

# Intensidade da Sintomatologia Depressiva e Dimensões da Auto-Estima em Doentes Pós-Enfarte Agudo do Miocárdio

---

Dui Kafure da Rocha \*

## Resumo

Este estudo teve como objectivo identificar quais as variáveis psicológicas associadas ao doente pós Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), nomeadamente a intensidade da sintomatologia depressiva e dimensões da auto-estima comuns aos doentes em regime de Internamento e Consulta Externa de Cardiologia.

A amostra por conveniência foi recolhida em duas Instituições Hospitalares e constituída por doentes em regime de internamento e consulta externa, com o diagnóstico de EAM inaugural, há não mais de 6 meses a contar do mês de Maio/06, visto a aplicação dos questionários ter sido realizada em Novembro/06, com idades compreendidas entre os 30 e 65 anos. A metodologia utilizada incluiu a aplicação de um Questionário Sócio Demográfico, do Inventário Clínico BDI - Beck Depression Inventory II e Escala da Estima de Si S.E.R.T.H.U.A.L. – Self Esteem, Rogers, Tap, Hipólito, UAL.

De um modo geral, a premissa base do trabalho verificou-se visto terem sido encontradas diferenças significativas e correlação idêntica na intensidade da sintomatologia depressiva e dimensões da auto-estima nos grupos de Consulta Externa e Internamento.

**Palavras-chave:** Enfarte Agudo do Miocárdio, risco de EAM, prognóstico de EAM, factores psicológicos no EAM, sintomatologia depressiva e dimensões de auto-estima.

---

1 \* Aluna do 4º Ano da Licenciatura do Curso de Psicologia da UAL

## Introdução

O coração é o órgão humano por excelência associado à vida. A visão da vida das pessoas tende a mudar drasticamente após a vivência de um Enfarte Agudo do Miocárdio, acontecimento tão ameaçador da existência.

Actualmente o Enfarte Agudo do Miocárdio está entre as principais causas de morte nos países ocidentais. Tem-se verificado um aumento do EAM com início cada vez mais precoce, com resultados preocupantes em todos os estratos socio-económicos.

Devido ao actual ritmo acelerado da vida diária as pessoas têm cada vez menos qualidade de vida. As suas necessidades básicas de sobrevivência tais como a fome, a sede e o sono são mal supridas gerando graves efeitos de stress. A poluição atmosférica, sonora e visual a que todos somos submetidos diariamente são outros factores preponderantes a considerar.

Outro aspecto que tem sido considerado é o da importância das perturbações depressivas no risco para ocorrência de EAM, e no prognóstico pós EAM.

Apesar de existirem já alguns estudos sobre esta problemática, são poucos os que foram realizados em Portugal (Gusmão, 2005; McIntyre, 2000).

Este trabalho teve como objectivo a realização de um estudo com carácter exploratório que teve como principal interesse saber quais as variáveis psicológicas associadas ao EAM, nomeadamente a sintomatologia depressiva e dimensões da auto-estima comuns aos doentes que sofreram o EAM. Assim como, a importância que estes factores desempenham no comportamento do indivíduo antes e após sofrer o EAM, de modo a contribuir para a prevenção e tratamento deste evento cardíaco e a sua recuperação a longo prazo, contribuindo dessa forma para a qualidade de vida e satisfação dos indivíduos que sofreram o EAM.

## Enquadramento Teórico

Só em 1999, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por cerca de 42% das mortes ocorridas nesse ano (42 998 num total de 100 252 mortes),

sem contar com os casos de invalidez e anos potenciais de qualidade de vida perdidos entre a população portuguesa. Sendo, responsável por cerca de 33% das mortes em homens com menos de 65 anos de idade e 28% de todas as mortes (Ogden, 2004). Este aumento deve-se em grande parte ao facto dos indivíduos aderirem ao que se descreve como uma “vida melhor”. As pessoas tornam-se obesas e sedentárias, o avanço técnico-científico submete-as ao stress e à urgência continuada. Deste modo, as lesões coronárias representam o maior problema de Saúde Pública dos países industrializados. Por outro lado, revestem-se de uma importância particular pela perda que representam em anos de vida activa para o indivíduo, família, colectividade e economia.

A Doença Cardíaca Coronária é uma doença crónica, resultado da constrição ou oclusão das artérias coronárias que irrigam o coração e lhe fornecem o oxigénio. Se a ausência de oxigénio é grave ou prolongada, uma porção do tecido muscular do coração – miocárdio – pode ser destruído ocorrendo então um **enfarte do miocárdio**, ou um ataque do coração (Serafino, 1990, citado por Ribeiro, 2005).

Trata-se de uma doença com etiologia multifactorial (factores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais), sendo o stress psicológico, os comportamentos tipo A e D, raiva e hostilidade algumas das variáveis psicossociais que têm sido associadas ao desenvolvimento da patologia em causa (Sher, 2005).

Investigações revelam que a Depressão é comum entre pacientes em recuperação de um enfarte do miocárdio (Frasure-Smith et al., 2000, 2005). Aproximadamente um em cada 6 pacientes que tenham sofrido um enfarte sofrem uma depressão major e pelo menos o dobro sofre de sintomatologia depressiva logo após o ocorrido. A depressão pós EAM é um factor de risco a ter em conta, visto ser um dos factores responsáveis pelo aumento da taxa de mortalidade (Ziegelstein, 2001). Embora esta relação não seja totalmente compreendida, sabe-se pelo menos que a depressão está associada com a falta de aderência aos medicamentos e com comportamentos de risco, visto os doentes que sofrem de depressão seguirem menos as recomendações médicas de forma a prevenirem os riscos cardíacos de reincidência durante o período de recuperação pós EAM. Neste sentido, os estudos sugerem que a depressão tem sido associada ao aumento do risco das doenças cardiovasculares e mortalidade após um enfarte do miocárdio. Este aspecto é tanto mais importante,

quanto o impacto negativo da experiência de um evento cardíaco, a nível do funcionamento psicológico, que poderá aumentar a sua vulnerabilidade à doença cardíaca, colocando-o em risco acrescido de sofrer um novo episódio (Squires et al., 1990, citados por Allan & Sheidt, 1996).

O conceito de Auto-Estima tem sido amplamente estudado, no âmbito da Psicologia. Para uma melhor compreensão do conceito da auto-estima importa referir um dos conceitos a ele sobreposto: o conceito de *Self*. Para Rogers, o *self* é composto por percepções características do eu e pelas percepções do relacionamento do eu com os outros, mais os valores associados às percepções (Rogers, 1954). Assim, para o autor, a discrepância entre o *Self Real* (padrão conceptual, organizado, fluído mas consistente das características do eu que estão disponíveis à consciência) e o *Self Ideal* (padrão “matizado” pelos estados emocionais que o indivíduo conscientemente detém como desejáveis, ou indesejáveis para si) será um indicador de Auto-estima ou Auto-valor.

Numa aproximação cognitiva baseada na teoria dos modelos mentais de Johnson-Laird, 1988 (citado por Costa & Maltez, 2002), a depressão pode ocorrer quando um papel social ou um objectivo é excessivamente valorizado e quando, uma pessoa vulnerável à depressão, seja dele muito dependente para manter a auto-estima, (por ex., o trabalho ou o desporto), sendo relativamente desvalorizadas outras áreas da vida da pessoa. Assim, uma ameaça a esse papel social ou à possibilidade de aquisição desse objectivo deixa a pessoa sem possibilidade de reparar a sua auto-estima e à mercê de aspectos não valorizados da sua personalidade, logo próximo de se deprimir (Champion & Power, 1995, citados por Costa & Maltez, 2002). Neste sentido, uma perspectiva cognitiva influente foi o modelo atributivo da depressão, segundo o qual a baixa auto-estima e a vulnerabilidade à depressão se caracterizaria pela tendência a atribuir as situações desfavoráveis ou incontrolláveis a causas internas, tal como de um modo recíproco, a atribuição interna de resultados positivos reforça a auto-estima (Weiner, 1979, citado por Costa & Maltez, 2002).

Em síntese, a literatura de um modo geral refere que é universalmente aceite a importância da relação entre factores psicológicos e doença coronária. As características individuais parecem condicionar a atribuição de significados aos acontecimentos de vida, o modo como os sintomas são percebidos

pelo indivíduo, e as estratégias que este mobiliza para reagir ao adoecer corporal, favorecendo ou não o ajustamento e o bem-estar.

## Metodologia

O método de amostragem utilizado foi de conveniência, tratou-se de um estudo exploratório, transversal com um carácter comparativo. Para permitir a elucidação da problemática em causa, a recolha de informação foi feita com recurso a 3 questionários: o Questionário Sócio-demográfico, elaborado para este estudo; a Escala da Estima de Si S.E.R.T.H.U.A.L. - Self Esteem, Rogers, Tap, Hipólito, Universidade Autónoma de Lisboa e o Inventário da Depressão de Beck – BDI II.

Hipótese 1 – Os resultados referentes à intensidade da sintomatologia depressiva dos doentes em consulta externa são maiores que os resultados dos doentes em internamento.

Hipótese 2 – A correlação da sintomatologia depressiva e das dimensões da auto-estima entre os resultados da consulta externa e do internamento é significativa.

## Amostra

Este estudo contou com uma amostra de 31 pacientes cardíacos da região de Lisboa, utentes do Serviço de Cardiologia de duas instituições hospitalares. Os critérios de inclusão foram os seguintes: a) ter idade compreendida entre os 30 e os 70 anos; b) indivíduos com o diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio inaugural, sofrido nos últimos 6 meses (em regime de Internamento, 1 mês após o EAM e em regime de Consulta Externa, 2-6 meses após o EAM); c) não apresentar anterior ao EAM: historial depressivo; d) ter pelo menos o 4º ano de escolaridade como habilitação literária; e) disponibilidade e consentimento para participar no estudo.

Fizeram parte do grupo 17 sujeitos em regime de Internamento e 14 em regime de Consulta Externa, com idades compreendidas entre 30-65 anos M=47, dos quais 71% são do sexo masculino, 48,4% casados, 12,9% solteiros, 3,2% vivem em união de facto e 29% viúvos. Quanto à escolaridade 32,3% possui o 9º ano. No que refere a situação profissional a maioria é segurança

16,1% e administrativa 12,9%. A totalidade dos participantes é da região de Lisboa.

A amostra foi recolhida nos Hospitais Santa Cruz e Santa Marta no Internamento e Consulta Externa de Cardiologia entre os dias 10 e 30 de Novembro de 2006.

## Instrumentos

O Questionário Sócio-demográfico, permite obter dados relativos à idade, sexo, localidade, estado civil, escolaridade, profissão, aspectos relevantes ao historial do EAM, razões de atribuição ao EAM, bem como doenças crónicas associadas ao mesmo. Este questionário permitiu explorar as variáveis referentes aos participantes, que pudessem ser importantes para este estudo.

A Escala da Estima de Si permite realizar uma análise do nível de Estima de Si dos indivíduos, através da obtenção de três Níveis Gerais de Estima de Si: Índice de Estima de Si Geral Positivo, um Índice de Estima de Si Negativo e um Índice Geral de Estima de Si, o qual resulta da diferença entre o Índice Positivo e o Índice Negativo (Nunes, Tap & Hipólito, 2006).

O Inventário de Beck sobre a Depressão - BDI II é uma das medidas de depressão mais usadas (Beck & col., 1996, citados por Bennet, 2002). Compreende 21 itens, cada um dos quais com um sistema de pontuação de quatro pontos relativos à gravidade. Embora Beck argumente que o instrumento deve apenas ser usado como medida do grau de gravidade de depressão após o seu diagnóstico, a escala tem pontuações normativas que tanto indica estados normais como sintomatologia depressiva: 0-13 mínima; 14-19 ligeira; 20-28 moderada; 29-63 severa. A escala é geralmente considerada como tendo alta validade. Mostra um bom grau de comparação com diagnósticos baseados em entrevistas psiquiátricas, com 97% de acordo no âmbito de uma categoria de gravidade (Beck & col., 1996, citados por Bennet, 2002) e tem bom método por metades (*split-half*) e garantia teste/reteste. Beck sugere que o BDI II representa uma síndrome de depressão subjacente que compreende factores altamente inter-relacionados, atitudes negativas para o *self*, dificuldades de desempenho e perturbação somática.

## Procedimento

Com o objectivo de estudar o problema em causa e com o intuito de conseguir a autorização, contactou-se a direcção de três Instituições Hospitalares. De modo que, foi elaborada uma carta dirigida ao Conselho Administrativo, na qual foi fundamentado o estudo em questão, quais os objectivos, número de participantes, método, bem como os instrumentos de recolha de dados que seriam utilizados, espaço em que decorreria o preenchimento dos questionário e o seu tempo de duração.

Após as autorizações, de duas das três instituições que contactei, dirigi-me para os hospitais a fim de conhecer a amostra e explicar qual o objectivo do estudo e a importância da sua participação na concretização do mesmo. É preciso referir que toda a informação recolhida foi apenas utilizada para o estudo em questão, garantindo o anonimato e confidencialidade.

Seguido todo este processo necessário procedeu-se então à recolha da amostra. Todos os indivíduos que participaram no estudo foram previamente informados sobre os objectivos da pesquisa e da aplicação dos instrumentos bem como a confidencialidade e destino dos dados.

Foi procurada e por vezes encontrada uma situação de privacidade para a aplicação dos questionários, onde o paciente respondeu ao questionário sozinho (sem familiares, amigos, etc.). Os questionários foram respondidos e devolvidos à aluna enquanto o paciente aguardava pela Consulta ou encontrava-se em Internamento de Cardiologia.

Por fim, depois de todos os dados terem sido recolhidos, efectuou-se o tratamento estatístico dos dados obtidos. Criou-se uma base de dados para possibilitar o tratamento estatístico. Deste modo, com o objectivo de organizar, apresentar e interpretar os dados recolhidos, efectuou-se uma análise estatística, recorrendo ao programa informático «Statistical Package for Social Sciences – SPSS – Windows» (versão 14.0).

## Resultados

Devido ao reduzido tamanho da amostra, optou-se por utilizar testes não paramétricos para comparar as diferenças entre médias, assumindo que a

população do estudo não obedece à normalidade, adoptou-se por um intervalo de confiança de 95%.

Utilizaram-se para tal o teste de Mann-Whitney para comparar diferenças de medias entre 2 amostras independentes e a correlação de Spearman para relacionar diferentes variáveis entre si, de modo a verificar se elas são interdependentes ou se influenciam entre si. Utilizamos também o teste Qui-quadrado para relacionar variáveis nominais (idade, habilitações literárias e estado civil).

As variáveis sociodemograficas, apresentam uma real importância e influência nas Atitudes. Assim sendo, é de todo relevante averiguar se existem diferenças entre as variáveis sociodemograficas e as atitudes.

Para testar a primeira e segunda hipótese deste estudo, utilizou-se o teste Mann-Whitney, mas apenas aqui se referem as diferenças significativas encontradas.

### Quadro 1

*Resultados das médias obtidas nos grupos de Consulta Externa e Internamento para a sintomatologia depressiva e dimensões de auto-estima.*

#### Ranks

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sintomatologia Depressiva	Consulta Externa	14	20,93	293,00
	Internamento	17	11,94	203,00
	Total	31		
Dimensões Positivas	Consulta Externa	13	11,50	149,50
	Internamento	17	18,56	315,50
	Total	30		
Dimensões Negativas	Consulta Externa	14	18,39	257,50
	Internamento	15	11,83	177,50
	Total	29		
Nível Geral de Estima de Si	Consulta Externa	13	13,08	170,00
	Internamento	15	15,73	236,00
	Total	28		

## Quadro 2

*Resultados comparativos entre os itens anteriores*

### Test Statistics<sup>b</sup>

	Sintomatologia Depressiva	Dimensões Positivas	Dimensões Negativas	Nível Geral de Estima de Si
Mann-Whitney U	50,000	58,500	57,500	79,000
Wilcoxon W	203,000	149,500	177,500	170,000
Z	-2,981	-2,806	-2,405	-1,284
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003	,005	,016	,199
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,005 <sup>a</sup>	,028 <sup>a</sup>	,037 <sup>a</sup>	,413 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Grupo

Verificou-se a existência de diferenças significativas entre os grupos na Depressão, sendo o grupo de consulta externa com maiores resultados apresentando um valor de Mann-Whitney de  $U=50,000$  e um nível de significância de  $p=0,005$  inferior a  $0,05$ ; na Escala de Estima de Si em ambas as dimensões Positiva e Negativa, sendo o Grupo de internamento com maiores resultados na dimensão positiva apresentando um valor de Mann-Whitney de  $u=58,500$  e um  $p=0,028$  inferior a  $0,05$ . No caso da dimensão negativa o grupo da consulta externa obteve maiores índices apresentando um valor de Mann-Whitney de  $57,500$  e um  $p=0,037$  inferior a  $0,05$ .

Ou seja, os doentes em consulta externa estão mais deprimidos e têm uma menor auto-estima comparativamente aos doentes em internamento, estas diferenças são estatisticamente significativas, confirmando-se as hipóteses 1 e 2. O mesmo se verifica ao analisar cada uma das sub-escalas.

### Quadro 3

*Médias das sub-escalas na Dimensão positiva da Escala de Estima de Si*

#### Ranks

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Auto-Satisfação Geral	Consulta Externa	13	9,73	126,50
	Internamento	17	19,91	338,50
	Total	30		
Expansão Socio-Normativa	Consulta Externa	14	10,39	145,50
	Internamento	17	20,62	350,50
	Total	31		
Maturidade Socio-Pessoal	Consulta Externa	14	12,93	181,00
	Internamento	17	18,53	315,00
	Total	31		
Valorização psíquica e intelectual	Consulta Externa	14	13,25	185,50
	Internamento	17	18,26	310,50
	Total	31		
Valorização social, académica e profissional	Consulta Externa	14	11,82	165,50
	Internamento	17	19,44	330,50
	Total	31		

### Quadro 4

*Comparação das médias nas dimensões positivas da Escala de Estima de Si, nos grupos Consulta Externa e Internamento.*

#### Test Statistics<sup>b</sup>

	Auto-Satisfação Geral	Expansão Socio-Normativa	Maturidade Socio-Pessoal	Valorização psíquica e intelectual	Valorização social, académica e profissional
Mann-Whitney U	35,500	40,500	76,000	80,500	60,500
Wilcoxon W	126,500	145,500	181,000	185,500	165,500
Z	-3,324	-3,305	-1,944	-1,886	-2,589
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,001	,052	,059	,010
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001 <sup>a</sup>	,001 <sup>a</sup>	,092 <sup>a</sup>	,128 <sup>a</sup>	,019 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Grupo

Utilizamos a correlação de Spearman para verificar se existia uma relação significativa entre os resultados do Inventário de Beck sobre a Depressão II e a Escala da Estima de Si – S.E.R.T.H.U.A.L., para cada um dos grupos.

No grupo da Consulta Externa encontramos uma relação entre a Depressão e a sub escala Expansão Sócio-Normativa com um valor de Spearman de  $r = -0,691$  e um nível de significância de  $p = 0,006$  inferior a 0,05, ou seja quanto maior a depressão menor a expansão Sócio-Normativa, menor é a auto-afirmação e baixo é o nível de interacção nos relacionamentos interpessoais.

Entre a depressão e a Valorização Psíquica  $r = -0,718$  e  $p = 0,004$  inferior a 0,05 ou seja, quanto maior a depressão menor a Valorização Psíquica, o sujeito não só percebe o seu corpo de forma negativa, como também desvaloriza qualidades como a ambição e inteligência; entre a depressão e a Negação e Depreciação de Si  $r = 0,825$  e  $p = 0,000$  inferior a 0,05 quanto maior a depressão maior a Negação, o sujeito não se respeita a si próprio, sente-se apático. Percebe-se como incapaz de enfrentar os acontecimentos da vida; entre a depressão e a Hostilidade Consigo Mesmo  $r = 0,670$  e  $p = 0,009$  inferior a 0,05 ou seja quanto maior a depressão maior a Hostilidade, há a presença de sentimentos de grande passividade e falta de energia, o sujeito revela um receio constante de falhar e desvaloriza constantemente as suas realizações. Sente-se incapaz de enfrentar situações de crise ou dificuldades; e entre a depressão e o total das dimensões negativas  $r = 0,691$  e um  $p = 0,006$  inferior a 0,05 quanto maior a sintomatologia depressiva menor a auto-estima (dimensão negativa).

No grupo de Internamento, encontramos as seguintes correlações: entre a sintomatologia depressiva e Expansão Sócio-Normativa  $r = -0,532$  e  $p = 0,028$  quanto maior a sintomatologia depressiva menor a Expansão Sócio-Normativa; entre a sintomatologia depressiva e a Maturidade Sócio-Pessoal  $r = -0,510$  e  $p = 0,036$  inferior a 0,05 ou seja, quanto maior a depressão menor a Maturidade Sócio-Pessoal, o sujeito revela pouco sentido de responsabilidade e pouca persistência na persecução dos seus objectivos, demonstrando imaturidade emocional; entre a depressão e as Tensões Relacionais  $r = 0,679$  e  $p = 0,003$  quanto maior a depressão maiores as Tensões Relacionais, o sujeito se percebe como desinteressante pois sente que os outros o evitam, é passivo em situações de grupo, considera-se pouco atraente, pior do que os

outros e acredita que não merece a confiança de ninguém; e entre a depressão e dimensões negativas da auto-estima com  $r = 0,707$  e  $p = 0,003$  inferior a 0,05 ou seja, quanto maior a depressão maior as dimensões negativas, menor a auto-estima. Verificou-se portanto uma forte relação entre os resultados do Inventário de Beck sobre a Depressão II e a Escala de Estima de Si – S.E.R.T.H.U.A.L.

Por fim, comparamos as variáveis sócio-demográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias) com as duas escalas, apenas referem-se as diferenças encontradas significativas.

Quadro 5

*Distribuição da amostra por estado civil e sintomatologia depressiva.*

**Crosstab**

Count		Sintomatologia Depressiva				Total
		Minima	Ligeira	Moderada	Severa	
Estado Civil	Casado	11	2	2	0	15
	Solteiro	1	0	3	0	4
	Divorciado	2	0	0	0	2
	Viúvo	1	0	2	6	9
	União de Facto	1	0	0	0	1
Total		16	2	7	6	31

Quadro 6

*Relação entre o estado civil e a sintomatologia depressiva.*

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig. <sup>c</sup>
Interval by Interval	Pearson's R	,552	,152	3,568	,001 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,554	,155	3,581	,001 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		31			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Encontrou-se uma relação significativa entre o estado civil e a Depressão, com um valor de spearman de  $r=0,554$  e  $p=0,001$  inferior a 0,05; verificando-se que a totalidade dos indivíduos viúvos está severamente deprimida.

### Quadro 7

*Distribuição da amostra por habilitações literárias e sintomatologia depressiva.*

#### Crosstab

Count		Sintomatologia Depressiva				Total
		Minima	Ligeira	Moderada	Severa	
Habilitações	4º	3	2	2	0	7
Literárias	7º	0	0	2	0	2
	9º	1	0	3	6	10
	11º	1	0	0	0	1
	12º	5	0	0	0	5
	Licenciatura	6	0	0	0	6
Total		16	2	7	6	31

### Quadro 8

*Relação entre as habilitações literárias e a sintomatologia depressiva.*

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,765 <sup>a</sup>	15	,001
Likelihood Ratio	39,603	15	,001
N of Valid Cases	31		

a. 23 cells (95,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

Encontrou-se também uma relação entre as habilitações literárias e a depressão, com um valor de Qui-quadrado de 37,765 e um  $p=0,001$  inferior a 0,05; quanto menos habilitações mais depressivos são os inquiridos.

## Conclusão

Os resultados obtidos nesta amostra relativamente à sintomatologia depressiva pelo Inventário de Beck sobre a Depressão II, sugerem que globalmente, os indivíduos do Grupo de Internamento de Cardiologia (até 1 mês após o EAM), revelam resultados maioritariamente entre “mínima” e “ligeira”, mostrando boa adaptação perante o facto de terem acabado de sofrer um enfarte e sobrevivido a este; contrariando os resultados encontrados por Januzzi et al., (2000); segundo estes autores, nos primeiros 2 meses com pacientes em Internamento após o EAM é quando se dá o maior risco do doente sofrer uma Depressão Major e quando os riscos de morbilidade e mortalidade são maiores, independentemente do prognóstico.

Por outro lado, os indivíduos da Consulta Externa de Cardiologia (2-6 meses após EAM) revelam resultados maioritariamente entre “moderada” e “severa”, por estarem há mais tempo em contacto com as limitações da fase pós EAM. Assim, segundo os mesmos autores, a Depressão Major pós EAM pode exercer um efeito devastador na qualidade de vida e na aderência às terapias, podendo quadruplicar assim, o risco de mortalidade.

Quanto aos resultados da aplicação da Escala da Estima de Si, verificou-se que o grupo de Internamento obteve maiores resultados nas dimensões positivas o que significa um maior índice de auto-estima contrastando com o grupo da Consulta Externa que obteve maiores resultados nas dimensões negativas, o que representa um menor índice de auto-estima.

De modo que, ao compararmos a sintomatologia depressiva com as dimensões da auto-estima no grupo de internamento encontramos os seguintes resultados: quanto maior a depressão menor a expansão sócio-normativa e a maturidade sociopessoal; maiores serão as dimensões negativas e consequentemente menor a auto-estima.

Quanto à amostra da consulta externa, quanto maior a sintomatologia depressiva menores as dimensões positivas da expansão sócio-normativa e valorização psíquica; e maiores as dimensões negativas da negação e da hostilidade consigo mesmo, ou seja, quanto maior a depressão menor a auto-estima. Verifica-se a correlação entre Depressão e Dimensões da Auto-estima, e é idêntica tanto no grupo de internamento como no grupo da consulta externa.

De salientar que estes resultados indicam que o grupo da consulta externa encontra-se mais deprimido do que o de internamento. Confirmando-se assim, as hipóteses colocadas.

Todavia, os valores do questionário sócio-demográfico correlacionados com o Inventário de Beck sobre a Depressão II, revelam que a maioria dos pacientes entre os 48-54 anos apresentam os maiores índices de sintomatologia depressiva (moderada/severa). Quanto às habilitações literárias, existe uma tendência na amostra para os sujeitos com menos escolaridade (4º e 9º ano) apresentarem maiores índices depressivos, confirmando a hipótese dos autores Ustun et al., (1995, citados por Costa & Maltez, 2002) em que a depressão aparece mais nas pessoas com menor nível de escolaridade. E por último, quanto ao estado civil, a depressão está claramente mais presente entre os viúvos.

Os resultados revelados pelo questionário sócio-demográfico, ilustram ainda múltiplos factores predisponentes à ocorrência do EAM. De entre eles, foi dado particular realce pelos próprios entrevistados ao consumo de tabaco, aos antecedentes familiares e ao sedentarismo.

Tudo se resume no fundo, em tratar não o enfarte agudo do miocárdio, mas a perturbação do estilo de vida que estaria na sua base. Compreende-se pelo exposto que dietas hipocalóricas, exercício físico e intervenção psicológica e comportamental, poderiam ser o tripé da intervenção terapêutica básica nos casos de doença cardíaca coronária, desde que as pessoas considerassem estes factores importantes, e se encontrassem motivadas para estas intervenções.

Já há algum tempo, um paradoxo fundamental tem existido na área dos factores de risco psicológico e doenças coronárias: enquanto investigadores e teóricos procuram enfatizar estes factores no desenvolvimento e exacerbação das doenças coronárias e enfarte do coração, a maior parte dos clínicos tem considerado geralmente tais características psicológicas como sendo uma consequência da doença coronária. Entretanto, existe forte evidência epidemiológica, de que factores psicológicos, nomeadamente a ansiedade e a depressão, têm efeitos no desenvolvimento da doença coronária e na precipitação do enfarte do miocárdio. Estes factores de risco psicossocial exercem um profundo efeito negativo na qualidade de vida e invariavelmente influenciam os resultados da doença cardíaca coronária; nomeadamente na

recorrente hospitalização, num aumento da incidência de acidentes cardíacos e numa maior mortalidade.

Mais informação é necessária para compreender o impacto das razões psicossociais no aumento da mortalidade e morbilidade em pacientes com doenças coronárias e para melhor delinear estratégias que minorizem estes resultados.

Para que tal suceda faz-se necessário um eficaz delineamento de mais investigações para uma precoce identificação dos pacientes em maior risco devido a factores psicossociais; um melhor método para seleccionar atempadamente os casos com mais necessidade de intervenção, assim como a melhor intervenção a realizar. Para fazer desta uma melhor realidade será necessária a actuação multidisciplinar entre os vários profissionais da saúde.

Este estudo tem naturalmente algumas limitações. Uma primeira prende-se com o facto de ser uma amostra de conveniência, de tamanho reduzido, maioritariamente masculina, e cujos resultados não podem ser generalizados à população de doentes cardíacos em geral. Uma segunda limitação tem a ver com a avaliação da sintomatologia depressiva e das dimensões da auto-estima terem sido realizadas com instrumentos auto-administrados, isto é, as respostas pressupõem, frequentemente, o processamento da informação inerente a cada questão e a atribuição de um valor ou peso associado a essa afirmação. Uma outra limitação prende-se com o facto de só ter sido considerado o momento (1-6 meses). Estas variáveis por si só influenciam a percepção da sintomatologia depressiva e das dimensões da auto-estima.

Daqui, surge uma proposta para futuros estudos de carácter longitudinal, de forma a perceber qual a importância do tempo na alteração da depressão e da auto-estima nestes indivíduos. Outra proposta seria, replicar este estudo noutra população e comparar os resultados.

## Referências Bibliográficas

- Allan, R. & Scheidt, S. (Eds.) (1996). *Heart and Mind: The Practice of Cardiac Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Bennet, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, N. & Maltez, J. (2002). Depressão. In *Manual de Psiquiatria Clínica*. Dias Cordeiro, J.C. (Org.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Frasure-Smith, N. & Lespérance, F. (2005). Reflections on depression as a cardiac risk factor [Versão electrónica]. *Psychosomatic Medicine*, 67 Supplement 1: S19-S25. Acedido a 28 de Março de 2006, em [http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/67/Supplement\\_1/S19](http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/67/Supplement_1/S19).
- Frasure-Smith, N. & Lespérance, F. (2000). Social support, depression and mortality during the first year after myocardial infarction [Versão electrónica]. *Circulation*, 101: 1919-1924. Acedido a 21 de Setembro de 2006, em <http://circ.ahajournals.org/cgi/full/101/16/1919>.
- Gusmão, R.; Xavier, M.; Heitor, M.; Bento A. & Caldas de Almeida, J. (2005). O Peso das Perturbações Depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Port*, 18: 129-146.
- Januzzi, L. J.; Stern, T. A.; Pasternak, R. C. & DeSanctis, R. W. (2000). The Influence of Anxiety and Depression on Outcomes of Patients With Coronary Artery Disease. *Archives of Internal Medicine*, vol. 60.
- McIntyre, T.; Fernandes, A.C. & Araújo-Soares, V. (2000). Intervenção psicológica na reabilitação pós-enfarte do miocárdio. Um esforço interdisciplinar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1),53-60.
- Nunes, O; Tap, P. & Hipólito, J. (2006). *Escala da Estima de Si: S.E.R.T.H.U.A.L.* Manual não publicado, Universidade Autónoma de Lisboa.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia e Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rogers, C. & Diamond, R. (1954). *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sher, L. (2005). Type D Personality: the heart, stress, and cortisol. In *Q J Med* 2005; 98: 323-329. Acedido a 15 de Setembro de 2006, em <http://qjmed.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/98/5/323>.
- Ziegelstein, R. (2001). Depression in Patients Recovering From a Myocardial Infarction. *Journal of American Medical Association*, vol. 286 nº 13.