JAFE, A. S. Insomnia and depression prior to myocardial infarction. **Psychosomatic Medicine Research**, v. 52, p. 603-9, 1990.

CARNEY, R. M. et al. The relationship between heart rate, heart variability and depression in patients with coronary artery disease. **Journal Psychosomatic**, v. 32, p. 159-64, 1998.

CASTRO, L. C. V. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 3, p. 369-377, jul. 2004.

CERVATO, A. M. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 227-235, jun. 1997.

COELLO, R. et al. Heart failure and health related quality of life. **Clinic Practice Epidemiologic in Mental Health**, v. 4, p. 1-19, 2005.

COHEN, S.; SYME, S. L. **Social support and health**. San Diego: Academic Press, 1985. p. 310-57.

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

CHAMBERS, J. C. et al. Demonstration of rapid onset vascular endothelial dysfunction after hyperhomocysteinemia: an effect reversible with vitamin C therapy. **Circulation**, v. 99, p. 1156-60, 1999.

CHANDOLA, T. et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? **European Heart Journal**, v. 23, p. 1799-1801, 2008.

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

DANTAS, R. A. S.; MOTZER, S. A.; CIOL, M. A. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. **Intensive Journal Nursing Study**, v. 39, n. 7, p. 745-55, 2002.

DANTAS, R. A.; AGUILLAR, O. M. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da Enfermagem Brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 25-32, 1999.

DAWBER, T. R. **The Framingham study**. Cambridge: Harvard University Press, 1980.

DEL PORTO, J. A. Aspectos gerais das escalas para avaliação de depressão. In: Centro de Pesquisa em Psicofarmacologia Clínica AFIP (Coord.). **Escalas de Avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos**, São Paulo: CEBID/AFIP, p. 93-100, 1989.

DEMPSTER, M.; DONNELLY, M. Measuring the health-related quality of life of people with ischaemic heart disease. **Heart**, v. 83, p. 641-4, 2000.

DIAMENT, J.; FORTI, N.; GIANINNI, S. Doença Arteriosclerótica Coronariana: Prevenção primária. In: GIANINNI, S. D.; FORTI, N.; DIAMENT, J. **Cardiologia Preventiva: prevenção primária e secundária**. São Paulo: Atheneu, cap. 8, p. 79-85, 2000

DOBSON, K. S. et al. **Manual de terapias cognitivo-comportamentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DOLL, R. P. et al. Mortality in relation to smoking: 40 year's observations on male British doctors. **British Medical Journal**, v. 309, p. 901-11, 1994.

DUARTE, P. S. et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDOL- SF TM). **Revista da Associação Medicina Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 375-81, 2002.

DUNBAR, S. B. et al. Effect of a psychoeducational intervention on depression, anxiety, and health resource use in ICD patients. **Pacing Clinic Electrophysiol**, v. 32, n. 10, p. 1259-71, Oct. 2009.

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

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

FALK, E.; ZHOU, J.; MOLLER, J. Homocysteine and atherothrombosis. **Lipids**, v. 36, p. S3-S11, 2001. Supplement 1.

FARMER, I. P. et al. Higher levels of social predict greater survival following acute myocardial infarction: the corpus Christi heart project. **Behavioral Medicine**, v. 22, n. 2, p. 59-66, 1996.

FARRET, J. F. Aplicações da nutrição em cardiologia. In: \_\_\_\_\_. **Nutrição e doenças cardiovasculares: prevenção primária e secundária**. São Paulo: Atheneu, p. 1-73, 2005.

FAVARATO, M. E. C. S.; ALDRIGHI, J. M.. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. **Revista da Associação Medica Brasileira**, v. 47, p. 339-45, 2001.

FERNANDES, A. C. V. L.; MCINTYRE, M. T. M. Intervenção psicológica multimodal em pacientes na reabilitação pós-enfarte do miocárdio em Portugal. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 1, n. 1, p. 74-83, nov. 2006.

FONSECA, F. A. H. et al. Modificações dos hábitos de vida e outras opções terapêuticas. **Revista da Sociedade Cardiológica de São Paulo**, v. 9, n. 1, jan./fev. 1999. Disponível em: <<http://www.socesp.org.br>>. Acesso em: 11 jul. 2007.

FONSECA, V.; GUBA, S. C.; FINK, L. M. Hiperhomocysteinemia and endocrine system: implications for atherosclerosis and thrombosis. **Endocrine Reviews**, v. 20, n.5, p. 738-59, 1999.

FORTI, N.; DIAMENT, J.; GIANINNI, S. D. Intervenção terapêutica nas dislipidemias e prevenção de doença aterosclerótica coronária, aspectos práticos clínicos. **Revista Sociedade Cardiológica Estado de São Paulo**, v. 9, n. 1, janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.socesp.org.br>>. Acesso: 13 out. 2007.

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

FURLANETTO, L. M. Diagnóstico. In: FRÁGUAS JUNIOR.; FIGUEIRÓ, J. A. B. **Depressões em medicina interna e outras condições médicas – depressões secundárias**. São Paulo: Atheneu, p. 11-20, 2000.

FLECK, M. P. A., LOUZADA, S.; XAVIER, M.; et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-Bref. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, p. S7-17, 2009. Suplemento.

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

FRÁGUAS JUNIOR, R. Depressão no contexto médico. In: LAFER, B.; ALMEIDA, O. P.; FRÁGUAS JUNIOR, R.; MIGUEL, E. C. **Depressão no ciclo de vida**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 179-86.

FRASURE-SMITH, N.; LESPERANCE, F.; TALAJIC, M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. **Journal American Medical Association**, v. 270, p. 1819-1825, 1993.

FRASURE-SMITH, N.; LESPERANCE, F.; TALAJIC, M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. **Circulation**, v. 91, p. 999-1005, 1998.

FRASURE-SMITH, N.; LESPERANCE, F.; TALAJIC, M. Gender, depression and one-year prognosis after myocardial infarction. **Psychosomatic Medicine**, v. 61, n. 1, p. 26-37, 1999.

FRASURE-SMITH, N. et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. **Circulation**, v. 101, p. 1919-1924, 2000.

FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. Association of a specific overt behavior pattern with increases in blood clotting time, incidence of arcus senile and clinical coronary artery disease. **Journal American Medical Association**, v. 169, p. 1286-96, 1993.

GALLO, L. C.; MATTHEUS, K. A. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? **Psychosomatic Bulletin**, v. 129, n. 1, p. 10-51, 2003.

GIANNINI, S. D. **Aterosclerose – dislipidemias**: clínica e terapêutica: fundamentos práticos. São Paulo: BG Cultural, 1998.

GIANNOTTI, A. **Papel das emoções e das situações psicologicamente estressantes na gênese das arritmias cardíacas e morte súbita**. São Paulo: Fundo Editorial, 1990.

GIANNOTTI, A. Prevenção da doença coronariana: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. **Psicologia: USP**, v.13, n. 1, p. 167-195, 2002.

GORAYEB, R. Psicologia e hipertensão. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 7, n. 2, p. 185-7, 2000.

GOTTLIEB, S. S. et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. **Journal American College Cardiology**, v. 43, p. 1542-9, 2004.

GUIDANO, V. F. **Psicoterapia construtivista**: uma estrutura teórica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

GUIMARÃES, A. C. Cardiopatia coronária: aspectos epidemiológicos e preventivos. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 59, n. 1, p. 5-11, 1992.

GUIMARÃES, A. C. Prevenção das doenças cardiovasculares no século 21. **Revista Brasileira de Hipertensão Arterial**, v. 5, n. 3, p. 103-6, 2002.

GLASSMAN, A. H.; SHAPIRO, P. A. Depression and the course of coronary artery disease. **American Journal Psychiatry**, v. 155, p. 4-11, 1998.

GLYNN, L. M.; CHRISTENFELD, N.; GERIN, W. Gender, social support and cardiovascular responses to stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 61, n. 2, p. 234-242, 1999.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor**: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

GUSS, M.; FUCHS, F. D. Obesidade e hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 64, n. 6, p. 565-70, 1995.

GUYATT, G. H. Measurement of health-related quality of life in heart failure. **Journal American College Cardiology**, v. 22, p. 185A-191A, 1993. Supplement.

HAFE, P. et al. Fatores de risco de enfarte do miocárdio: um estudo de caso-controle no Porto, Portugal. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 16, n. 9, p. 695-702, jun. 1997.

HOFER, S. et al. The Mac New heart disease health-related quality of life instrument: A summary. **Health and quality of life outcomes**, v. 2, n. 3, p. 1-8, 2004.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

HARGROVE-HUTTEL, R. A. Enfermagem perioperatória. In: HARGROVE-HUTTEL, R. A. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 536-48. (Série de Estudos em Enfermagem).

HAVRANEK, E. P. et al. Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. **Journal American College Cardiology**, v. 44, p. 2333-8, 2004.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares, 2004**: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/pdf>>. Acesso em: 12 out. 2007.

INTERAMERICAN HEART FOUNDATION. **Declaração de Consenso. Declaração sobre a saúde cardiovascular de crianças e jovens**. Rio de Janeiro, 1998.

ISSA, J. S. **Fumo e doenças cardiovasculares: prevenção primária e secundária**. **Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 10-590, 1996.

ISSA, J. S.; FRANCISCO, Y. A. Obesidade e doenças cardíacas: aspectos epidemiológicos e preventivos. **Revista Sociedade Cardiológica do Estado de São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 558-63, set./out. 1996.

ITO, L. M. Teorias cognitivo-comportamentais, interpessoal e construtivista. In: LAFER, B.; ALMEIDA, O. P.; FRÁGUAS JUNIOR, R.; MIGUEL, E. C. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap. 8, p. 82-91.

JOYNT, K.; WHELLAN, D.; O'CONNOR, C. Depression and cardiovascular disease: Mechanisms of interaction. **Biologic Psychiatry**, v. 54, p. 248-61, 2003.

KAUFMAN, F. R. Type 2 diabetes mellitus in children and youth: a new epidemic. **Journal Pediatric Endocrinologic Metabolic**, v. 2, p. 737-44, 2002.

KALACHE, A. Envelhecimento no contexto internacional. A perspectiva da Organização Mundial de Saúde. In: ANAIS DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO, 1., 1996, Brasília, DF. Brasília, DF: Ministério da Previdência e Assistência Social, p. 13-15, 1996.

KANNEL, W. B.; D'AGOSTINO, R. B. Blood pressure and cardiovascular morbidity and mortality rates in the elderly. **American Heart Journal**, v. 134, p. 758-63, 1997.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. Transtornos do humor. In: \_\_\_\_\_. **Tratado de psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, v. 3, 2003.

KLEIN, C. H. e ARAÚJO, J. W. G. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 2, p. 160, 1985.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

KUBO, K. M. et al. Subsídios para a assistência de enfermagem a pacientes com valvopatia mitral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9 n. 3, p. 33-42, maio 2001.

KUBZANSKY, L. D.; KAWACHI, I. Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? **Journal Psychosomatic Research**, v. 48, p. 323-337, 2000.

KUPER, H.; MARMONT, M. Job strain, job demands decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. **Journal Epidemiologic Community Health**, v. 57, p. 147-53, 2003.

KRANTZ, D. S.; GRUNBERG, N. E.; BAUM, A. Health psychology. **Annual Review of Psychology**, v. 36, p. 349-83, 1985.

KRUMHOLTZ, H. et al. Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. **Circulation**, v. 97, p. 958-64, 1998.

LACROIX, B. et al. Smoking and among older man and women in there communities. **The England Journal Medicine**, v. 324, n. 23, p. 169-225, 1991.

LAHAM, M. A. **El patron de conducta Tipo A. Psicocardiologia-Abordaje psicológico al paciente cardíaco**. República Argentina: Lumiere, 2001.

LANE, R. D. et al. Psychological stress precinding idiopathic ventricular fibrilation. **Psychosomatic Medicine**, v. 67, p. 359-365, 2005.

LAVOIEA, K. L. et al. Anger, negative emotions, and cardiovascular reactivity during interpersonal conflict in women. **Journal Psychosomatic Research**, v. 51, n. 3, 503-12, 2001.

LAWRENCE DE KONING, A. et al. Hyperhomocysteinemia and it's the development of atherosclerosis. **Clinical Biochemical**, v. 36, p. 431-41, 2003.

LAZARUS, A. A. **Terapia comportamental na clínica**. Belo Horizonte: Interlivros, 1966.

LEAVEL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill, 1965. cap. 2, p. 11-36.

LEMGRUBER, V. Terapia cognitiva da depressão. **Informativo Psiquiatria**, v. 12, n. 1, p. 14-8, 1993.

LEMOS, C. et al. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 471-6, out./dez. 2008

LESSA, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 9, n. 4, jul./ago. 1995. Disponível em: <[http://\\_www.soces.org.br](http://_www.soces.org.br)>. Acesso em: 18 fev. 2007.

LEVENTHAL, H.; NERENZ, D. R.; STEELE, D. J. Illness representations and coping with health threats. In: BAUM, A.; TAYLOR, S.; SINGER, J. (Eds.). **Handbook of psychology and health**. Mahwah: Laurence Erlbaum, 1984. v. 4, p. 219-52.

LEWIN, R. J. et al. A brief cognitive behavioural preimplantation and rehabilitation programme for patients receiving an implantable cardioverter-defibrillator improves physical health and reduces psychological morbidity and unplanned readmissions. **Hearth**, v. 95, p. 63-69, 2009.

LINCOLN, N. B.; FLANNAGHAN, T. Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke. **Stroke**, v. 34, p. 111-5, 2002.

LIPP, M.; ROCHA, J. C. **Estresse, hipertensão arterial e qualidade de vida**. São Paulo: Papirus, 1996.

LOTUFO, P. A. **Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico**. **Revista da Sociedade Cardiológica do Estado de São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 7-541, 1996.

LOTUFO, P. A. Doenças cardiovasculares no Brasil. In: NOBRE, F.; SERRANO JUNIOR, C. V. (Eds.). **Tratado de cardiologia da SOCESP**. Barueri: Manole, 2005. cap. 1, p. 7-15.

LUCINI, D. et al. Impact of chronic psychosocial stress on autonomic cardiovascular regulation in otherwise healthy subjects. **Hypertension**, v. 46, n. 5, p. 1201-6, 2005.

MAHONEY, J. S. An ethnographic approach to understanding the illness experiences of patients with congestive heart failure and their family members. **Heart Lung**, v. 30, n. 6, p. 429-36, 2001.

MALZBERG, B. Mortality among patients with involution melancholia. **American Journal Psychiatry**, v. 93, p. 1231-8, 1937.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O. O questionário de suporte social (SSQ): estudos de adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 674-81, 2002.

MCGOVERN, P. G. et al. Recent trends in acute coronary prevent disease: mortality, morbidity, medical care and risk factors. **New England Journal of Medicine**, v. 334, n. 14, p. 884-90, 1996.

MCINTIRE, T.; FERNANDES, A. C.; ARAÚJO-SOARES, V. Intervenção psicológica na reabilitação pós-enfarte do miocárdio. **Psicologia Saúde e Doença**, v. 1, n. 1, p. 53-60, 2000.

MCMULLIN, R. E. **Manual de técnicas em terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of among the inner-city elderly: the tenderloin Senior Outreach Project. **Health Education Quarterly**, v. 12, p. 303-13, 1985.

MURPHY-CHUTORIAN, D.; ALDERMAN, E. L. The case that hyperhomocysteinemia is a risk factor for coronary artery disease. **American Journal Cardiology**, v. 73, p. 705-7, 1994.

NAPPO, F. et al. Impairment of endothelial functions by acute hyperhomocysteinemia and reversal by antioxidante vitamins. **Journal of American Medical Association**, v. 281, p. 2113-8, 1999.

NIKFARDJAM, M.; GRAF, S.; HORNYKENYCZ, S. Homocysteine plasma levels in young patients with coronary artery disease. Relation to history of acute myocardial infarction and anatomical extent of disease. **Thrombosis Research**, v. 103, p. 35-9, 2001. Supplement 1.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org>> Acesso em: 02 ago. 2008.

PIEGAS, L. S.; AVEZUM, A.; PEREIRA, J. C. et al. AFIRMAR Study Investigators. Risk factors for myocardial infarction in Brasil. **American Heart Journal**, v. 146, p. 331-8, 2003.

PEREZ, G. H.; NICOLAU, J. C.; BELLKISS, R. W.; LARANJEIRA, R. Depressão e síndrome isquêmicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 3, n. 1, p. 319-322, jul. 2005.

POCOCK, S. J. et al. Quality of life after coronary angioplasty or continued medical treatment for angina: three-years follow-up in. **European Heart Journal**, v. 3, n. 6, p. 19-38-1945, 2000.

POPKIN, B. M. The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. **Nutrition Reviews**, v. 52, n. 9, p. 285-98, 1994.

PINTON, F. A. et al. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. **Brazilian Journal Cardiovascular Surgery**, v. 21, n. 1, p. 68-74, 2006.

PENNINX, B. W. et al. Social network social support and loneliness in older persons with different chronic diseases. **Journal of Aging and Health**, v. 11, p. 151-68, 1999.

PRESTON, R. M. Ethnography: studying the fate of health promotion in coronary families. **Journal of Advanced Nursing**, v. 25, n. 3, p. 554-61, 1997.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, p. 309-5, 1983.

RABELO, L. M.; MARTINEZ, T. L. R. Dislipidemias. **Revista Sociedade Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 8, n. 5, p. 908-11, set./out. 1998.

RANGÉ, B. et al. Glóssário de técnicas. In: RANGÉ, B. (org.), **Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos**. Campinas: Editorial Psi, 1995. p. 282-98.

RANGÉ, B. et al. **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas: Editorial Psi II, 1995.

RANGÉ, B. et al. **Psicoterapias Cognitiva-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

RANGÉ, B.; FALCONE, E. M. O.; SARDINHA, A. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 3, n. 2, p. 53-68, jul./dez. 2007.

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

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 8, n. 6, p. 244-54, 2002.

ROSEIN, G. E. et al. Influência do stress nos níveis sanguíneos de lipídeos, ácido arcórbico, zinco e outros parâmetros bioquímicos. **Revista Anual Clinica**, v. 35, p. 19-25, 2003.

ROSS, A. C.; OSTROW, L. Subjectively perceived quality of life after coronary artery bypass surgery. **American Journal of Critical Care**, v. 10, n. 1, p. 11-6, 2001.

ROZANSKI, A.; BLUMENTHAL, J. A.; KAPLAN, J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. **Circulation**, 99, p. 2192-217, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Introdução à epidemiologia moderna**. Rio de Janeiro: COOPMED/APCE/ABRASCO, 1992.

SAMPALIS, J. et al. Impacto f waiting time on the quality of life of patients awaiting coronary artery pypass grafting. **CM American Journal**, v. 165, p. 429-33, 2001.

SEIDL, E. M. F.; ZANNOM, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-8, mar./abr. 2004.

SERRA, A. V. **Stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Manole, 2000.

SERRANO JUNIOR, C. V.; HEINISCH, R. H.; NICOLAU, J. C. Diabete *Mellitus* e infarto agudo do miocárdio. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 8, n. 5, p. 996-1003, 1998.

SILVA, C. A.; LIMA, W. C. Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do diabetes *mellitus* tipo 2 à curto prazo. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v. 46, n. 5, p. 550-556, out. 2002.

SILVA, M. A. D. A importância da manutenção da qualidade de vida. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia de São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 657-60, 1996.

SILVA, M. A. D.; SOUZA, A. G. M. R.; SCHARGODSKY, C. M. Fatores de risco para o infarto do miocárdio no Brasil: Estudo FRICAS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 71, n. 5, p. 667-675, 1998.

SIROIS, B. C.; BURG, M. M. Negative emotion and coronary heart disease – a review. **Behavior Modification**, v. 27, n. 1, p. 83-102, 2003.

SOARES, N. E.; FERNANDES, L. M. A medida do nível sócio-econômico cultural. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 41, n. 2, p. 35-43, 1989.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). III Diretrizes Brasileiras sobre dislipidemias e Diretriz de Prevenção de Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da SBC. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 77, p. 1-48, 2001. Suplemento 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 84, p. 3-8, 2005. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Atlas corações do Brasil**. 2006. Disponível em: <<http://educacao.cardiol.br/coracoesdobrasil/default.asp>> Acesso em: 28 maio 2007.

SOLIMENE, M. C. et al. Características clínicas de indivíduos jovens com infarto agudo do miocárdio. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 3, n. 60, p. 341-9, 2003.

SOUZA, A. D. Estresse. In: FERREIRA, C.; PÓVOA, R. **Cardiologia para o clínico geral**. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 191-200.

SOUZA, A. L. L.; PIERIN, A. M. G. Papel da enfermagem no aumento de índices de adesão nas doenças crônicas. In: MION JUNIOR, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global: convencendo o paciente a reduzir o risco**. 3. ed. São Paulo: Lemos, 2002. v. 3.

SOUZA, E. N. et al. Preditores de mudança na qualidade de vida após um evento Coronariano agudo. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 91, n. 4, p. 252-9, 2008.

SCHULMAN, S. P. Envelhecimento cardiovascular e adaptação à doença. In: ALEXANDER, R. W. (Org.) **Hurt's O coração, artérias e veias: compêndio**. Lisboa: McGraw-Hill, 1999. p. 535-9.

SKINNER, R. F. **Science and human behavior**. New York: Macmillan, 1953.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1, p. 571-613.

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

STAMLER, J. et al. Diabetes other risk factors and 12-years cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factors Intervention Trial. **Diabetes Care**, v. 16, p. 434-44, 1993.

STERNBERG, R. J. **Psicologia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

STOCCO, R.; BARRETO, A. C. P. Influência de fatores ambientais na gênese e evolução das cardiopatias. In: GIANINNI, D. S.; FORTI, N.; DIAMENT, J. **Cardiologia preventiva – prevenção primária e secundária**. São Paulo: Atheneu, cap. 5, p. 51-56, 2000.

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

SWENSON, J. R., CLINCH, J. J. Assessment of quality of life in patients with cardiac disease: the role of psychosomatic medicine. **Journal Psychosomatic Research**, v. 48, p. 405-15, 2000.

SYME, S. L. **Stress and the heart: psychosocial pathways to coronary heart disease**. London: BMJ Books, 2002.

SZÉKELY, A. et al. Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery – a 4-year follow-up study. **Psychomatic Medicine**, v. 69, n. 7, p. 625-31, Sep. 2007.

THE FRAMINGHAM HEART STUDY. **The tow that changed America's heart**. [1995-2010]. Disponível em: <<http://www.framingham.com/heart/backgrnd.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

THEOBALD, K.; MCMURRAY, A. Coronary artery bypass surgery: discharge planning for successful recovery. **Journal Advanced Nursing**, v. 47, n. 5, p. 483-91, 2004.

TIMERMAN, R. S.; SOUZA, M. F. M.; SERRANO, C. V. Aspectos epidemiológicos das doenças cardiovasculares em nosso meio: tendência de mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil de 1979 a 1996. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, v. 11, n. 4, jul./ago. 2001. Disponível em: <<http://www.socesp.br>> Acesso em: 16 nov. 2006.

WAHRBORG, P. Quality of life after coronary angioplasty or bypass sugery. 1- year follow-up in the Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularization investigation (CABRI) trial. **European Heart Journal**, v. 20, p. 653-8, 1999.

WARE, J. E., JR.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF- 36). I Conceptual frame work and item selection. **Medicine Care**, v. 30, n. 6, p. 473-83, 1992.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**: report of a joint WHO FAO expert consultation. Geneva, 2002.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties, 1998. **Social Science Medicine** v.46, p. 1569-85, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva, 2003. Disponível em: <[http://www.who.int/hpr?NPH/docs/g\\_s\\_global\\_strategy\\_general.pdf](http://www.who.int/hpr?NPH/docs/g_s_global_strategy_general.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2007.

WRITHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: 2008.

YOUNG, J. E. **Terapia cognitiva para transtornos da personalidade**: uma abordagem focada no esquema. Porto Alegre: Artmed, 2003.

YUSUF, S. et al. INTERHEART Study investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **Lancet**, v. 364, p. 937-52, 2004.

ZAGO, M. M. F. Considerações sobre o ensino do paciente cirúrgico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 27, n. 1, p. 67-71, 1993.

ZANELLA, M. T. Obesidade. In: MION, J.; NOBRE, D. **Fatores de risco cardiovascular global**. São Paulo: Lemos, 1999. p. 103-14.

ZIMMERMAN, F. H. et al. Myocardial infarction in young adults: angiographic characterization, risk factors and prognosis. **Journal American Geriatric Society**, v. 43, p. 198-9, 1995.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Grupo controle)

A pesquisadora Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida pede autorização para coletar informações que irão ajudar na realização das atividades do Projeto de Pesquisa “Efeito de uma intervenção cognitivo-comportamental em pacientes submetidos a Revascularização do Miocárdio, no pré e pós Cirúrgico, sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida, na cidade de Manaus”. O (A) senhor será entrevistado (a), através de um questionário, com perguntas para assinalar, que exigem pensamento, sobre esse momento de tratamento, depressão e sua vida em geral. Não se espera causar nenhum desconforto ou risco, podendo esta tarefa ser interrompida a qualquer momento visando o seu bem-estar. O seu nome não será divulgado e as informações obtidas são de caráter sigiloso, utilizados apenas para fins científicos.

Mesmo após sua autorização, terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem prejuízo do atendimento fornecido pela pesquisadora. Você não terá nenhuma despesa e também nenhuma remuneração. Conseqüentemente, a vantagem de sua participação é apenas de caráter científico ao auxiliar este estudo que poderá proporcionar no futuro, atividades relacionadas ao tratamento.

Os resultados da pesquisa serão analisados e divulgados, porém sua identidade será mantida em sigilo para sempre. Se você quiser saber mais detalhes e os resultados da pesquisa, faça contato com o (a) pesquisador (a) pelo telefone (92) 36575192 ou na Rua Rio Madeira, 142 – Bairro Vieiralves.

## Consentimento Após-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, por me considerar devidamente informado e esclarecido sobre o conteúdo deste documento e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente dou meu consentimento para inclusão como participante da pesquisa e atesto que me foi entregue uma cópia desse documento.

Assinatura----- ou

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Impressão do dedo polegar

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável

Nazaré Ma. de Albuquerque Hayasida

\_\_\_\_\_  
Prof. Orientador Responsável

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

## APÊNDICE A2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Grupo experimental)

A pesquisadora Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida pede autorização para coletar informações que irão ajudar na realização das atividades do Projeto de Pesquisa “Efeito de uma intervenção cognitivo-comportamental em pacientes submetidos a Revascularização do Miocárdio, no pré e pós Cirúrgico, sobre ansiedade, depressão e qualidade de vida, na cidade de Manaus”. O (A) Sr. (Sra.) será entrevistado (a), através de um questionário, com perguntas para assinalar, que exigem pensamento, sobre esse momento de tratamento, ansiedade, depressão e sua vida em geral. Não se espera causar nenhum desconforto ou risco, podendo esta tarefa ser interrompida a qualquer momento visando o seu bem-estar. O seu nome não será divulgado e as informações obtidas são de caráter sigiloso, utilizados apenas para fins científicos.

Se o (a) Sr. (Sra.) autorizar esta coleta, serão realizadas duas intervenções psicológicas antes e depois da cirurgia, essas informações servirão para compararmos com as informações de outras de outras pessoas que também farão a mesma cirurgia.

Mesmo após sua autorização, terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem prejuízo do atendimento fornecido pela pesquisadora. Você não terá nenhuma despesa e também nenhuma remuneração. Conseqüentemente, a vantagem de sua participação é apenas de caráter científico ao auxiliar este estudo que poderá proporcionar no futuro, atividades relacionadas ao tratamento.

Os resultados da pesquisa serão analisados e divulgados, porém sua identidade será mantida em sigilo para sempre. Se você quiser saber mais detalhes e os resultados da pesquisa, faça contato com o (a) pesquisador (a) pelo telefone (92) 36575192 ou na Rua Rio Madeira, 142 – Bairro Vieiralves.

### Consentimento Após-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, por me considerar devidamente informado e esclarecido sobre o conteúdo deste documento e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente dou meu consentimento para inclusão como participante da pesquisa e atesto que me foi entregue uma cópia desse documento.

Assinatura----- ou

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Impressão do dedo polegar

\_\_\_\_\_

Pesquisadora Responsável

Nazaré Ma. de Albuquerque Hayasida

\_\_\_\_\_

Prof. Orientador Responsável

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

## APÊNDICE B – Termo de Concordância

### TERMO DE CONCORDÂNCIA

**Título da Pesquisa:** Intervenção Cognitivo-comportamental pré e pós Cirurgia de Revascularização do Miocárdio, em Manaus/AM

**Pesquisadora Responsável:** Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida.

**Orientador da Pesquisa:** Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Senhor Gestor,

Esta pesquisa objetiva analisar o efeito de uma intervenção psicoterápica breve.

Participaram do presente estudo pacientes atendidos no ambulatório do HUFM, indicados a CRM.

É importante o senhor ter conhecimento de que esta pesquisa faz parte do curso de Doutorado Dinter - USP/UFAM desenvolvida por esta pesquisadora. As informações coletadas serão processadas e analisadas e servirão de base para outras pesquisas nessa área. Não será realizado, portanto, nenhum procedimento que não esteja informado neste termo de concordância.

Em qualquer momento o senhor poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados e sobre as formas de divulgação dos resultados, procurando a pesquisadora Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida (92) 91265815 (celular pessoal).

Não lhe será causado qualquer prejuízo caso o senhor, por quaisquer razões, não autorize a pesquisa, no hospital.

Os participantes não receberão qualquer forma de pagamento pela participação nesta pesquisa.

Os resultados dos procedimentos realizados nesta pesquisa (intervenção psicológica) serão analisados, podendo ser expostos em palestras, conferências, revistas científicas ou quaisquer outros meios de divulgação, que têm por objetivo repassar o conhecimento científico para a sociedade.

Eu, \_\_\_\_\_, li e entendi toda a informação que me foi fornecida sobre o presente estudo e tive a oportunidade de discutir e tirar dúvidas. Todas as minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente e concordo com a pesquisa. Entendendo que receberei uma cópia desse termo de concordância assinado.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura do Diretor Geral do HUFM/UFAM

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável pela Pesquisa

## APÊNDICE C - Questionário sócio-demográfico

### QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

**ROTEIRO DE ENTREVISTA** No. (Ver termo de Consentimento): \_\_Data\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Duração da entrevista: \_\_\_\_\_ hs. \_\_\_\_\_

1.Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_ 3. Idade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ próprio ( ) recado ( )

Endereço: \_\_\_\_\_

2.Estado Civil: \_\_\_\_\_

3.Escolaridade:

( ) 1<sup>a</sup>. a 4<sup>a</sup>. séries completos ( ) 1<sup>a</sup>. a 4<sup>a</sup>. séries incompletos

( ) 5<sup>a</sup>. a 8<sup>a</sup>. séries completos ( ) 1<sup>a</sup>. a 4<sup>a</sup>. séries incompletos

( ) Colegial completo ( ) Colegial incompleto

( ) Superior completo ( ) Superior incompleto

( ) Não frequentou a escola

4.Renda familiar:

( ) menor que 2 salários mínimos

( ) entre 2 e 4 salários mínimos

( ) entre 3 a 5 Salários mínimos

( ) acima de 6 salários mínimo

( ) não sabe referir

5.Religião \_\_\_\_\_ ( ) praticante ( ) não praticante

6.Atualmente está empregado? ( ) sim não ( )

7.Profissão: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

8.Tem mais de um emprego? ( ) sim ( ) não Quantos? \_\_\_\_\_

9.Jornada diária de trabalho: \_\_\_\_\_

10. Férias: ( ) sim ( ) não

11. Com que frequência: \_\_\_\_\_

12. Há quanto tempo: \_\_\_\_\_ Por que? \_\_\_\_\_

13. Anos da doença: \_\_\_\_\_

14. Gravidade da doença: \_\_\_\_\_

15. Outras doenças:

( ) diabetes

( ) hipertensão

( ) obesidade/ colesterol

( ) sedentarismo ou não prática de atividade física

( ) tabagismo

( ) álcool

( ) histórico familiar

( ) outros

16. Outros fatores:

( ) família

( ) fato desagradável

( ) comportamento

( ) trabalho

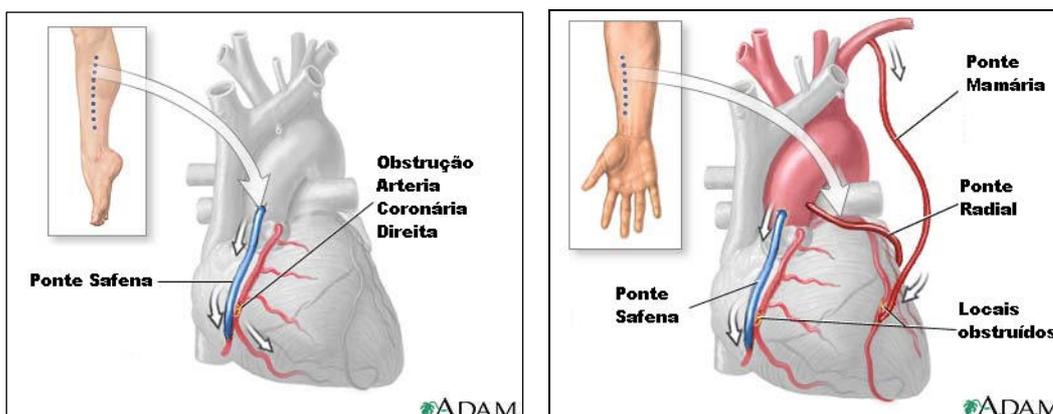
17. IMC: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D - Explicações sobre a CRM

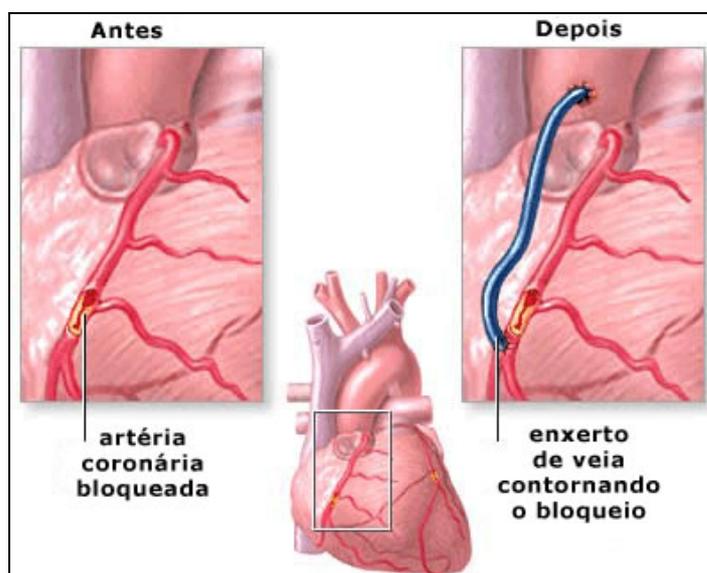
### PSICOEDUCAÇÃO

A cirurgia de “ponte de safena” também chamada de Revascularização do Miocárdio (CRM) é feita com o paciente sob anestesia geral, no bloco cirúrgico de um hospital. O médico cirurgião cardíaco faz um corte no centro do tórax, na parte anterior do peito, e serra longitudinalmente o osso esterno, que une as costelas na parte da frente. Em seguida, para realizar a operação, o coração é resfriado, ou seja, o cirurgião precisa fazer o seu coração parar de bater, enquanto isso, uma solução é injetada nas artérias, para diminuir possíveis lesões devido ao período de fluxo sanguíneo que também diminui durante a cirurgia.

Antes de começar a cirurgia de “ponte de safena”, instala-se um sistema de tubos de plástico, um oxigenador artificial e bombas, com o objetivo do sangue circular e ser oxigenado sem passar pelo coração e pulmões, chamada de circulação extra-corpórea. Na cirurgia, as artérias ou veias do próprio paciente são enxertadas às artérias coronárias, oferecendo um desvio à(s) artéria(s) do coração obstruída(s) como a artéria torácica interna (mamária) ou a artéria radial (localizada no braço).



O sangue passa pelo local do bloqueio até à artéria coronária para nutrir o músculo cardíaco. Assim, realiza-se esse tipo de cirurgia que costuma durar aproximadamente três a quatro horas. Ao final da cirurgia, o osso esterno é suturado com fios de aço inoxidável que não mais serão retirados, a não ser que o organismo rejeite. Se assim acontecer, o cirurgião marcará uma nova cirurgia, mais simples, somente mais adiante para a retirada.



Terminada a cirurgia, o paciente é encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com tubos de plástico (drenos) colocados por um período de tempo no tórax, para retirar resíduos de sangue no espaço em volta do coração. Geralmente, os drenos são retirados no dia seguinte ao da cirurgia. O tempo de internação total (UTI e depois no quarto de enfermaria) costuma ser de treze dias.

#### **Referências Bibliográficas:**

Manual Merck – [WWW.msd-brasil/.com](http://WWW.msd-brasil/.com)

[WWW.boasaude.com.br](http://WWW.boasaude.com.br)

## APÊNDICE E – Explicações sobre os princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental aos pacientes submetidos à Revascularização do Miocárdio (CRM).

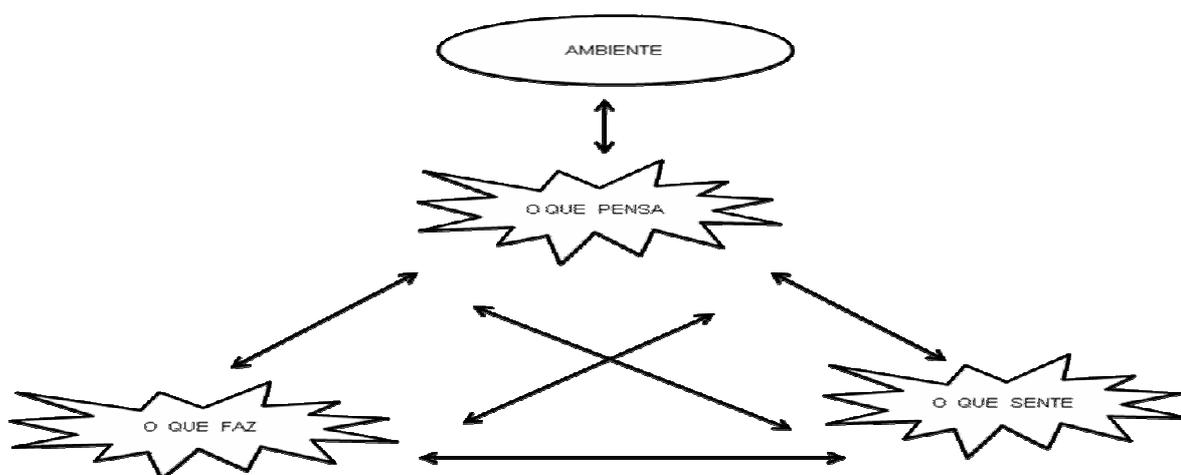
### PSICOEDUCAÇÃO

#### Principais componentes da intervenção em TCC: pensamentos, sentimentos e comportamentos.

Conflitos e problemas fazem parte do nosso dia- a- dia. A família, a escola, o trabalho, o tratamento aqui no hospital – quase tudo – criam problemas em um momento ou outro. Felizmente, conseguimos conviver com muitos desses problemas e eles são rapidamente resolvidos. Outros problemas parecem ser mais difíceis. Talvez por que:

- Acontecem com muita freqüência (acontecem muitas vezes);
- Estão acontecendo há muito tempo;
- São problemas muito difíceis;
- Parecem afetar tudo o que você faz.

Quando os problemas ou as dificuldades insistem no nosso cérebro, a nossa vida se torna uma grande preocupação. Uma das funções do psicólogo é ajudar a descobrir maneiras mais proveitosas e mais saudáveis de lidar com seus problemas. Para lidar melhor com seus problemas, é preciso entender a importante ligação que acontece entre:



**Por exemplo:**

- Pensar que você não é muito bom quando o médico atendê-lo e isso pode fazê-lo não perguntar nada.
- Pensar que ninguém gosta de você pode fazê-lo sentir triste. Você pode ficar em casa sozinho.
- Pensar que você nunca faz as coisas direito pode fazer você sentir vergonha ou raiva. Você pode desistir do tratamento porque “vai dar errado”.

Entender como isso funciona vai ajudar você a perceber que às vezes você pode não estar vendo a situação inteira. Pode estar vendo somente uma parte da história, que pode ser aquela que não deu certo, que não conseguiu se dar bem. Os nossos cérebros estão sempre ocupados, cheios de pensamentos. Esses pensamentos podem ser sobre a maneira como vemos a nós mesmos:

- Sou feio;
- Tenho poucos amigos;
- Sou cabeça dura.

Eles podem ser sobre como julgamos o que fazemos:

- Nunca consigo fazer as coisas certas;
- Para mim não é fácil tratar da minha saúde;
- Sou bom com as pessoas.

Eles podem descrever nossa visão do futuro:

- Depois da cirurgia a minha vida acabou;
- Ninguém jamais vai querer me tratar;
- Serei uma boa pessoa quando sair do hospital.

**Crenças**

Com o tempo, a maneira como pensamos sobre nós mesmos, julgamos o que fazemos e vemos nosso futuro se tornam um padrão de pensamentos muito

forte. Os pensamentos ficam fixos e se tornam as nossa crenças centrais. Elas aparecem da seguinte maneira:

- Sou desleixado;
- Trabalho duro;
- Fumo muito.

**Crenças e suposições:** As crenças centrais são importantes, elas podem nos ajudar a prever e a dar sentido ao que acontece nas nossas vidas. Levam-nos a creditar que acontecerão certas coisas. Fazemos uma ligação “se/então”:

- Se sou desleixado (crença central), então mereço sofrer do coração (suposição);
- Se trabalho duro (crença central), então conseguirei um bom emprego (suposição);
- Se fumo muito (crença central), então vou morrer (suposição).

**Crenças e suposições:** A maioria das nossas crenças é útil, mas outras são menos importantes e podem evitar que façamos escolhas e decisões reais que nos conduzam a suposições falsas sobre a nossa vida. Exemplos:

- Tudo que eu faço deve ser perfeito;
- Ninguém jamais vai me amar;
- Sempre faço tudo errado.

Com freqüência, crenças como essas levam você a fracassar, sentir-se mal, limitam o que você faz. Exemplos do paciente (tarefa de casa).

Eventos importantes: Essas crenças e suposições vêm para o nosso pensamento em certos momentos e são desencadeadas por vivências ou eventos importantes. Exemplos do paciente (tarefa de casa).

**Pensamentos automáticos:** São pensamentos que enchem a nossa cabeça e nos fornecem um comentário daquilo que está acontecendo ou aconteceu. Muitos desses pensamentos são sobre nós mesmos e uma maioria deles são negativos ou críticos.

Como você viu, a maneira como pensamos afeta a forma como nos sentimos. Os nossos pensamentos são resultados de muitos sentimentos diferentes. Podemos ter pensamentos positivos ou bons que produzem sentimentos agradáveis, podemos ter pensamentos negativos e, com frequência estes produzem sentimentos desagradáveis. Se esses sentimentos desagradáveis duram mais tempo ou se tornam mais fortes, começam a ter um efeito sobre tudo o que você faz. Gostamos de nos sentir bem, então, geralmente tentamos fazer mais aquelas coisas que nos fazem sentir bem e menos aquelas que nos fazem sentir mal ou incomodados.

Há muitas maneiras pelas quais os seus pensamentos e sentimentos afetam o que você faz. Exemplos:

- Você desiste e para de fazer as coisas;
- Você evita situações que poderiam ser difíceis;
- Você fica com medo de tentar coisas novas.

Parece que essas mudanças provam que nossos pensamentos estavam certos o tempo todo. **CUIDADO!** Você pode estar procurando **SOMENTE** as provas ou evidências que sustentam seus pensamentos negativos. Exemplos do paciente (tarefa de casa).

### **Referências Bibliográficas:**

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa.** Porto Alegre: ARTMED, 1999.

WRIGT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia Cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

## APÊNDICE F - Explicações sobre a DCV e os Fatores de Risco

### PSICOEDUCAÇÃO

As Doenças do Aparelho Cardiovascular (DAC) estão fortemente relacionadas aos chamados Fatores de Risco e ao estilo de vida atual. Estes dois fatores atuam induzindo e acelerando a obstrução por placa de aterosclerose (gordura) nos vasos.



Os fatores de risco podem ser divididos em fatores modificáveis (podem ser alterados com tratamento e prevenção) e não modificáveis, conforme apresentados na tabela abaixo.

#### Fatores de Risco para Doença Cardiovasculares (DAC)

MODIFICÁVEIS	NÃO MODIFICÁVEIS	FATORES PSICOLÓGICOS
TABAGISMO	IDADE	ESTRESSE
DISLIPIDEMIA (colesterol e triglicerídeos)		
DIABETES	SEXO (homem e mulher)	ANSIEDADE, DEPRESSÃO
HIPERTENSÃO (pressão alta)		
OBESIDADE ABDOMINAL	HISTORIA FAMILIAR POSITIVA (hereditariedade)	
SEDENTARISMO (não prática de exercícios físicos)		

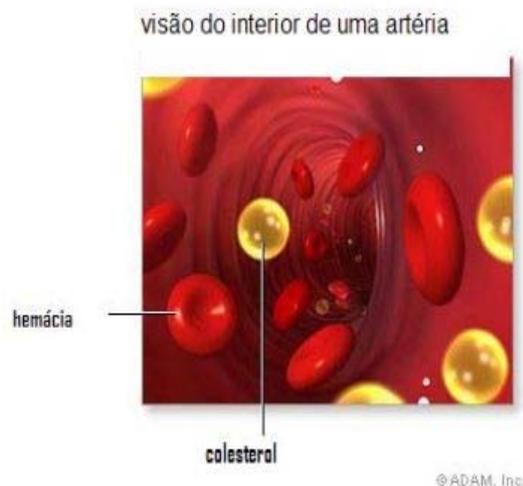
A prevenção das doenças cardiovasculares produz importantes resultados na qualidade de vida nas pessoas, assim como uma importante poupança de recursos financeiros, uma vez que o tratamento da doença já estabelecida tem um custo elevado. Fatores chaves para uma prevenção efetiva:

### **Parada do fumo**

O tratamento para não fumar (anti-tabágico) e apoio de uma equipe multidisciplinar (técnicos da saúde) estão associados com os melhores resultados de parar com o uso do tabaco.

### **Manutenção de níveis de colesterol apropriados, utilizando-se dieta, exercícios e medicação**

Os lipídeos são as chamadas gorduras ou óleos. O colesterol é um dos principais indutores da formação de placas de gordura nas artérias. Utilizando de uma dieta orientada, exercícios físicos moderados e uso de remédios redutores do colesterol, este fator pode ser controlado. O nível alvo do Colesterol é progressivamente menor dependendo da existência de outros fatores de risco.



Toda vez que você souber os resultados dos exames, anote na linha abaixo e mostre ao seu médico.

<b>Objetivo</b>				
<b>Data</b>	<b>CT</b>	<b>TG</b>	<b>LDL</b>	<b>HDL</b>

### **Manutenção de níveis normais da Pressão Arterial**

Para os pacientes Hipertensos é extremamente importante a manutenção de níveis considerados normais de PA: 130-120/80 mmHg (pressão arterial). Dependendo da existência de outros fatores já existentes estes níveis-alvo podem ser mais baixos.

### **Manutenção de estilo de vida ativo e saudável**

Alimentação deve ser balanceada com uso de carnes brancas, pouca utilização de gorduras saturadas (frituras, produtos de origem animal e vegetal hidrogenados- margarina), alimentos ricos em fibras (reduzem a absorção das gorduras) e uso limitado de bebidas alcoólicas.

É importante a prática de exercícios físicos contínuos (caminhada, bicicleta ou natação), no mínimo três vezes por semana por período maior que 30 minutos.

A redução de peso está indicada para todos os pacientes com obesidade abdominal e índice de massa corporal maior que 25 (neste momento eram perguntados os valores de peso e altura do paciente e explicado como o índice era calculado). Consulte o seu médico para aferir estas medidas e solicitar orientação para redução de peso.

### **Tratamento do Diabetes quando existir**

O diabetes é uma doença que impede o organismo de processar adequadamente os açúcares contidos na alimentação. O diabetes pode trazer sérias complicações (cegueira, mau funcionamento dos rins ou feridas nas pernas), além de facilitar o aparecimento ou o agravamento de problemas cardíacos. Os pacientes diabéticos devem manter a doença sob controle a partir da dieta, exercícios, redução de peso e medicamentos prescritos pelo médico. Os níveis de glicose considerados

para o diagnóstico de diabetes estão sendo reavaliados continuamente. Hoje se considera os níveis de glicose no sangue maiores que 126 mg/dl.

### **Uso de drogas antiplaquetárias**

A formação de coágulos nos vasos justapostos às placas de gorduras é considerado um elemento fundamental no aparecimento dos quadros de isquemia sejam coronarianos, cerebrais ou em outros vasos. A utilização de substâncias que inibem a formação destes coágulos resulta em redução do número destes quadros implicando também em redução de mortalidade. A aspirina (AAS) é o remédio mais utilizado para este efeito e deve ser considerada em todos os adultos sem doença cardiovascular, porém com fatores de risco, assim como para pacientes com doença cardíaca. Esta medicação deve ser utilizada com acompanhamento médico uma vez que pode haver contra-indicações e cuidados ao seu uso.

### **Estresse**

Estresse é um conjunto de reações do organismo, que diante às situações novas, podem ser percebidas pela pessoa como boa ou ruim.

O seu desenvolvimento vai depender da resistência psicológica do indivíduo, da sua personalidade, do seu modo de perceber as coisas a sua volta. Pode ser rápido ou longo. Não é apenas uma situação que leva o indivíduo ao estresse, mas sim uma sucessão de fatores.

**Tipos de estresse:** O estresse agudo pode vir das preocupações incessantes, acontecem com pessoas que vêem desastres em todos os lugares e catástrofes em cada situação. O mundo torna-se um lugar perigoso e sem esperanças. Um inferno onde tudo o que acontece é terrível. Essas pessoas são tensas, mas são mais ansiosas e depressivas do que raivosas ou hostis. Enquanto o estresse agudo pode ser estimulante e excitante, o estresse crônico, ao contrário, não é. O estresse crônico remói as pessoas dia após dia, ano após ano, levando à destruição do corpo, da mente e da vida. São os atritos de longo prazo. São os estresses provocados pela pobreza, pelas famílias disfuncionais, brigas constantes entre casais ou sócios, casamentos infelizes, dificuldades da carreira profissional ou desemprego prolongado. É o estresse dos problemas sem fim, por exemplo, como as rivalidades entre gangues nos grandes centros urbanos.

**Os fatores podem ser:** Os fatores internos são situações que acontecem dentro da pessoa. Essas posturas internas, adquiridas ao longo da vida são ensinadas na comunidade onde a pessoa habita e onde ela precisa sobreviver socialmente, como por exemplo, o medo, nervosismo, dor. Os fatores externos são alheios a sua vontade e que pode ser um gatilho para desencadear ansiedade capaz de gerar problemas como pressão no trabalho, calor, problemas familiares.

**Os sintomas podem ser:** sintomas emocionais e cognitivos; sintomas físicos; Problemas comportamentais.

- Sintomas emocionais e cognitivos: falta de vontade; falta de paciência; raiva; medo; depressão; ansiedade; agitação; insegurança; diminuição da atenção ou falta de atenção; falta de memória; diminuição da auto-estima; mau humor.
- Sintomas físicos: dor no peito; fadiga; diarreia; calafrios; excesso de suor; palpitação; indigestão; aumento da pressão sanguínea; aumento da pulsação; impotência; frigidez; náuseas; vômitos; tremores; sede; pele seca.
- Problemas comportamentais: mudança nos comportamentos do dia a dia; dificuldades nos relacionamentos; isolamento.

## **COMO ADMINISTRAR O ESTRESSE?**

- Viver e não sobreviver.
- Organizar seu tempo e fazer dele um aliado.
- Gostar da vida, valorizando-a.
- Trabalhar naquilo que lhe dá prazer.
- Buscar um equilíbrio entre trabalho e lazer.
- Ser criativo, descobrir suas potencialidades.
- Reservar tempo pra si mesmo.
- Procure reservar algum tempo do seu dia para diversão.
- Organizar o seu dia; agende-se.
- Manejar adequadamente os pensamentos e atitudes, substituindo os pensamentos negativos por positivos, mudando a forma de pensar.
- Tentar mudar o que pode ser mudado e aprender a conviver melhor com o que não pode ser mudado.

- Começar um programa de atividade física, já.
- Ter uma alimentação adequada e equilibrada.
- Procurar alguém para conversar ou desabafar.
- Cuidado com a exigência dos “devo”.
- Pratique exercícios físicos regularmente.

## **Voltando a vida normal após a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio- (CRM)**

Nas primeiras semanas ou meses após a cirurgia cardíaca, você pode estar receoso de fazer as suas atividades normais, como por exemplo:

### **1. Dirigir:**

Por lei, você não pode dirigir seu carro por um mês após a cirurgia cardíaca. Você não precisa notificar os órgãos licenciadores. Existem regulamentos especiais para as pessoas que dirigem profissionalmente, como motorista de ônibus e caminhão, e você deve discutir estes problemas com o seu médico. Em algumas cidades, estes regulamentos também se aplicam aos motoristas de taxi.

### **2. Atividade sexual:**

Após a cirurgia cardíaca as pessoas ficam receosas de ter relações sexuais. No começo você geralmente não tem vontade de ter relações sexuais, mas depois de três ou quatro semanas é perfeitamente razoável que retome sua vida sexual. Evite ser muito ativo até se sentir completamente recuperado, o que normalmente ocorre em torno de seis a nove semanas. Algumas das medicações que você está tomando podem diminuir o seu impulso sexual e, se você sentir que este é o seu caso, deve conversar como seu médico.

### **3. Retorno ao Trabalho:**

A maioria das pessoas pode retornar ao trabalho dois ou três meses depois de um ataque do coração ou de uma cirurgia cardíaca. Para aqueles com um

trabalho que não exige muito esforço físico nem envolve muito exercício, oito semanas de licença podem ser suficientes. Aqueles que têm um trabalho manual pesado podem precisar de mais tempo e necessitam que exercícios especiais sejam incluídos no tratamento recomendado por seu médico, para recuperarem a força física.

#### **4. Férias:**

Não é seguro viajar para fora da sua cidade durante os dois ou três meses após a cirurgia cardíaca. Mais tarde, desde que você esteja completamente recuperado, poderá viajar para onde quiser. Se tiver dúvidas, converse sobre os seus planos com o médico. Se você estiver tomando medicações, certifique-se de ter o suficiente para a viagem toda e as mantenha na sua mala de mão.

#### **5. Ansiedade e depressão:**

Todos ficam preocupados após uma cirurgia cardíaca e, a despeito de todas as informações positivas dadas pelos médicos, enfermeiros (as) e parentes, alguns continuam se preocupando. É inevitável sentir receio de ter outro ataque do coração e de tudo o que ele implica. É natural que você se sinta preocupado com você mesmo e com a sua família, mesmo que seja difícil explicar o porquê.

#### **6. Reconhecendo o problema:**

Os sintomas depressivos são tão reais quanto a doença do coração e é igualmente tratável. Você pode estar deprimido se apresentar vários dos seguintes sintomas:

- Tristeza ou vontade constante de chorar;
- Perda do interesse e do prazer nas atividades de trabalho e de lazer;
- Baixa auto-estima;
- Preocupação com a saúde;
- Concentração ruim;
- Dificuldades no sono, como por exemplo, de ir para a cama ou tendência a acordar cedo;
- Cansaço constante;

- A reação mais comum é a irritabilidade, até em pessoas que eram muito tranquilas;
- A maioria das pessoas usa medicações para a depressão.

O importante na ansiedade e na depressão é que estes problemas são freqüentes e podem ser tratados. O que você precisa é conversar o que sente com o seu médico.

➤ **Pontos importantes:**

- A maioria dos problemas ocorre nas primeiras 48 horas após um ataque do coração. Depois disso a vida logo volta ao normal;
- Exercícios regulares podem ajudá-lo a ter uma recuperação completa, mas devem ser supervisionados por um profissional da área;
- Problemas emocionais após o ataque do coração são comuns e podem ser abordados através de conversas e medicações.

Seu médico e a equipe multidisciplinar são os melhores amigos da sua saúde. Siga as suas orientações e tenha a certeza de estar no caminho de um coração mais saudável!.

**Referências Bibliográficas:**

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

LIPP, M.; ROCHA, J. C. **Estresse, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida**. São Paulo: Papyrus Editora, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 84, p. 3-8, 2005. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Atlas corações do Brasil**. 2006. Disponível em: <<http://educacao.cardiol.br/coracoesdobrasil/default.asp>> Acesso em: 28 maio 2007.

## APÊNDICE G - Roteiro de Entrevista estruturada e de intervenção em TCC

### ROTEIRO DE ENTREVISTA - INTERVENÇÃO EM TCC\*

Na primeira sessão questões relacionadas a:

- História da doença cardíaca – pessoal e familiar;
- \*O que pensa sobre a doença;
- O que sabe ou não sobre a cirurgia;
- \*O que sente quando pensa sobre a cirurgia;
- Se já realizou cirurgia anteriormente;
- O que pensa sobre sua vida pós-cirurgia
- Psicoeducação: Leitura e entrega de folhetos explicativos.

Na segunda sessão questões relacionadas a:

- O que pensa sobre o hospital e a hospitalização;
- Queixa sobre a hospitalização;
- \*O que sente e o que pensa sobre o tratamento cirúrgico;
- Sente medo da anestesia;
- O que imagina sobre a cirurgia;
- Psicoeducação (conhecer a doença, prevenir recaída, adesão ao tratamento, melhorar a doença, aumentar o conhecimento, etc.).

Na terceira sessão, pós-cirurgia, questões relacionadas a:

- Orientação da equipe médica;
- O que entendeu e o que não entendeu sobre a orientação médica;
- Listagem dos comportamentos de risco ou comportamentos de risco possível;
- Psicoeducação: Leitura e entrega de folhetos explicativos.

Na quarta e última sessão, questões relacionadas a:

- Avaliar perspectivas em relação ao tratamento;
- Monitorar o padrão de comportamentos estipulados pela equipe médica;
- Treino da eficácia e a resiliência;
- Soluções de problemas;
- Psicoeducação: Leitura e entrega de folhetos explicativos.

## **APÊNDICE H 1 – Transcrição de uma sessão semi-estruturada (momentos da CRM em TCC)**

**Grupo experimental** – Data: 23/062008 - 3ª. sessão – Momento pós-operatório

**Pesquisadora:** Como vai bem? Esta é a nossa terceira sessão. E com a cirurgia, a medicação como está? (REVISÃO DO HUMOR).

**Paciente:** *“Tô mais ou menos, com dores aqui nas costelas, a respiração melhorou, podemos continuar a palestra Dra.? [nesse momento entra a fisioterapeuta] Eu estou bem melhor, foi difícil na UTI, tudo o que a Sra. disse aconteceu, sabe?. “*

**Pesquisadora:** ... e como foi?

**Paciente:** *“... foi daquele jeito mesmo que a Sra. falou: ... o tubo... os fios ligados naqueles aparelhos... muita gente mexendo em mim... Senti muita dor... da cirurgia sabe... olhava para um lado via um também cheio daqueles negócios [toca no seu nariz e no peito, refere-se aos aparelhos]... É foi difícil viu? Mas tô aqui vivo! Feliz! E para contar a história.”*

**Pesquisadora:** ...então vamos falar hoje sobre as orientações da equipe médica a respeito da sua recuperação .... e de como vai continuar com o tratamento?

**Paciente:** *“Falei com meu com o médico, conforme nós combinamos, foi bem legal. Mas não consegui falar com o médico sobre aquela conversa, fazer nenhum contato social como planejamos [TAREFAS]. O que eu fiz (que depois me arrependi), foi telefonar para minha ex-namorada. Depois do telefonema, até senti um pouco de vontade prá fumar, mas como já havia me alertado para esta situação de risco, pois já sabia que isto poderia acontecer, consegui desviar a atenção da minha mente para um programa na TV que estava querendo ver. Fiz também aquela respiração e relaxamento que a Sra. ensinou [TÉCNICAS DE RELAXAMENTO] depois que passou toda aquela ansiedade do telefonema e da vontade de fumar que eu consegui vencer, fui dormir bem, bem comigo mesmo.”*

**Pesquisadora:** Você gostaria de trabalhar hoje este assunto da dificuldade de contato social?

**Paciente:** *“Bom, acho bom.”*

**Pesquisadora:** O que mais você gostaria de trabalhar na sessão de hoje além das orientações da equipe e os comportamentos de risco?

**Paciente:** *“Acho que este assunto já vai preencher todo nosso tempo. E esta experiência de falar com o médico tem tudo a ver com a dificuldade de ser mais confiante com todas as pessoas. O problema no fundo é o mesmo, como vimos naquela vez que a Sra. veio.... antes da cirurgia.”*

**Pesquisadora:** Quem sabe começamos com um resumo do que trabalhamos da última vez [ENCADEAMENTO COM A SESSÃO ANTERIOR] e ver como foi para você conversar com o médico, e a dificuldade de fazer o outro experimento de fazer algum contato com outra pessoa. [REVISÃO DA TAREFA].

**Paciente:** *“Bom, nós vimos que eu tenho uma dificuldade que me acompanha desde muito tempo que é a minha dificuldade de dizer de forma clara o que eu penso, de dar a minha opinião. A tarefa era fazer um experimento e ver se eu consigo vencer meus pensamentos de que eu sou um fracasso e ser bem confiante com o minha ex namorada naquela possibilidade que lhe falei, e mostrar que a forma como eu penso pode fazer andar mais rápido.”*

**Pesquisadora:** E como foi?

**Paciente:** *“Sabe que eu fiquei bem mais tranqüilo depois que nós ensaiamos aqui como eu poderia falar com ele [ROLE-PLAY], o importante foi quando eu dramatizei o papel do meu médico e você dramatizou eu [ROLE-PLAY INVERTIDO]. Antes de falar com ele eu me lembrei muito daquilo que nós falamos: “O que de pior pode acontecer, se eu disser o que eu penso?” E durante esses dias eu treinei muitas vezes na minha cabeça, na imaginação [ENSAIO COGNITIVO] o que eu diria para ele, o que ele poderia responder, como ele agiria, e o que eu poderia fazer então.”*

**Pesquisadora:** Muito bem.

**Paciente:** *“Sabe que foi mais fácil do que eu imaginava? Eu sempre pensei que se eu fosse dizer qualquer coisa contrária ao que ele pensa, ele poderia ficar muito chateado. Mas, muito diferente do que eu imaginei, ele até me elogiou pelas observações que eu fiz.”*

**Pesquisadora:** E o que concluiu ...

**Paciente:** *“Se eu for menos tímido, mais confiante com as pessoas (e aí inclui a namorada) eu posso melhorar essa dificuldade e me dar bem. Tenho que lembrar sempre daquela minha adivinhação de que eu vou me sair mal nas coisas e acabo fazendo tudo errado para que o meu pensar aconteça. Além disso, eu estou sempre fazendo aquelas distorções cognitivas, leitura mental, adivinhação, catástrofe, não sei falar essa palavra... [CATEGORIZANDO DISTORÇÕES COGNITIVAS]. Agora percebo e consigo modificar esse pensamento na hora.”*

**Pesquisadora:** Então, com quantas outras pessoas e em quantas outras situações você poderia usar isso tudo que falou, as mesmas técnicas que usou para falar com o médico?

**Paciente:** *“Eu gostaria de poder falar com confiança com o médico; conseguindo falar bem com ele, eu poderia aprender a fazer isso em todas outras situações que me dão medo. Com pessoas que ... dependo. Quando ele chegou aqui no quarto foi frio, não quis conversar muito, foi muito rápida a visita. Aí tudo aquilo que eu sempre sinto – tristeza muito grande e essa coisa de não fazer parte do mundo apareceu na cabeça – e eu fiquei horas pensando nisso. Depois melhorei.”*

**Pesquisadora:** E o que fez melhorar?

**Paciente:** *“Fiz o que a Sra. ensinou, que provas e que não provas eu tenho que a idéia de que se o médico não quis mais falar comigo é porque eu não sou ninguém, eu não mereço atenção [DESAFIANDO PRESSUPOSTOS E REGRAS CONDICIONAIS]. Quando consegui parar de pensar que o médico tem outros pacientes para atender, e que pelo contrário antes da cirurgia ele foi lá me visitar, e que posso depois falar com ele no ambulatório ou com aquele outro que também ajudou na cirurgia [LEVANTAMENTO DE MAIS EVIDÊNCIAS] eu melhorei. Acho que já estou conseguindo me livrar desse pensamento perseguidor.”*

**Pesquisadora:** Será que poderíamos encontrar alguma coisa boa desta situação toda? [ENCONTRANDO O POSITIVO NO NEGATIVO]

**Paciente:** *“... já consigo pensar que sim. Antes eu tinha muito medo de perder as coisas que tinha, por pouca que fosse na minha vida. Hoje vejo a separação da ex-namorada como uma perda que tinha que acontecer.”*

**Pesquisadora:** Então, o que você está aprendendo com tudo isso?

**Paciente:** *“Que eu não preciso de um relacionamento (daquele que eu tinha) para ficar bem comigo, ser feliz... Estou enxergando melhor e vendo que eu gosto de mim desse jeito mesmo, do jeito que sou, que eu tenho muitas qualidades que não é todo pessoa que tem, e que eu não preciso da aprovação das pessoas em tudo que eu faço.”*

**Pesquisadora:** Que bom!

**Paciente:** *“Tá certo, cresci, mas continuo querendo encontrar uma pessoa para namorar, casar, ter filhos.”*

**Pesquisadora:** Penso que o melhor que você poderia fazer neste momento é pensar a sua vida atual, isto é, pensar sobre o que você fez para resolver os problemas e que coisas você ainda precisa resolver em sua vida. Ao invés de ficar te criticando, você poderia pensar sobre quais as coisas que pode fazer ou não quando retornar para casa, o seu tratamento e depois aquelas que estão causando problemas e como você poderia diminuí-los e resolvê-los [SOLUÇÃO DE PROBLEMAS].

**Paciente:** *“O problema maior é que eu me sinto muito sozinho, triste e sem vontade para sair para conhecer pessoas, logo agora que tô operado, alguém para me ajudar, fazer companhia, alguém para ajudar nessas mudanças para a minha saúde.”*

**Pesquisadora:** Como poderia solucionar este problema?

**Paciente:** *“Fazendo contato com as pessoas, telefonando para os amigos, saindo mais e procurar parentes. O problema é este mesmo, acabo ficando em casa todo final de semana, não fazendo nada, fico triste e sofro muito, ai vem a vontade de fumar, comer o que não devo.”*

**Pesquisadora:** Vamos tentar lembrar, e o que provavelmente você fica pensando e se dizendo, quando se sente assim? [ABC]

**Paciente:** *“Que eu sempre fui tímido e nunca me dei muito bem com iniciar uma conversa, não sei o que dizer, fico pensando que as pessoas vão me achar chato, sem atrativo, sabe...”* [PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS].

**Pesquisadora:** E se isso fosse verdadeiro, que vão achar chato, sem atrativos, então o que poderá acontecer... [SETA DESCENDENTE]

**Paciente:** *“... como sou desinteressante, então ninguém vai querer ficar comigo, nem a ex...”* [PRESSUPOSTO].

**Pesquisadora:** E se ninguém quiser ficar com você nem ela, o que poderia acontecer?

**Paciente:** *“Ninguém vai querer ficar comigo, acabo ficando só.”* [REGRAS SUBJACENTES].

**Pesquisadora:** E se você ficar só, o que representa para você?

**Paciente:** *“... que eu de fato não tenho nada de bom tenho defeito... e logo agora... depois dessa cirurgia do coração, defeito no coração... que sou um fracasso como homem.”* [ESQUEMA].

**Pesquisadora:** E se você ficar sozinho... sozinho na vida?

**Paciente:** *“Ai... o que eu penso passa a ser verdadeiro: que eu sou defeituoso, um incompetente na vida, um fracassado e ninguém vai querer ficar comigo.”* [CRENÇAS NUCLEARES].

**Pesquisadora:** Este jeito de pensar, como faz para conviver com as pessoas?

**Paciente:** *“Eu acabo fazendo tudo que eu acho que os outros querem e esperam de mim, não falo nada do que eu penso, para a pessoa não ficar chateada comigo. É assim em tudo que é lugar... faço tudo para agradar a pessoa que está comigo, mas parece que nada adianta... daí não saio com ninguém... fico quieto ...no meu lugar.”* [ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS].

**Pesquisadora:** Esta forma de fazer tudo que os outros querem, nós chamamos de estratégia, um mecanismo para compensar aquela idéia de não ser atraente ou de não ter atrativos, com defeito, lembra? E também não tem ajudado?

**Paciente:** *“É... só piorou.”*

**Pesquisadora:** Vamos resumir o que foi falado hoje [DESENVOLVENDO A CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA] e nas duas sessões anteriores, tentar entender o que vem acontecendo com você. Me corrige se eu estiver errada e se esquecer algo, Ok?. Você disse, em outras sessões que desde muito jovem você pensa que é uma pessoa sem atrativos e que as pessoas não se interessam por você, na sua casa, com outras pessoas, no trabalho. Você vive preocupado com o que os outros

irão pensar de você. Como você não é perfeito em tudo que faz então como você pensa ser incompetente, fracassado, com defeitos. A maneira de lidar com essas situações é não se colocar, ficar “quieto”, e fazer o que você pensa que os outros esperam de você. Mas de nada tem resolvido esse problema, ao contrário, só te deixa mais isolado, deprimido... Você concorda?

**Paciente:** *“Sim...”*

**Pesquisadora:** Resumindo mais uma vez: você está sempre muito atento no que os outros estão pensando, parece depender do que os outros pensam a teu respeito. Depois é tentar ser perfeito, no contato com as pessoas, para não julgarem mau; depois é a idéia [CRENÇA CENTRAL] de que você não tem atrativos, e agora depois da cirurgia, um incompetente, fracassado e, por isso, vai ficar só, pois ninguém vai querer ficar com você, te amar do jeito que você é.

**Paciente:** *“... isso mesmo. Mas nem é sempre que eu penso que sou um fracassado... acontece quando recebo uma crítica, e se olhar de um jeito... olhar que parece que não está gostando. Acontece com o médico, com mulher, então, é muito pior, penso que vou... levar um “fora”. Hoje já estou melhor, mas ainda acho muito incompetente para a vida, mesmo depois que a ex me deixou.”*

**Pesquisadora:** Numa escala de 0% a 100% [CONTINUUM] isso mesmo... (o paciente sorri) 100% para sucesso total, e 0% para fracasso total; o que você pensa onde você se encontra?

**Paciente:** “ Ah, no 0%.”

**Pesquisadora:** Então... vamos pensar nesta idéia: “Eu sou um fracasso”. O que representa para você ou o que significa para você “sucesso”? [ANÁLISE SEMÂNTICA]

**Paciente:** *“...é fazer tudo certo, é ser perfeito em tudo que faz, ser inteligente, ser rico, é não ter problemas com as pessoas: mulher, família, filhos, no trabalho, médico...”*

**Pesquisadora:** Você conhece alguém assim que é tão perfeito e que consegue funcionar assim com todos?

**Paciente:** *“É... não existe né!? Seria bom, não seria?”*

**Pesquisadora:** Seria ótimo, na imaginação essa pessoa existe mas não na vida real. Percebeu que 100% de sucesso não existe? Isso tem sentido?

**Paciente:** *“... percebo que não estou no 0%, não sei onde estou ... parece que 40%.”*

**Pesquisadora:** É melhor do que o fracasso total que você falou lembra? E agora, dá para entender melhor como você sente, como chegou no grau de depressão estava nas outras sessões?

**Paciente:** *“...sempre foi assim na minha casa, todos me criticavam quando não fazia daquele jeito que queriam... meu pai, minha mãe... tinha que ser tudo correto”* [ORIGEM DOS ESQUEMAS E CRENÇAS SUBJACENTES].

**Pesquisadora:** Agora precisamos ver o que entendeu ou não sobre as orientações da equipe de saúde, vamos... pode falar...

**Paciente:** *“... na alimentação não é para comer alimento remoso, cuidar para não fumar e procurar um tratamento para isso... a respiração, fazer os exercícios que a fisioterapeuta passou, com aquele aparelho até subir as bolinhas...(aparelho Respirom) a posição na cama... sempre com a barriga pra cima e cuidar para não ficar de banda... acho que só... é muito .... será que vou conseguir?”*

**Pesquisadora:** Que tal escrever sobre a listagem dos comportamentos estipulados pela equipe e os de risco e amanhã verificá-los? Mas vamos fazer um resumo daquilo que falamos hoje a seu respeito, de que forma você funciona.... pois já o chamaram para o almoço e depois fará aqueles curativos...

**Paciente:** *“... eu disse que estou conseguindo aprender a mudar meu jeito de funcionar e pensar. Já consegui falar com o médico sobre o meu tratamento e com a ex-namorada melhor do que eu esperava, consigo me dar conta do que sinto e aí faço aquele esquema que aprendi com a Sra. [ABC] dou conta que estou menos dependente da opinião dos outros. Aquilo que foi dado valor em números pensamentos automáticos, pressupostos e regras e crenças e esquemas, e agora a tarefa para amanhã dos comportamentos... acho que só...”*

**Pesquisadora:** Muito bom resumo. E não esqueça da tarefa de amanhã. Vamos ficar por aqui... Até amanhã.

**APÊNDICE H 2 – Transcrição de uma sessão semi-estruturada**

(Momentos da CRM)

**Grupo controle** – Data: 08/04/2008 – 1ª. sessão - Momento pré-operatório

**Pesquisadora:** Boa tarde Sra. F. como está?

**Paciente:** *“Estou bem... aqui no hospital melhorei...”*

**Pesquisadora:** Está bem... como?

**Paciente:** *“... é não estou nada bem! [permanece sentada olhando para o chão]”*

**Pesquisadora:** Gostaria de fazer algumas perguntas?

**Paciente:** *“Pode Profa. a Sra. já me explicou da pesquisa da Sra.... acho importante que alguém se interesse pelos pacientes.”*

**Pesquisadora:** E o que tem? Pode falar sobre como soube da sua doença?

**Paciente:** *“... era Natal, na semana do Natal. Fiz um eletro, aquele exame e deu angina. Disseram para mim assim: ah é angina e angina trata com remédio. E nada entendi... fiz o exame, peguei o resultado, nenhum médico explicou e aqui cheguei a consulta... lembra a Sra. estava lá na sala com o médico... ele viu tudo e não explicou também...”*

**Pesquisadora:** ... lembro sim, será mesmo que não explicou?

**Paciente:** *“Não lembro não... Ah! A Sra. perguntou como soube da doença e eu tava falando no Natal, né?”*

**Pesquisadora:** Sim...

**Paciente:** *“É uma história longa e... a profa. tem tempo para escutar?”*

**Pesquisadora:** Claro que tenho. Lembra que disse a Sra. que estaria aqui durante o tempo do seu tratamento cirúrgico? Serão 2 sessões antes da cirurgia e 2 depois da cirurgia.

**Paciente:** *“É mesmo profa. a Sra. tem mesmo é paciência! Eu vejo a Sra. passando para lá e para cá nesse hospital... são muitos pacientes né?”*

**Pesquisadora:** Sim. Mas fale sobre o início da doença. A Sra. falou que foi no Natal e...

**Paciente:** *“Era uma dor no peito, a minha filha estava desorientada, não sabia o que fazer, o seu marido tinha morrido, sabe? Não sei se piorei com essa morte... Era*

*uma dor atacando todo dia. Fiz o cateterismo e deu que era para operar. No Eco... não apresentou nada ai... no sábado eu fiz outro... Acho que se tivesse feito um Eletro era melhor..."*

**Pesquisadora:** [nesse momento entra a enfermeira para avaliá-la]

**Paciente:** *"... de novo remédio! Vivo cheia de tomar remédio, acaba que ataca meu estomago e melhora de um e piora de outro..."*

**Pesquisadora:** A Sra. falava da sua doença e o inicio... dos exames... da sua dúvida quanto ao exame... e o que pensa sobre a doença?

**Paciente:** *" Profa. não penso ... não quero pensar..."*

**Pesquisadora:** O que a Sra. sabe ou não sabe sobre a cirurgia?

**Paciente:** *"Só sei que coloca outra veia no lugar... fica encostada naquela que não presta... aquela que está entupida... nem tira do lugar... nem dá para emendar. São 4 pontes... quando abrir é que sabe..."*

**Pesquisadora:** É importante que lhe faça algumas perguntas sobre o seu tratamento e depois explicarei com este folheto, lerei e deixarei com a Sra. para ler e se quiser pode fazer perguntas, entendeu?

**Paciente:** *"Sim. Vi a Sra. entregando para aquele outro ali [referia a outro paciente que estava nos corredores fazendo fisioterapia pós-operatória] e acho muito bom saber de tudo. Tem gente que não quer saber... e quando não entende nem pergunta..."*

**Pesquisadora:** Procurou saber do seu médico algo mais do que o que a Sra. falou *"...que coloca outra no lugar... daquela eu não presta..."?*

**Paciente:** *"Sabe como é que é profa. foi visita de médico, ele mal entrou no quarto e já foi logo saindo... já chamaram ele para operar lá em cima [no Centro Cirúrgico, no 3º andar]. Fiquei sabendo pelos outros pacientes... o talho é grande no peito... tenho medo da cirurgia e se eu morrer... [chora, continua por alguns minutos] . Confio em Deus, sinto feliz porque vou fazer a cirurgia. Estava tranqüila em casa, antes de entrar no hospital. É minha esperança é em Deus eu vou operar e nada de mal vai me acontecer."*

**Pesquisadora:** Disse que estava tranqüila em casa... e aqui?

**Paciente:** *" Se Deus quiser nada de mal vai me acontecer... Não vou morrer... não será dessa vez..."*

**Pesquisadora:** Já fez alguma cirurgia antes?

**Paciente:** *"... essa é a terceira, a primeira foi de períneo, a segunda de histerectomia sofri muito, foi com anestesia, mas foi rápida. Essa tô confiante..."*

*primeiro Deus lá no céu e depois os médicos aqui na terra... tem a Sra. que está me dando força... me explica as coisas e os outros daqui também..."*

**Pesquisadora:** É direito do paciente saber sobre o tratamento e também de perguntar sobre ele. Parece que a Sra. não entendeu sobre a cirurgia e o que acontece depois da cirurgia a Sra. pode falar?

**Paciente:** *"Minha tia paterna morreu de ponte safena, faltava 15 dias para a cirurgia acontecer e aí ela morreu... meu pai morreu do coração também quando eu tinha 7 anos... faz muitos anos..."*

**Pesquisadora:** Falando sobre seus parentes e sobre a morte deles o que senti?

**Paciente:** *"... sinto vontade de chorar [chora e encosta-se na cadeira]. Pode acontecer comigo né? Essa herança é danada... vem e carrega as pessoas."*

**Pesquisadora:** O que pensa sobre sua vida depois da cirurgia?

**Paciente:** *" Imagino que farei dieta, tenho que repousar bastante tempo, nem massa nem gordura na comida... se não pode voltar a veia a obstruir... ficar entupida."*

**Pesquisadora:** É de fato terá que fazer algumas mudanças em sua vida, lerei esse folheto e explicarei, caso a Sra. não entender pergunte, OK?

**Paciente:** *" Tá bem..."*

**Pesquisadora:** [lê e explica sobre algumas dúvidas, também combina a próxima sessão] Fique com esse folheto para ler, pode ser que agora não tenha pergunta e se lembrar de alguma depois que eu for embora, daí pergunte amanhã.

**Paciente:** *" Tudo bem profa., até amanhã"*



## ANEXOS

### ANEXO A - Exercício A→B→C

#### EXERCÍCIO A→B→C

Pensamentos não são fatos.

Freqüentemente, quando temos algum sentimento, como tristeza ou raiva, nós o sentimos tão intensamente, que temos convicção de que o nosso sentimento é legítimo, afinal alguém ou alguma coisa fez eu me sentir assim.

No entanto, o que nos incomoda não são os fatos em si, mas a interpretação que nós fizemos dos fatos. O que você *pensa* dos fatos e o que eles são, na *realidade*, pode fazer você *sentir* de formas diferentes nas mesmas situações.

O objetivo deste exercício é você aprender a distinguir as diferentes situações na sua vida que ativam os mais variados pensamentos, os quais geram diferentes emoções e comportamentos.

**A** - Estar conversando com um amigo, dirigindo o carro ou deitado no quarto ouvindo música, são situações ativadoras, os gatilhos que acionam os pensamentos. Um A é o que uma filmadora captaria se estivesse filmando a cena. A filmadora não interpreta o que vê, simplesmente filma.

**B** - Todo e qualquer momento da nossa vida faz a gente ter os mais variados pensamentos, os quais podem ser agradáveis, desagradáveis ou neutros. Segundo o modelo cognitivo, são os pensamentos que levam às emoções, isto é, as emoções são decorrentes, ou, no mínimo, influenciadas pelos pensamentos.

**C** – São as conseqüências, o que decorre do que pensamos. Normalmente é mais fácil identificar as emoções, especialmente as negativas ou desagradáveis. Por isso, você pode começar o ABC pelas emoções, depois verificar qual a situação que estava ocorrendo para você sentir o que sentiu, e então, identificar o que você pensou imediatamente (ou enquanto) estava sentindo.

<p style="text-align: center;"><b>A →</b> <b><u>Ativador</u></b></p> <p style="text-align: center;">Evento ou Situação Ativadora [Gatilhos]</p>	<p style="text-align: center;"><b>B →</b> <b><u>[Beliefs]</u></b></p> <p style="text-align: center;">Pensamentos Automáticos Pressupostos, regras Crenças (Esquemas)</p>	<p style="text-align: center;"><b>C →</b> <b><u>Consequências</u></b></p> <p style="text-align: center;">Emocionais Comportamentais Físicas</p>

Exercício A→B→C (Ellis, 1962).

## ANEXO B - Distorções Cognitivas, segundo o modelo de Aron Beck (1961).

### DISTORÇÕES COGNITIVAS

- **Pensamento do tipo tudo ou nada (dicotômico)** – a pessoa enxerga o universo em apenas duas categorias, como certo ou errado, sucesso ou fracasso, não vendo as coisas dentro de um *'continuum'*;
- **Catastrofização** – prevê que o futuro irá de dar da pior forma possível, superestimando a possibilidade de ocorrências negativas;
- **Personalização** – acreditar que eventos negativos ou comportamentos aversivos de terceiros se devem a fato que a própria pessoa fez;
- **Imperativo** - “deveria”, “tenho que” – ter uma idéia excessivamente rígida de como deve ser o seu comportamento e grande exigência sobre a sua performance;
- **Desqualificação do positivo** – a pessoa descarta as características positivas, evidenciando as negativas;
- **Inferência Arbitrária** – chegar a conclusão na ausência de evidências;
- **Maximização e Minimização** – a relevância de um atributo, evento ou sensação é exagerada ou minimizada;
- **Hipergeneralização** – perceber num evento específico um padrão universal. Uma característica específica numa situação específica é avaliada como acontecendo em todas as situações;
- **Abstração seletiva (visão em túnel)** – um aspecto de uma situação complexa é o foco da atenção, enquanto os outros aspectos que são importantes na situação são ignorados;
- **Leitura mental** – presumir sem evidências, saber o que os outros estão pensando, desconsiderando outras possibilidades ou hipóteses.

## ANEXO C – Inventário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

### – WHOQoI- Bref

#### WHOQoL-Abreviado

Nome \_\_\_\_\_ Reg. HUFM Paciente \_\_\_\_\_ -Exam. \_\_\_\_\_  
 Avaliação: Única ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª ( ) Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2006

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como v. avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisf.	insatisf.	nem satisf. nem insat.	satisf.	muito satisf.
2	Quão satisfeito (a) v. está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto v. tem sentido algumas coisas nas últimas 2 semanas.

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

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente v. tem sentido ou é capaz de fazer certas

coisas nestas últimas 2 semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	V. tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	V. é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	V. tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para v. estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito v. se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas 2 semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
15	Quão bem v. é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) v. está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) v. está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) v. está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) v. está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) v. está com suas relações pessoais (amigos,	1	2	3	4	5

	parentes, conhecidos, colegas)?					
21	Quão satisfeito(a) v. está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) v. está com o apoio que v. recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) v. está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) v. está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) v. está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à com que freqüência v. sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas 2 semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentem/	muito freqüente/	sempre
26	Com que freqüência v. tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**Domínio:**

**Físico** \_\_\_\_\_ **Psicológico** \_\_\_\_\_ **Relações Sociais** \_\_\_\_\_

**Meio ambiente** \_\_\_\_\_ **Geral** \_\_\_\_\_

## ANEXO D – Técnicas Cognitivo-Comportamentais

### TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

➤ **Registro de pensamentos automáticos, comportamentos e emoções:** Na tentativa de clarificar as intervenções, durante o processo de tratamento de CRM, a pesquisadora utilizou técnicas cognitivo-comportamentais e ensinou ao paciente, além das técnicas, os conceitos básicos da TC, a importância dos pensamentos (ELLIS, 1962) e o objetivo de trazer informação à consciência do paciente, correlacionando o Pensamento Automático à consequente emoção e o comportamento. Cada letra representava algo diferente: a letra **A** representava o evento causador, isto é, a situação na qual o paciente se encontrava (ex. um gatilho ambiental, um estímulo, a cirurgia, etc.) que deu início ao processo de reação; a letra **C** representava tanto as emoções quanto o comportamento. O **A** causa o **C**, ou determinada situação leva a pessoa a agir de determinada maneira. A letra **B** representava as cognições, crenças e atitudes, isto é, os pensamentos, imagens, fantasias, conclusões, interpretações. A pesquisadora analisava com o paciente como ele processava a informação vinda do **A** e que se organizava em história, padrão, esquemas, temas (ANEXO A).

➤ **Descoberta guiada e Questionamento socrático:** As perguntas da pesquisadora, através do questionamento socrático, tinham o objetivo de ajudar o paciente a reconhecer e a modificar o pensamento desadaptativo. O questionamento socrático consistiu em fazer perguntas que estimulassem a curiosidade do paciente e seu desejo em inquirir. Foram utilizadas as técnicas de descoberta e a investigação orientadas, que são uma característica central da TCC, pois se baseiam na premissa de que os pensamentos e os comportamentos serão modificados mais facilmente se os motivos para mudar vierem dos próprios *insights* do paciente (MCMULLIN, 2005; WRITH, BASCO e THASE, 2008). Seguindo-se as orientações técnicas da literatura, efetuou-se o questionamento socrático de maneira clara e específica (o que fez?; o que disse?; como você se sentiu?; como fez isso?; onde você foi?; onde isso aconteceu?; quando isso acontece?), possível de ser respondido, usando a linguagem do paciente, permanecendo focado, ajudando o

paciente a prestar atenção a informações relevantes que pudessem ter sido ignoradas (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008).

➤ **Técnicas de relaxamento:** Nas técnicas de relaxamento há um processo psicofisiológico, no qual o fisiológico e o psicológico interagem e são partes integrantes do processo, dessa maneira, envolve respostas somáticas e autônomas. Os exercícios de respiração foram utilizados como etapa preliminar ao treino em relaxamento, ou mesmo como prática única. Inicialmente, os exercícios eram explicados e demonstrados pelo psicólogo, gradativamente, um após o outro para em seguida serem executados pelo paciente. O treino em relaxamento consistiu em tensionar e relaxar diferentes grupos musculares em seqüência; palavras que pudessem ajudar a criar sensação e produção de imagens relaxantes para obter um estado de bem-estar (CABALLO, 2003).

➤ **Categorização (dar nomes) das distorções cognitivas:** Através da nomeação das distorções, ensinou-se os pacientes para que pudessem identificar os pensamentos disfuncionais e monitorar seus padrões cognitivos. O objetivo da técnica foi formar mecanismos metacognitivos que permitissem ao paciente se controlar diante de possíveis situações impulsivas futuras (MCMULLIN, 2005).

➤ **Exames das evidências:** Como uma forma efetiva de modificação dos pensamentos automáticos ensinou-se ao paciente a pesar as evidências reais que ele possui em relação às suas afirmações, e buscar interpretações alternativas, adaptativas, racionais e mais adequadas (MCMULLIN, 2005).

➤ **Análise dos custos e benefícios:** Ajudava ao paciente a fazer um levantamento dos custos e dos benefícios de manter um determinado pensamento ou comportamento. Isso estimulava a sua motivação para a mudança do pensamento e, conseqüentemente, do comportamento (MCMULLIN, 2005).

➤ **Role-play:** Solicitou-se ao paciente formular um diálogo e assumir a parte racional do seu pensamento, enquanto o terapeuta assumia a parte emocional, depois os papéis foram invertidos. Isso fez com que o paciente tivesse um distanciamento da emoção causada pelos pensamentos automáticos, assim como

fez com que ele aprendesse a dar respostas não emocionais a esses próprios pensamentos (RANGÉ et al., 2001). O terapeuta avaliou também o nível de habilidades sociais que o paciente já possuía.

➤ **Modelação:** O paciente aprendeu o comportamento observando-o em outra pessoa, sendo que não necessariamente este precisasse ser repetido da mesma forma que a resposta modelo (RANGÉ et al., 2001).

➤ **Reestruturação cognitiva:** Iniciou-se pela formulação de metas e pelo estabelecimento da agenda que impulsionaram no paciente o processo de aprendizagem, melhorando a eficácia da intervenção e ajudando-o a desenvolver habilidades de enfrentamento eficazes (MCMULLIN, 2005).

➤ **Seta descendente:** Explorou-se as crenças subjacentes ao medo como forma de ajudar o paciente a despotencializar o pensamento. Com esta técnica, o terapeuta continuou a fazer perguntas sobre o pensamento ou o evento (MCMULLIN, 2005).

**ANEXO E - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM/AM**

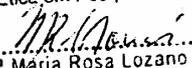
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 0104.0.115.000-07, intitulado: **“Efeito da intervenção cognitivo-comportamental nas manifestações de depressão em pacientes cardiopatas submetidos à ponte mamária, na cidade de Manaus”**, tendo como Pesquisador Responsável Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 24 de maio de 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFAM

  
Profª Drª Maria Rosa Lozano Borrás  
Coordenadora