

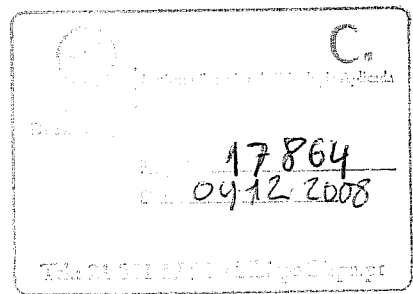
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

DEMORA NA PROCURA DE CUIDADO MÉDICOS EM DOENTES COM
ENFARTE DE MIOCÁRDIO:
PERCEPÇÃO DE SINTOMAS E PERSONALIDADE TIPO - D



Elsa Loução Reia

Lisboa, 2006



Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme a Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação à alínea b) do ponto n.º 2 do artigo 5º do Decreto-lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.

Agradecimentos

No fim de mais uma etapa percorrida haveria muita gente a quem agradecer. Dada a impossibilidade de mencionar toda a gente, limito-me aos que me estiveram mais próximos.

Neste caminho que percorri queria agradecer a quem me matou a fome de afecto, carinho, esperança e força (mãe Fátima, pai Zé, mano Pedro, cunhada Fernanda e à Sofia, pelos momentos que não pude brincar contigo). A quem me matou a sede com cháinzinhos e momentos de descontração (prima Susana V, Gonçalo G. e António B.). Aos que me ajudaram nas curvas mais sinuosas (Fernando Martins, Filipa Martinho). Às pessoas que me orientaram, e me ajudaram a ultrapassar os obstáculos do caminho, nomeadamente G. Yuri, J. Dennolet, J. Weinman, M. J. Figueiras, J. Morais, Carlos A. e S. Antunes. E às instituições que permitiram a recolha da amostra, nomeadamente aos serviços de cardiologia do Hospital de Santo André, Leiria, e Hospital de Santarém e à Sub-Região de Saúde de Portalegre.

E agradeço particularmente e em especial ao Professor Doutor Pais Ribeiro, que me iniciou nesta caminhada através da entrevista e me guiou no fim deste percurso.

Sem a vossa ajuda este estudo não seria possível.

Obrigado!

Resumo

O tempo de demora na procura de cuidados médicos em doentes com enfarte de miocárdio é decisivo para a sobrevivência e prognóstico do doente. Até hoje os estudos realizados em volta das variáveis psicológicas que levam uma menor ou maior demora na procura de cuidados médicos em caso de enfarte de miocárdio é muito reduzido. De alguns desses estudos, verifica-se que a percepção que o sujeito tem dos sintomas e a correspondência destes ao esperado para uma determinada doença é o mais moroso do processo, seguido de uma decisão/acção rápida na procura de ajuda. Levanta-se ainda a questão se a Personalidade Tipo-D, evidenciada por estudos como uma variável psicológica intimamente ligada a eventos coronários e ao enfarte de miocárdio, vai influenciar a percepção de sintomas e o tempo de demora na procura de cuidados médicos. Procura-se então neste estudo verificar se existe uma relação entre estas três variáveis principais.

Através da passagem e da análise de um questionário, composto por uma ficha sócio-demográfica, sub-escala Identidade do IPQ e DS14, a 121 sujeitos que tivessem sofrido de enfarte de miocárdio, não se verificou nenhuma relação significativa entre estas variáveis. Surgiram no entanto algumas questões pertinentes no que respeita à relação entre estas e algumas variáveis sócio-demográficas da amostra, como o facto de serem os sujeitos Separados que menos tempo levam a procurar cuidados médicos, e a correlação inversa verificada entre a percepção de sintomas e os Anos de Frequência Escolar dos sujeitos, bem como a relação entre a menor escolaridade e a existência de Personalidade Tipo-D nos sujeitos.

Palavras-Chave: enfarte de miocárdio; demora na procura de cuidados; percepção de sintomas; personalidade Tipo D

Abstract

The delay for medical care in myocardial infarction is crucial for prognostic and survival of the patient. Very few studies have been made considering the psychological variables that take influence on how fast an individual suffering from a myocardial infarction searches for medical care. Some of those studies show that, in the process of searching for help, patients take actually more time realizing that the symptoms correspond to a certain illness then to decide on searching for medical assistance. There is also the question, given by studies with a psychological variable utterly connected to myocardial infarction and other coronary events, if a D-Type personality will take influence on that realization of the symptoms and the delay in the search for medical assistance. Thus, this study searches any relationship amongst those three main variables.

The analyses of a questionnaire, formed by a social and demographic sheet, subscale of Identity of the IPQ and DS14, given to 121 subjects who have suffered from a myocardial infarction, showed no significant relationship between the variables.

Nonetheless, some questions were raised regarding the relationship between these variables and the social-demographic variables of the sample, such as the fact that "Separated" subjects take less time asking for medical assistance, and the inverse correlation verified in illness perception and the subjects and the Years of Pertaining to School, as well as the relationship between the less years of pertaining to school and the existence of D-Type Personality.

Key-Words: myocardial infarction; delay in the search of cares; illness perception; personality Type D

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
Doença Cardíaca Coronária.....	2
Enfarte do Miocárdio.....	4
<i>Diagnóstico</i>	7
<i>Tratamento</i>	8
Factores de Risco de Enfarte de Miocárdio.....	9
<i>Categoria I</i>	12
<i>Tabagismo</i>	12
<i>Colesterol</i>	12
<i>Dieta rica em gorduras</i>	13
<i>Hipertensão arterial</i>	13
<i>Categoria II</i>	14
<i>Diabetes Mellitus</i>	14
<i>Sedentarismo</i>	14
<i>Obesidade</i>	15
<i>Período Pós-Menopausa</i>	15
<i>Categoria III</i>	16
<i>Categoria IV</i>	16
Factores Psicossociais de Risco de Enfarte de Miocárdio.....	17
<i>Stress</i>	17
<i>Coping</i>	19
<i>Hostilidade</i>	22
<i>Ira</i>	24
<i>Depressão</i>	24
<i>Suporte Social Suporte Social</i>	25
Demora na Procura de Cuidados Médicos em Doentes com Enfarte de Miocárdio.....	26
Percepção de Sintomas.....	28
Personalidade Tipo D.....	31
MÉTODO.....	36
<i>Participantes</i>	36

<i>Instrumentos</i>	37
<i>Ficha sócio-demográfica</i>	37
<i>Sub-escala de Identidade do IPQ</i>	37
<i>Questionário de Personalidade Tipo D-14 (DS14)</i>	38
<i>Procedimento</i>	41
RESULTADOS.....	43
DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	56
ANEXOS.....	61
Anexo A: Pedidos de autorização e respectivas respostas.....	62
Anexo B: Instrumento.....	63
Anexo C: Análise Estatística.....	69

Lista de Quadros

QUADRO 1. Classificação dos Factores de Risco.....	12
QUADRO 2 . Valores da Consistência Interna das Sub-Escalas da DS14	39
QUADRO 3. Comparação da Análise Factorial das Componentes Principais de cada Sub-Escala do Presente Estudo e do Estudo do Autor.....	40
QUADRO 4. Estatísticas Descritivas da Variável Demora na Procura de Cuidados, com e sem os Valores Discrepantes.....	42
QUADRO 5. Teste de Kruskal-Wallis para Demora na Procura de Cuidados e Estado Civil dos Sujeitos.....	43
QUADRO 6. Estatísticas Descritivas da Variável Percepção de Sintomas	44
QUADRO 5. Estatísticas Descritivas da Variável Personalidade Tipo D	48

Lista de Figuras

FIGURA.1. Localização do Coração.....	1
FIGURA. 2. Processo Arteriosclerótico.....	4
FIGURA. 3. Localização do Miocárdio no Coração.....	5
FIGURA. 4. Bloqueio Arterial e Necrose do Miocárdio.....	6
FIGURA. 5. Focos de Dor mais Frequentes no Enfarte de Miocárdio.....	7
FIGURA 6. Gráfico da Média de DPC por Estado Civil.....	43
FIGURA 7. Gráfico da Correlação existente entre PS e Idade.....	45
FIGURA 8. Gráfico do efeito existente entre PS e os Anos de Frequência Escolar.....	47
FIGURA 9. Histogramas da Variável Personalidade Tipo D e dos Anos de Frequência Escolar	49

INTRODUÇÃO

De todos os órgãos que constituem o corpo humano, o coração é um dos mais afectados pelos estilos de vida actual. Uma dieta inadequada, falta de actividade física e stress são alguns dos factores que levam a que a população dos países mais desenvolvidos sofra de patologias coronárias entre elas enfarte de miocárdio. Esta patologia constitui uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos. O tempo de demora na procura de cuidados médicos é uma das principais variáveis para a definição de um bom ou mau prognóstico pós-enfarte. Se a demora na procura de ajuda for demasiado prolongada o enfarte pode culminar na morte do doente.

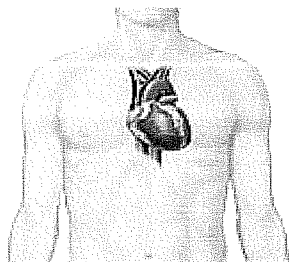


Fig.1. Localização do Coração

Assim o estudo desta variável assume-se como pertinente e imperativo. Inúmeras questões se levantam em redor desta problemática. A tentativa de compreender o que leva a que o sujeito não procure ajuda médica de imediato, pode dever-se a variáveis cognitivas, emocionais, atitudinais e sintomáticas, entre outras.

O coração é um dos principais órgãos do nosso organismo, sendo ele o responsável por levar oxigénio e nutrientes a todas as partes do corpo. Num minuto bate cerca de 70 vezes e lança 5 litros de sangue por todo o corpo, ou seja apenas num dia chega a dar mais de 110 000 batimentos, e a movimentar 9 600 litros de sangue. Divide-se em quatro compartimentos que constituem os sistemas de bombeamento direito e esquerdo. O lado direito superior do coração distribui o sangue venoso, ou seja o desoxigenado para os pulmões (através da artéria pulmonar) e o lado direito inferior, recebe o sangue vindo dos restantes membros do corpo. O lado esquerdo superior, recebe o sangue oxigenado da circulação pulmonar (via veias pulmonares), e o lado inferior esquerdo distribui o sangue oxigenado para o restante corpo, através da aorta (Sneltze & Boe, 2000). Existem assim dois movimentos distintos: a **sístole**, que é o período de contracção ventricular e resulta na ejeção do sangue, ou seja a contracção do musculo e se encarrega de impulsionar o sangue para todo o corpo. E a **diástole**, que é o período de relaxamento ventricular (Viegas, 2002). Como anteriormente referido o

coração é afectado por diversas condições físicas, entre elas o seu funcionamento é condicionado pela existência de doença coronária.

Doença Cardíaca Coronária

A doença coronária é uma das patologias mais estudadas, sendo esta considerada como a principal causa de morte e incapacidade dos países civilizados. Na sua origem encontram-se não só factores internos, como a predisposição genética e também factores externos ligados aos estilos de vida actual. O nível elevado de stress, associado a comportamentos de risco para a saúde, como o tabagismo, a obesidade e o sedentarismo, influenciam de forma decisiva o desenvolvimento da doença coronária, podendo esta culminar no enfarte agudo do miocárdio (Viegas, 2002).

Em Portugal a doença cardíaca coronária é a segunda principal causa de morte (Despacho nº16415/2003).

A doença cardíaca coronária remete para a doença advinda da constrição ou oclusão das artérias que são responsáveis pela irrigação e oxigenação do coração. (Ribeiro, 2005). Esta terminologia designa, assim, diversas doenças específicas com um padrão patogénico semelhante (André, 2005).

Este padrão passa por um processo moroso e complexo composto por várias etapas. Para um correcto funcionamento, o coração necessita de um fluxo abundante de sangue, proveniente da complexa rede de artérias coronárias. A sua obstrução resulta numa patologia denominada de arteriosclerose (endurecimento e calcificação das artérias).

O processo da arteriosclerose foi descrito por vários autores que desenvolveram três principais teorias: a inflamatória, de Virchow; a trombótica, de Rokitansky & Duguid, que defende que a placa de ateroma (deposito lipídico grumoso, formado na parede interna das artérias) cresce por agregação de trombos na sua parede; e a lipídica,

de Anitchkow, que sustenta a origem da arteriosclerose na alimentação rica em colesterol (Trigo, Rocha & Coelho 2000).

Mais recentemente emergiu uma perspectiva integradora, que levanta a hipótese de que a arteriosclerose surge através de um lesão do endotélio (tecido que reveste o interior do coração e dos vasos sanguíneos e linfáticos). Esta lesão provoca alterações estruturais e/ ou funcionais ao nível do tecido celular. Neste sentido, pode-se concluir que a doença resulta da resposta crónica ao processo inflamatório. Numa fase inicial passa por uma acção protectora do sistema imunológico, que mediante uma reacção excessiva se transforma no próprio processo patológico (Trigo et al, 2000). Perante este processo as paredes internas dos vasos lesionados, vão gradualmente perdendo elasticidade. Desta forma existe uma calcificação das artérias, tornando-as não só inflexíveis, como progressivamente mais estreitas à medida que o processo inflamatório se desenrola. A redução do fluxo sanguíneo traduz-se na privação de oxigénio nas células vitais do órgão coronário – isquémia (Frangogiannis e tal, 2001).

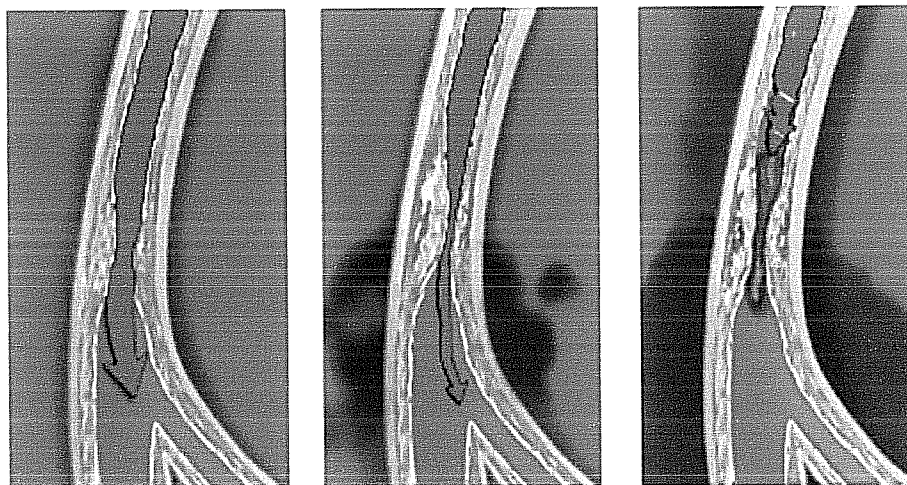


Fig. 2. Processo Arteriosclerótico

Este mesmo processo pode originar as três patologias, entre elas a angina de peito, o enfarte agudo do miocárdio e a morte súbita cardíaca. Sendo que a angina de peito se traduz numa sensação de aperto no peito que tem origem numa insuficiência de oxigénio no miocárdio, sendo esta passageira. Durante mais de um século esta foi a única manifestação clínica conhecida de doença coronária.

O caso da morte súbita cardíaca está mais associada à fibrilhação ventricular do que ao processo de arteriosclerose oclusiva. É uma morte de causa natural que surge inesperadamente e que tem como particularidade a perda da consciência devido a uma falha repentina do fluxo sanguíneo no cérebro. Pode ser surgir em pacientes com ou sem diagnóstico de doença coronária (Faber & Rubin, 2004).

Enfarte do Miocárdio

O miocárdio é a camada média do coração, composto por fibras musculares e é responsável pela acção de bombeamento do coração (Sneltze & Boe, 2000).

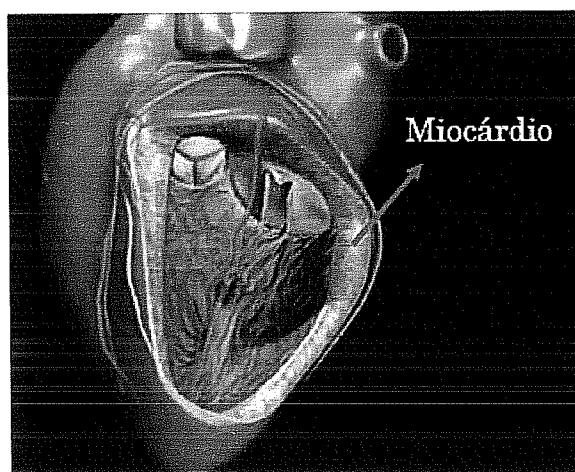


Fig. 3. Localização do Miocárdio no Coração

O enfarte do miocárdio é causado por um súbito bloqueio de um dos ramos das artérias coronárias. Pode ser de tal forma grave e extenso que interfira nas funções cardíacas, levando à morte imediata. Ou, pode levar a necrose (morte) de uma parte do miocárdio, com uma cura subsequente por meio de formação de cicatriz.

A oclusão coronária pode ter origem na formação de um coágulo sanguíneo (trombo), súbita progressão do processo de arteriosclerose, ou prolongada obstrução das artérias e ainda pelo rompimento das placas de ateroma, que origina a adesão de plaquetas, formando um coágulo sanguíneo que obstrui a artéria. O enfarte agudo do

miocárdio pode então ser definido como a necrose da região do músculo cardíaco provocado pela interrupção do fluxo sanguíneo (Manuila, 2001).

O enfarte não é imediatamente total e completo, sendo que há uma evolução da lesão isquémica durante várias horas, até uma completa necrose e enfarte. **Uma isquémia que dure mais de 35 a 45 minutos leva a lesões irreversíveis e necrose do músculo cardíaco**, a área afectada cessa completamente e permanentemente a sua função contráctil. Essa área encontra-se rodeada de uma zona igualmente isquémica mas potencialmente viável. A exposição a uma isquémia prolongada pode levar à necrose da área marginal da zona isquémica, ou pode ser capaz de desenvolver e manter uma circulação colateral. É este factor que determina a dimensão final do enfarte (Phipps, Long, Woods & Cassmeyes, 1999).

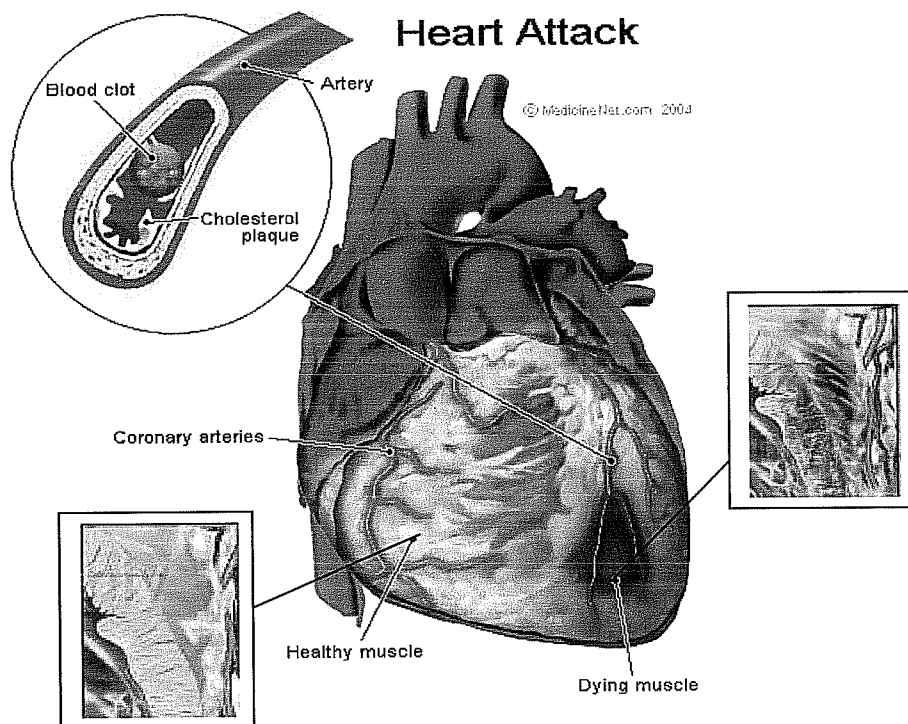


Fig. 4. Bloqueio Arterial e Necrose do Miocárdio

Segundo a Organização Mundial de Saúde seria diagnosticado um enfarte do miocárdio quando presentes pelo menos dois, de três elementos: sintomas típicos,

nomeadamente o desconforto torácico; alterações no electrocardiograma e elevação e queda nos marcadores cardíacos séricos durante, pelo menos um dia.

Com a evolução tecnológica e científica, foi possível detectar outros biomarcadores cardíacos que permitiram a detecção de enfartes que não obedeciam aos critérios anteriormente referidos. Desta forma afigurava-se necessária uma definição mais rigorosa do enfarte do miocárdio, o que vem a acontecer no ano 2000 em que a European Society of Cardiology em conjunto com o American College of Cardiology, redefiniram o conceito de **enfarte de miocárdio**. Este passa a englobar **todas as necroses provocadas por isquémia, seja qual for o tamanho da área danificada do miocárdio**. Assim, alguns doentes anteriormente diagnosticados com angina instável, poderiam hoje ser diagnosticados com um pequeno enfarte do miocárdio (Soares-Costa, 2005).

Por ano cerca de três milhões de pessoas sofrem de enfarte agudo de miocárdio, das quais apenas metade são diagnosticados ou tratados. Sendo que 30 a 40 % das mortes ocorrem antes da chegada do doente ao hospital. A taxa de sobrevivência dos doentes que chegam ao hospital, ronda os 80 %. As mortes por enfarte no hospital ocorrem em média nos primeiros 3 a 4 dias.

As manifestações clínicas do enfarte de miocárdio na sua fase aguda são variadas, sendo a mais comum das queixas uma dor súbita e forte no peito, podendo esta irradiar para pescoço, maxilar, ombro e braço esquerdos. O ardor, picadas e sensação de pressão no peito é igualmente uma queixa frequente.

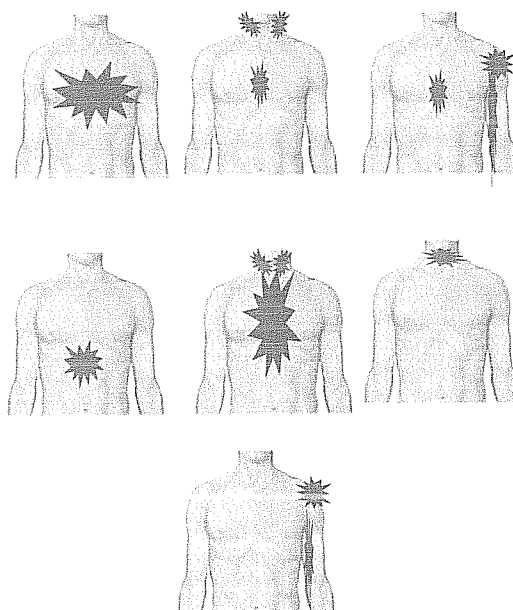


Fig. 5. Focos de Dor mais Frequentes no Enfarte de Miocárdio

Outras vezes os sintomas podem assemelhar-se a uma indigestão, havendo dores abdominais, náuseas e vômitos. O doente pode ainda ter dificuldades respiratórias (dispneia), suores frios, tonturas e sentir-se fatigado. Embora a dor seja a queixa inicial mais comum, não significa que esteja necessariamente presente. Cerca de 15 a 20% dos enfartes de miocárdio podem ser indolores. Estes casos são mais frequentes em pessoas idosas, em que o sintoma principal será a dispneia (Phipps et al., 1999).

Outros sintomas menos frequentes incluem confusão mental, descida inexplicável da pressão sanguínea ou súbita perda de consciência (Phipps et al., 1999).

Diagnóstico

Após o início dos sintomas, a intervenção precoce dos cuidados de saúde é crucial na determinação do diagnóstico e do tratamento do enfarte do miocárdio. O diagnóstico é realizado através da avaliação da história médica do doente e através de exames complementares de diagnóstico, entre eles o electrocardiograma e os exames analíticos. Após a confirmação do diagnóstico existem dois aspectos clínicos a considerar com urgência: a extensão do músculo do miocárdio afectado (directamente relacionado com a gravidade da oclusão arterial e com o tempo de demora na procura de cuidados médicos) e a disfunção ventricular esquerda (índice importante de prognóstico). Para a

aferição destes dados realizam-se novos exames de diagnóstico, passando o doente a ser monitorizado continuamente a nível do funcionamento cardíaco.

Para além dos aspectos clínicos, no diagnóstico, os profissionais de saúde vão ainda considerar alguns factores de risco que podem influenciar o aparecimento e/ ou desenvolvimento da doença. Entre eles encontramos factores como a obesidade, níveis de colesterol elevados, hipertensão, história familiar de doença coronária, etc (Gouveia, 2004).

A localização da artéria obstruída, o grau de circulação colateral, bem como as exigências de oxigénio do tecido danificado, vão determinar a extensão e gravidade do enfarte. As primeiras 6 horas após o aparecimento dos sintomas são determinantes, sendo esse espaço de tempo fundamental para a reperfusão da área do enfarte, através de meios medicamentosos ou mecânicos, evitando-se assim a lesão irreversível das células (Braunwald, 2005).

Tratamento

As estratégias de intervenção no enfarte de miocárdio requerem urgência, pois a extensão do tecido correlaciona-se de forma positiva com o tempo de isquémia, ou seja quanto mais tempo o tecido se encontra sem recepção de oxigénio, maior é a extensão do tecido lesionado. A eficácia do tratamento a aplicar, encontra-se igualmente associada ao tempo de demora na procura de cuidados por parte do doente (Gouveia, 2004).

As intervenções médicas visam promover a oxigenação dos tecidos, promover a circulação coronária alívio da dor, prevenir ulteriores lesões dos tecidos, e prevenir complicações (Phipps et al., 1999).

O tratamento utilizado a nível farmacológico consiste, normalmente, na administração dos agentes trombolíticos para dissolver os coágulos que obstruem as artérias coronárias. A validade desta terapia prende-se com a possibilidade desta ser administrada dentro de um período crucial: entre a oclusão da artéria coronária e a necrose do tecido do miocárdio. Este período acontece entre 3 e a 4 hora após a ocorrência do enfarte inicial (Phipps et al., 1999).

Os vasodilatadores, os nitratos, betabloqueantes e inibidores da enzima de conversão da angiotensina administram-se no sentido de melhorar a função ventricular e promover a recuperação do tecido cardíaco, visando a redução dos mecanismos de coagulação e estabilização das plaquetas sanguíneas são administrados anticuagulantes: a aspirina, varfine e a heparina.

Após um primeiro tratamento o doente realiza outros exames complementares de diagnóstico, podendo ser necessário um tratamento cirúrgico, como a angioplastia coronária transluminal percutânea (*Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty*) ou bypass da artéria coronária (*Coronary Artery Bypass Surgery*) (Gouveia, 2004).

O tipo de tratamento destes doentes depende da gravidade do enfarte. Em muitos casos a doença pode ser controlada com fármacos, noutros o procedimento cirúrgico pode ser necessário. Em qualquer dos casos, após o enfarte do miocárdio o doente necessita de ser controlado e de acompanhamento médico durante todo o seu percurso de vida. As alterações do estilo de vida, como mudanças de hábitos alimentares, realização de actividade física, entre outras coisas, são fundamentais para controlar o desenvolvimento da doença (Gouveia, 2004).

Factores de Risco de Enfarte de Miocárdio

Cada vez mais se considera que as doenças não têm apenas uma, mas diversas causas. A aceitação científica de etiologia biopsicossocial das doenças, criou a necessidade do conceito de factores de risco, que não implicam uma relação causa efeito, são antes uma probabilidade de ocorrência de determinado evento. De acordo com Kannel e Schatzkin o factor de risco é a “ característica de uma pessoa (demográfica, anatómica, psicológica, fisiológica) que aumenta a probabilidade (risco) de que essa pessoa desenvolva alguma manifestação da doença em consideração” (*in* Ribeiro, 2005).

No caso das doenças cardiovasculares, como em muitas outras, a prevenção debruça-se sobre os seus factores de risco, ou seja, sobre determinadas características

dos indivíduos que o predispõem ao desenvolvimento da patologia coronária. Estes factores podem estar associados ao estilo de vida (factores alteráveis) ou com determinadas características modificáveis, como por exemplo, história familiar, sexo e idade (Braunwald, 2005).

Após a realização de diversos estudos foi consensual, na 27^a Conferência do “American College of Cardiology”, a classificação dos factores de risco coronários em quatro categorias, sendo estas ordenadas por ordem decrescente de acordo com a possibilidade da sua modificação. As categorias propostas podem ser observadas no quadro seguinte.

Quadro 1: da Classificação dos Factores de Risco

Categoria I	Categoria II	Categoria III	Categoria IV
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tabagismo ▪ Colesterol LDL ▪ Dieta rica em gorduras ▪ Hipertensão arterial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes <i>Mellitus</i> ▪ Sedentarismo ▪ Obesidade ▪ Período pós-menopausa (mulheres) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores Psicossociais ▪ Lipoproteínas ▪ Hemocisteína 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade ▪ Sexo masculino ▪ História familiar de doença coronária
<p>Factores de risco com evidências inequívocas que a sua modificação reduz efectivamente os riscos da doença coronária.</p>	<p>Factores de risco sobre os quais a intervenção, provavelmente, conduz à redução da incidência da doença coronária.</p>	<p>Factores de risco claramente associados à doença coronária dos quais existe apenas a possibilidade de que a sua modificação possa diminuir a incidência dos eventos coronários.</p>	<p>Factores de risco associados à doença coronária que não podem ser modificados, ou se o forem não implicam alterações significativas na incidência da doença coronária.</p>

Cada um destes elementos tem características próprias merecedoras de alguma atenção, sendo por isso referenciadas agora de forma mais cuidada.

Categoria I

Tabagismo.

O tabagismo constitui um factor de risco modificável. O risco de doença coronária é directamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia.

Na União Europeia 50 % das causas de morte evitáveis estão associadas ao consumo de tabaco, metade das quais relacionadas com a arteriosclerose. O tabagismo, mesmo ligeiro, aumenta em 40% o risco de enfarte, sendo que os fumadores podem antecipar em 10 anos este evento coronário. No caso particular das mulheres fumadoras, que recorrem ao uso de anticonceptivos orais, o risco de enfarte do miocárdio aumenta 6 a 8 vezes (Portal da Saúde, 2006).

O consumo de tabaco produz vasoconstricção levando à diminuição do fluxo coronário; à alteração da função das células que revestem o interior do coração (células endoteliais); favorece a agregação plaquetária (processo inflamatório); produz instabilidade eléctrica das membranas celulares cardíacas; e prejudica o transporte e a utilização do oxigénio, por aumentar a necessidade de oxigénio do miocárdio (André, 2005)

Entre os 30 e os 50 anos o risco coronário do fumador é 2 a 4 vezes mais elevado do que na população normal. No entanto ao deixar de fumar, esta situação é reversível, reduzindo o risco do primeiro evento coronário em 65%.

Colesterol.

Em Portugal a hipercolesterolemia é responsável por mais de um terço das doenças cardiovasculares.

De acordo com a Fundação Portuguesa de Cardiologia 68,5% da população apresenta um risco moderado de doença coronária com o colesterol igual ou superior a 190 mg/dl. A percentagem de indivíduos com um risco elevado, ou seja com um colesterol total, igual ou superior a 240 mg/dl, é de 23,4% (Plano Nacional de Saúde, 2004).

O colesterol, como anteriormente referido, é parte integrante do processo de arteriosclerose, estando a hipercolesterolemia intimamente ligada à arteriosclerose grave. Embora existam outros factores associados ao aparecimento desta patologia, sem

colesterol a arteriosclerose não se desenvolve (www.huc.min-saude.pt/consulta-lipidologia/RIGHT.htm).

Uma redução do colesterol leva a uma diminuição do risco desenvolvimento de arteriosclerose, bem como do enfarte de miocárdio.

Dieta rica em gorduras.

O consumo de calorias em Portugal, *per capita*, ultrapassa as 3500, havendo um excesso de consumo de nutrientes, com predomínio de gorduras, proteínas e álcool (Carvalho, 2004). Uma dieta deste género, propicia o aumento do colesterol.

A alimentação constitui um factor determinante na saúde, sendo que muitas das doenças e mortes prematuras dos países desenvolvidos se encontram directamente ligadas com a prática alimentar, não sendo a doença coronária uma excepção. Está cientificamente provado que uma dieta constituída por leguminosas secas, cereais, azeite, peixe, fruta, vegetais, vinho e pouca carne, representa um factor de protecção importante (André, 2005).

Hipertensão arterial.

Esta patologia é a doença cardiovascular com maior incidência a nível mundial. Existe um aumento de 27% de risco de doença coronária, mediante a elevação de 7 mmHg na tensão arterial.

Mais de um quarto da população adulta em Portugal, 25 a 30%, sofre de hipertensão arterial. Só cerca de metade sabe ser portador desta patologia, só um quarto está medicada e apenas um sexto se encontra controlada (Fundação Portuguesa de Cardiologia).

Uma pessoa é considerada hipertensa mediante uma pressão arterial sistólica (“máxima”) igual ou superior a 140 mmHg (milímetros de mercúrio) e/ou pressão arterial diastólica (“mínima”) igual ou superior a 90 mmHg (Portal da Saúde, 2006).

O perigo da hipertensão prende-se com um fornecimento insuficiente de sangue no coração, tendo como consequência a diminuição gradual da função deste órgão. Que se pode traduzir num evento coronário rápido, mediante a obstrução de um vaso, por

coágulo ou por estreitamento, interrompendo-se assim, de forma total, o fornecimento de sangue ao coração.

Esta patologia obriga a um maior esforço do coração para bombear o sangue, culminando na sua hipertrofia com posterior dilatação. Desta forma, o fluxo de sangue ao músculo cardíaco pode tornar-se insuficiente, aparecendo assim a angina de peito (André, 2005)

Pode reduzir-se em cerca de 15 % o risco de acontecimentos de doença coronária, com a redução, em pessoas hipertensas, de 5 a 6 mmHg da pressão arterial diastólica, o que pode ser conseguido através de redução de peso e exercício físico (André, 2005).

Categoria II

Diabetes Mellitus.

Existem cerca de 194 milhões de adultos diabéticos diagnosticados a nível mundial, sendo que em Portugal este diagnóstico atinge cerca de 5 a 8% da população. A presença de diabetes aumenta para o dobro o risco de doença coronária nos homens e quatro a cinco vezes nas mulheres (Matos, 2004).

A diabetes surge como factor de risco devido à inflamação vascular e alterações da quantidade e do tipo das lipoproteínas, havendo, desta forma, uma estimulação do processo arteriosclerótico (Matos, 2004).

O prognóstico mediante enfarte agudo do miocárdio no doente diabético é reservado, sendo que 50% dos homens e 35% das mulheres morrem antes mesmo da chegada ao hospital ou da alta hospitalar (Matos, 2004).

Sedentarismo.

Dados do Inquérito Nacional de Saúde, 1998, indicam que a população portuguesa é, a nível europeu, a que menos pratica actividade física, cerca de 72,6% da população é sedentária (Carvalho, 2004).

A actividade física traduz-se em tudo aquilo que implique movimento, força ou manutenção da postura corporal e que se traduz no consumo de energia. O exercício físico diminui a resistência à insulina, melhora o controle do peso corporal e da pressão arterial, aumenta o débito cardíaco e a capacidade de aporte de oxigénio aos tecidos (André, 2005).

Diversos estudos epidemiológicos, demonstraram que as pessoas com estilos de vida sedentário, vêem o seu risco de doença coronário aumentado no dobro dos sujeitos activos (Rubin,2004)

Obesidade.

A obesidade é um problema crescente na sociedade actual, sendo a sua prevalência na União Europeia de 10 a 25%. Em Portugal a prevalência é de cerca de 15% para os homens e 16% para as mulheres (Plano Nacional de Saúde, 2004).

Um índice de massa corporal igual ou superior a 30 define a existência de obesidade, um factor de risco significativo para a doença coronária, Uma vez que aumenta a susceptibilidade do sujeito para outros factores como a hipertensão, a diabetes e o aumento do colesterol.

Nos homens obesos com menos de 50 anos verificou-se a duplicação da frequência cardiovascular, enquanto que para as mulheres com idade superior a 29 anos, o aumento do risco, relativo á população normativa, é três vezes superior (André, 2005).

Período Pós-Menopausa.

Os estrogénios produzidos pelos ovários constituem um factor protector da doença coronária, verificando-se, por isso um retardamento de 10 a 15 anos desta patologia relativamente aos homens. Isto pode ser explicado por alterações do metabolismo da glicose, aumento do colesterol total e alterações da função vascular.

A terapêutica hormonal assume aqui um papel no risco da doença coronária, ajudando na redução dos valores de colesterol e aumentando a função vascular (O'Rourke, Fuster & Alexander, 2004).

Categoria III

Alguns elementos da categoria III não estão devidamente e aprofundadamente estudados, não se podendo por isso determinar uma relação causal independente com a doença coronária (André, 2005). No entanto os factores psicossociais de risco desempenham aqui um papel relevante sendo por isso desenvolvidos, de forma mais cuidada e aprofundada no próximo capítulo.

Categoria IV

Sendo que os factores desta categoria não podem ser alvos de modificação, são então considerados como marcadores de risco cardiovasculares.

Relativamente à idade o risco relaciona-se com a diminuição da elasticidade das artérias. Cerca de 80 % dos enfartes agudos do miocárdio fatais, ocorrem em sujeitos com mais de 70 anos.

Para os indivíduos do sexo masculino, a doença coronária é uma das principais causas de morte entre os 35 e os 45 anos.

Verifica-se que os descendentes de primeiro grau de pessoas com doença coronária prematura, ou seja antes dos 55 nos homens e 65 nas mulheres, têm um risco de doença coronária aumentado. Este risco é tanto mais significativo quanto mais precoce é o enfarte do miocárdio nos familiares (André, 2005).

Factores Psicossociais de Risco de Enfarte de Miocárdio

Stress

O stress pode ser definido como uma resposta não específica do organismo que visa a adaptação. Esta adaptação pode ter inúmeras causas que podem estar relacionadas com factores ambientais externos e com a avaliação interna que o indivíduo faz da situação (Matthews, 2005). De acordo com Selye existe uma síndrome geral de adaptação que é composto por três fases distintas com reacções fisiológicas igualmente diversas.

A primeira fase consiste na **reacção de alarme**, em que existe uma activação do sistema nervoso simpático e em que as defesas do organismo são mobilizadas para que o organismo esteja preparado para uma resposta de combate ou fuga. É então libertada a adrenalina que provoca um aumento do ritmo cardíaco e da pressão arterial. O sangue é direccionado dos órgãos internos para os músculos, a respiração torna-se mais rápida e o sistema gastrointestinal reduz a sua actividade. Esta resposta fisiológica é de grande utilidade em situações de emergência. No entanto, no estilo de vida actual a exposição ao stress é prolongada (Martin, 2001).

Após esta primeira fase, que pode durar alguns minutos ou horas, passa-se a um **período de resistência**. Nesta segunda fase o organismo aparenta normalidade, estando, no entanto, o seu equilíbrio fisiológico, hormonal, neurológico ou vascular, alterado. A exposição persistente e prolongada aos factores desencadeadoras de stress levariam, segundo Selye, ao aparecimento de doenças de adaptação, como seja a hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares, as úlceras, o hipertiroidismo, a asma ou imunossupressão (Trigo, 2000).

A capacidade de resistência do ser humano é limitada, como tal, ainda perante o estímulo de stress, passa-se à fase de **exaustão**. Nesta terceira fase há uma reacção do sistema nervoso parasimpático no sentido de compensar os níveis de estimulação excessiva. Esta situação pode resultar em depressão, ou em casos extremos, em morte (Trigo, 2000).

De realçar que alterações fisiológicas induzidas pelo stress mental são semelhantes às respostas do exercício físico intenso. Os estados agudos de stress envolvem a libertação de catecolaminas, que levam ao aumento do ritmo cardíaco, da pressão arterial, da pressão sobre lesões vasculares, da necessidade de oxigénio, da agregação plaquetária, da coagulação e da vasoconstricção (Trigo e tal., 2000).

O stress psicológico aparece relacionado com a arteriosclerose, sendo que se verifica a vasoconstricção das coronárias e, mediante a presença de doença coronária, a probabilidade de esquémia silenciosa do miocárdio e angina de peito é aumentada (Matthews, 2005).

De acordo com Friedman & Rosenman a danificação dos vasos coronários pode derivar apenas do movimento e batimento cardíaco de indivíduos em grande stress ou em esforço. Assim, parecem surgir evidências de que 50% dos casos de enfarte agudo do miocárdio são precipitados por acontecimentos específicos associados a emoções fortes.

Holmes e Rahe defendem que o stress pode ser desencadeado por qualquer tipo de mudança, sendo esta desejada e esperada ou não. São no entanto, as situações inesperadas e indesejadas que mais se relacionam com o aparecimento do enfarte agudo do miocárdio. Alguns estudos apontam a ocorrência de acontecimentos de vida significativos, nos meses anteriores ao enfarte de miocárdio. Apurou-se igualmente que esses acontecimentos são por norma desagradáveis, ocorrendo mais frequentemente no quarto dia precedente ao episódio agudo (Trigo et al, 2000).

Um estudo realizado durante a guerra do Golfo, 1991, verificou que durante o ataque de mísseis contra cidades israelitas, apenas duas pessoas morreram em consequência dos efeitos directos da detonação dos mísseis. No entanto, a taxa de mortalidade em Israel aumentou em 58% por enfarte agudo do miocárdio. A mesma situação se verificou aquando da queda das Torres Gémeas a 11 de Setembro de 2001, em que nos arredores de Manhattan se verificou um aumento de 48% de admissões de doentes com ataques cardíacos. Ou seja, este aumento deveu-se a um stress emocional profundo provocado pelo medo dos ataques (Allegro, 2005; Martin, 2001).

Coping

Uma situação de crise, derivada de problemas de saúde, trabalho ou outros, é necessariamente uma situação geradora de stress, que por sua vez leva à adopção de determinado estilo de *coping*.

O *coping* pode ser definido como o esforço de ajustamento individual que visa gerir pressões consideradas como excessivas para a pessoa, podendo estas ser de ordem interna ou externa (Ribeiro, 2005) O *coping* é um processo dinâmico resultante das respostas ao stress que implica um determinado padrão de aprendizagem de onde se formam então os estilos de *coping*.

Lazarus e Folkman propõem três componentes a ter em conta no que diz respeito ao *coping*, que podem surgir no sujeito de forma isolada, consecutiva ou com diversas combinações. São então consideradas a saúde e a energia do sujeito, o recurso ao pensamento positivo e a capacidade de socialização. De acordo com Moss e Schaefer existem mais três domínios no *coping*: a avaliação, o problema e a emoção. Assim sendo, a avaliação que o sujeito faz da situação de crise, procura encontrar algum significado coerente para o problema corrente; o foco do sujeito no problema aponta para a tentativa da sua solução e/ou gestão, enquanto que o foco na emoção visa a procura de um equilíbrio afectivo, seja este obtido por uma reacção ajustada à situação, seja através de uma resignação passiva (Trigo et al, 2000).

Não se pode considerar que exista um estilo de *coping* mais eficaz, adequado ou benéfico que outro, pois tudo varia consoante o sujeito e as circunstâncias que o rodeiam. No entanto existe uma característica neste processo que pode determinar a eclosão de emoções mais regressivas e de desespero: a percepção de ameaça. Se a percepção que o sujeito tem da situação é de perigo intenso pode surgir uma perturbação do sistema cognitivo, devido a uma forte perturbação emocional, que vai dificultar a capacidade do sujeito se debruçar sobre o problema e a sua solução. Assim, mediante o stress, percebido ou real, se pode verificar a alteração do estilo de *coping*. Existe desta forma uma tendência para um foco na resolução de problemas em situações de stress baixo a moderado, e com foco na emoção em situações de stress alto a muito elevado.

Directamente associado aos estilos de *coping* encontram-se as doenças do aparelho circulatório. Alguns estudos realizados têm demonstrado que os sujeitos com

hipertensão arterial parecem, por regra, negar o significado emocional da sua situação, conseguindo, desta forma, controlar e suprimir o seu lado ameaçador e desestabilizador. Esta negação emocional leva a um aumento da pressão arterial, podendo este facto ser justificado por uma hostilidade, sentimentos de ira e/ou explosões emocionais ocasionais, que visam o alívio das tensões emocionais internas. (Trigo et al, 2000).

A tentativa de compreender como os estilos de *coping* se relacionam com a saúde e a sua manutenção levou à identificação de algumas características individuais que parecem contribuir para a manutenção da saúde mesmo em situações críticas de stress e tensão.

Assim encontramos o conceito de *hardiness*, de Kobasa, que se caracteriza pela capacidade que certas pessoas têm de se sentirem motivadas e envolvidas pelo trabalho e pela vida em geral, e que sentem poder interferir de forma activa e responsável no decurso dos acontecimentos. Para estes sujeitos as dificuldades que se lhes apresentam são encaradas como um desafio e uma oportunidade de crescer como indivíduos, havendo uma interpretação positiva dos acontecimentos (Trigo et al, 2000).

Uma das hipóteses levantadas sobre o conceito de *hardiness* e a manutenção de saúde é o facto de os indivíduos com estas características terem uma maior capacidade de adaptação cognitiva às situações stressantes, sendo isso reflectido numa menor activação dos sistemas psicofisiológicos associados ao stress (Cooper et al., 2001)

Um estudo realizado por Lungberg (1982) revelou mesmo que os sujeitos com este tipo de características têm uma baixa incidência de doença coronária (Trigo et al. 2000).

O sentido interno de coerência, de Antonovsky, é outro factor que parece desempenhar um papel importante na manutenção da saúde. Este constructo refere-se a características relativamente estáveis de personalidade que permitem ao sujeito encarar os estímulos internos e externos, com um dinâmico e persistente sentido de confiança (Lubkin & Larsen, 2002). Assim o sentido interno de coerência assume um carácter cognitivo, afectivo e informacional, que permite que o sujeito consiga integrar os acontecimentos de forma positiva na sua experiência pessoal. Deste conceito fazem parte três importantes dimensões. A acompreensibilidade, que remete para o modo com o sujeito apreende os estímulos externos, ou internos, como uma informação consistente, clara, ordenada e estruturada. A maneabilidade, que passa pela percepção

positiva e adaptada da situação, desenvolvida pelo indivíduo através dos seus recursos pessoais ou sociais. É a significabilidade que consiste na capacidade de dar um significado aos acontecimentos de vida, sendo, por isso, esses mesmos acontecimentos alvo de investimento e interesse; ou seja os problemas são encarados como uma oportunidade de aprendizagem (Rice, 2000).

De acordo com Antonovsky, o sentido interno de coerência, promove o sentimento de optimismo, mobilizando assim recursos para gerir ou evitar o stress, minimizando desta forma as respostas fisiológicas originadas por este. Assim os sujeitos com alto sentido de coerência adoecem menos e são mais saudáveis (Lubkin & Larsen, 2002).

A expectativa de que tudo vai correr bem, ou seja o assumir uma postura optimista, Craver e Gains, é igualmente um ponto a favor da saúde mediante situações de stress (Snyder & Lopez, 2006).

Alguns estudos realizados (Leedhman, 1995 Scheier et al., 1989) em doentes cardíacos sujeitos a cirurgia, *bypass* ou transplantes, demonstraram que os sujeitos optimistas conseguem uma melhor evolução pós-operatória, uma adaptação mais rápida à nova situação clínica (a nível orgânico e psicológico), bem como uma melhor adesão à terapêutica (Trigo et al, 2000).

Mediante um acontecimento stressante, a capacidade de lidar e tentar resolvê-lo é facilitada pela crença do sujeito nas suas próprias capacidades. O equilíbrio salutar é mantido mais facilmente pelas pessoas que acreditam nas suas competências cognitivo-comportamentais para enfrentar um problema; é o que defende o modelo de auto-eficácia de Bandura (Braga & Cruz, 2004).

Allen e colegas (1990) desenvolveram um estudo onde verificaram que as crenças de auto-eficácia no pré-operatório em doentes cardíacos, que iam ser sujeitos a cirurgia (coronary artery bypass graft surgery) eram predictoras de um bom ajustamento psicossocial. Esta cirurgia visa melhorar a capacidade física dos sujeitos. No entanto alguns doentes pioram ou têm poucas melhorias após o internamento, o que não acontece nos indivíduos com crenças de alta auto-eficácia. Um alto sentido de auto-eficácia parece ainda proporcionar uma melhor tolerância à dor pós-operatória, sendo

que estes doentes têm menos queixas e consomem menos medicação para as dores após a intervenção (Trigo et al., 2000)

Ainda no que respeita à doença coronária, a auto-eficácia do parceiro do doente com enfarte do miocárdio parece influenciar a sua recuperação.

Pode-se então verificar que sujeitos com incapacidade física semelhante a nível cardíaco, podem atingir níveis funcionais diferentes mediante as suas crenças de auto-eficácia, e as crenças de quem os rodeia (Trigo et al, 2000).

Relativamente às características favoráveis à manutenção da saúde e aos estilos de *coping*, falta ainda referir a importância do *locus* de controlo, que visa a atribuição da causa e do controlo da situação. Se o *locus* for externo o sujeito atribui ao acaso, ao destino, a uma força externa a situação em que se encontra, tendo a noção que o controlo está fora de si, como tal nada pode fazer para mudar a situação. Por outro lado, se o *locus* controle for interno, então o sujeito atribui a causa da situação aos seus comportamentos, acção e características; assim sendo pode mobilizar esforços para alterar a situação em que se encontra melhorando-a (Kurita & Pimenta, 2003)

Hostilidade

Dembroski e Williams desenvolveram o conceito de hostilidade. Este constructo prende-se com uma tendência estável para reagir a acontecimentos frustrantes através da ira e da frustração. O ressentimento, o desgosto, a crítica e a expressão de antagonismo são, entre outros comportamentos e sentimentos desagradáveis, componentes característicos da resposta hostil. A hostilidade pode apresentar-se através de uma expressão directa e claramente manifesta de ira, ou pode assumir uma forma mais subliminar em que o sujeito alimenta sentimentos de desconfiança, ressentimento e ansiedade crescente. Este tipo de hostilidade, a hostilidade neurótica, é ainda caracterizada pela experiência de ira e depressão (Trigo et al., 2000).

A hostilidade expressa encontra-se associada à gravidade da doença coronária, à hipertensão arterial e ao processo de arteriosclerose, o que já não se verifica no caso da hostilidade neurótica. As relações entre a hostilidade e a doença coronária são explicados através de diversos modelos a considerar (Trigo et al., 2000).

As pessoas hostis apresentam uma elevada reactividade fisiológica tanto durante uma situação de stress como em repouso. Assim associa-se a uma aceleração do processo e lesão da arterosclerose, ao aumento dos níveis de colesterol e das catecolaminas. É o que menciona o **modelo de reactividade psicofisiológica** (Crane, 2005; Gouveia, 2004; Trigo et al., 2000).

De acordo com o **modelo da vulnerabilidade social**, as pessoas hostis têm mais conflitos intensos e frequentes, tanto no trabalho como na família. A preocupação de vigiar o seu ambiente social, sendo este, normalmente frágil e reduzido; a hostilidade associada com altos níveis de ira nas pequenas provocações diárias e a pequena diferença nos níveis de ira entre as provocações diárias graves ou com importância diminuta, parecem igualmente ser factores que se encontram relacionados com a reactividade cardíaca, neuroendócrina e ao desenvolvimento da doença coronária (Crane, 2005; Trigo et al., 2000).

Os sujeitos hostis assumem comportamentos de oposição e antagonismo para com as pessoas que o rodeiam, o que provoca reacções idênticas para com ele. Este ciclo leva ao reforço da percepção negativa que o sujeito tem do meio que o rodeia, bem como na sua postura de oposição. Por seu lado, esta atitude agrava o stress diário, promove o isolamento social e agrava as respostas psicofisiológicas de hostilidade, agravando-se de igual modo o risco de doença coronária. Está é a proposta defendida pelo **modelo transaccional** (Crane, 2005; Trigo et al, 2000).

O **modelo de comportamentos de saúde** sugere que a probabilidade das pessoas hostis adoecerem é superior, uma vez que, tendencialmente, estas têm mais comportamentos de risco e um estilo de vida promotor de conflitos e stress. O consumo excessivo de substâncias (álcool, tabaco, etc.), a falta de exercício físico e uma dieta incorrecta são factores de risco, modificáveis, para o desenvolvimento de doença coronária que advém de estratégias de combate ao stress. Para além destes factores existem evidências que estes sujeitos têm comportamentos de evitamento na procura de cuidados de saúde, uma baixa adesão à terapêutica e tendem a desenvolver relações conflituosas com o pessoal médico (Trigo et al, 2000).

Ira

A correlação entre as emoções negativas e a saúde tem sido bastante estudado. Entre estas emoções encontramos a ira, que se relaciona com a hipertensão arterial e a doença coronária. Estas constatações advêm de estudos (Siegman, 1994 e Alexander, 1930) que se debruçaram sobre a multidimensionalidade da hostilidade e que verificaram que apenas algumas das suas dimensões, como a ira e o cinismo, eram predictoras da doença coronária. A ira passa então a ser estudada como a dimensão tóxica da hostilidade, estando relacionada com o aumento da reactividade cardíaca, dos níveis de testosterona e da formação de plaquetas, ou seja as dimensões somáticas do comportamento emocional que reflectem a doença coronária (Trigo et al, 2000).

Importa saber a definição de ira e como esta se diferencia de outros dois conceitos similares: a hostilidade e a agressão. Assim a *hostilidade* é considerada como uma atitude estável e duradoura. A *ira* define-se como uma emoção desagradável e aguda, acompanhada de manifestações psicofisiológicas. E a *agressão* é a vertente física e agida da ira, passando por um comportamento destrutivo e socialmente desaprovado.

De salientar que, tal como a hostilidade, a ira pode ser suprimida ou expressa. A ira expressa manifesta-se por um discurso alto, vigoroso, de ritmo acelerado, em tom explosivo, com curtos períodos de latência e assumindo um tom extremamente afirmativo. Este discurso encontra-se associado a um aumento da pressão arterial e este parece ser um dos factores que levam a que seja a ira expressa a ter uma forte e significativa associação com a hipertensão arterial e o aumento do risco de doença coronária, o que não se verifica nos casos de supressão de ira (Trigo et al, 2000).

Depressão

A depressão surge associada, em diversos estudos, à doença coronária e à sua gravidade, sendo igualmente considerada como predictor de uma morbilidade e mortalidade quando surge durante a hospitalização por enfarte de miocárdio.

Embora os mecanismos psicofisiológicos que correlacionem a depressão com a doença coronária não estejam ainda completamente descritos, existem várias hipóteses levantadas. Uma delas prende-se com os doentes com depressão *major*, que apresentam um maior risco de taquicardia ventricular, estando esta associada a um aumento da

actividade do Sistema Nervoso Simpático e à perturbação do eixo hipotálamo-pituitária-supra-renal, podendo esta ser responsável pela incidência de perturbações isquémias, arritmia, morte súbita e progressão acelerada da arteriosclerose (Trigo et al, 2000).

Suporte Social

O suporte social pode ser definido como a percepção do sujeito face ao acesso a apoio emocional, motivacional, informacional e companheirismo social. Esta percepção prende-se não só com recursos externos, ou seja com o poder estar, contar e partilhar com pessoas disponíveis e acessíveis, como também com recursos internos que se prendem com características individuais (físicas, biológicas e capacidade cognitiva) que influenciam as percepções sobre o meio social. A nível psicológico a presença de hostilidade e determinados tipos de personalidade (nomeadamente personalidade tipo A, C e D) vão dificultar a existência de um suporte social alargado, coeso e eficaz, uma vez que remetem ou para comportamentos geradores de conflito, ou para uma dificuldade de relacionamento devido a inibição (Trigo et al, 2000).

Existem evidencias que o isolamento social, ou seja a escassez ou falta de contactos com familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, está associada a um maior risco de morbilidade e mortalidade em diversas doença, nomeadamente na doença coronária (Gouveia, 2004).

O processo de associação entre o suporte social e o desenvolvimento da doença cardiovascular não é ainda bem conhecido. No entanto levantam-se hipóteses associadas a factores cognitivo-comportamentais e fisiológicos. A nível cogitivo-comportamental, o isolamento encontra-se associado a estilos de vida ligados a maiores comportamentos de risco, a uma diminuição da auto-estima e evitamento dos cuidados de saúde. E a nível fisiológico, uma frágil rede de relações socais é responsável por uma série de alterações neuro-hormonais ligadas aos estados de humor, por uma activação do sistema nervoso autónomo e ainda pelo aumento da tensão arterial (Gouveia, 2004).

Demora na Procura de Cuidados Médicos em Doentes Com Enfarte de Miocárdio

Em média, um terço dos enfartes de miocárdio são fatais, antes mesmo do doente chegar ao hospital. A maioria destas mortes acontecem passadas, em média, quatro horas após o aparecimento dos sintomas (Penny, 2000)

A administração precoce de agentes trombólíticos, reduz os danos causados pelo enfarte e melhora a sobrevivência dos doentes. Quanto mais demorada a administração maior a taxa de mortalidade. Se a administração dos trombolíticos for efectuada uma hora após o aparecimento dos primeiros sintomas, o risco de mortalidade é reduzido em 45%, no entanto se já tiverem passado três horas essa redução é de apenas 23%. Se este procedimento tiver lugar 30 minutos após o aparecimento dos sintomas, a esperança de vida dos doentes aumenta em média um ano, quando comparados com uma administração mais tardia (Leslie, 2000; Penny, 2000).

De acordo com a Sociedade Europeia de cardiologia e o Concelho Europeu de Resuscitação (1998) a média de demora entre o aparecimento de sintomas e a procura de cuidados médicos em doentes com enfarte de miocárdio, vai entre as 2 e as 6 horas e meia (Penny, 2000).

A demora na procura de cuidados médicos durante um enfarte de miocárdio pode-se prender com inúmeros factores. Esta questão que tem vindo a ser alvo de diversos estudos, é complexa mas de alta importância no que respeita ao prognóstico pós-enfarte. A demora na procura de ajuda, em caso de enfarte, pode culminar na morte do doente.

Considera-se demora na procura de cuidados à duração do tempo decorrido entre a consciência do primeiro sintoma do sujeito e a chegada ao hospital.

De acordo com Andersen et al. (1995), existe um processo adjacente à demora do doente na procura de cuidados médicos. Assim propõe um modelo geral da demora dos doentes pressupondo este uma série de fases (Scott, 2005)

Num primeiro momento o sujeito detecta alterações das sensações corporais. Existe então uma avaliação dessas alterações e a consideração destas como sintomas. Partindo desse sintoma inexplicável, há uma tentativa de o identificar, de o nomear e de o associar com uma doença. O sujeito procura assim, uma interpretação do que se passa no seu corpo. É nesta fase que surgem as observações cognitivas e a carga emocional associada. De acordo com Andersen *et al.*, esta fase constitui cerca de 60% do tempo total de demora na procura de cuidados médicos, ou seja a maioria do tempo de demora (Finnegan et al., 2000; Scott et al., 2005).

Posteriormente passa-se à decisão, ou não, da procura de ajuda e à acção propriamente dita (Scott et al., 2005).

São diversos os factores que podem acelerar o processo de decisão e acção de procurar ajuda médica durante o enfarte de miocárdio, a partilha com terceiros da situação vivida, a gravidade e intensidade dos sintomas e a experiência pessoal são alguns dos factores a considerar.

O papel da família ou amigos próximos pode ser determinante numa mais rápida procura de ajuda em caso de enfarte. A procura de opinião a pessoas próximas do sujeito sobre o que fazer mediante a presença de determinados sintomas pode acelerar o processo, uma vez que, de uma forma geral, os outros tendem a ser mais precavidos que o próprio incentivando-o à acção, muitas vezes mesmo contra a vontade do próprio doente. Torna-se então relevante considerar se o sujeito vive ou não sózinho, pois vivendo acompanhado a divulgação dos sintomas, ou a percepção de mal-estar por outros elementos da família pode levar ao aceleração do processo de procura de cuidados médicos (Finnegan et al., 2000; Newman, 2003; Perry, 2001).

A agudização dos sintomas e o desconforto acentuado causado por estes, é outro factor que leva à procura de ajuda, independentemente do doente associar ou não os sintomas ao enfarte de miocárdio. A este factor pode estar associado a sensação de falta

de ar, que quando sentido pelo sujeito, parece igualmente levar a uma mais rápida procura de ajuda. (Newman, 2003).

O processo de procura de ajuda a ser mais rápido prende-se com a experiência pessoal, ou seja o contacto com alguém (familiar ou não) que tenha experienciado um enfarte de miocárdio (Newman, 2003). A explicação para este facto pode passar pela informação adquirida acerca dos sintomas e processo da doença.

Devem-se considerar ainda outros factores para a demora na procura de cuidados mediante um enfarte de miocárdio, entre eles a percepção dos sintomas e a personalidade do sujeito.

Percepção de Sintomas

O Modelo de Auto-Regulação de Leventhal propõe uma explicação da forma como o sujeito lida e faz a representação da doença e do seu tratamento. O sujeito vai construindo uma representação da sua doença, construção essa que tem por detrás toda uma história e experiência pessoais, regras sociais e culturais, valores, crenças e conhecimentos. Implicando ainda uma organização cognitiva e emocional da informação disponível e recebida pelo sujeito (Ribeiro, 2005). Esta representação assenta sobre alguns componentes principais, que por sua vez vão determinar o *coping* adoptado pelo sujeito. Esses componentes são as ideias do sujeito relativas à identidade, causa, duração e consequências da doença em questão. Lau e colegas (1984) acrescentam ainda que estes modelos representativos dos sujeitos incluem também crenças de cura e de controlo da doença. Estudos recentes vêm corroborar a consistência e a validades destes cinco componentes na representação da doença pelos sujeitos. Assim encontramos:

A Identidade, ou seja os sintomas e a nomenclatura (“rotulo”) dos respectivos sintomas e doença.

As Crenças de Causalidade, que procuram uma explicação para a origem da doença (exp. stress, genes, etc).

As Crenças de Durabilidade, em que o sujeito atribui à doença uma duração, seja esta curta (doença aguda), duradoura (doença crónica) ou variável (doença cíclica).

As Consequências percebidas, em que o sujeito prevê as consequências advindas da doença.

A percepção de Cura e/ou Controlo da doença (Weinman, 1996)

A interligação que o doente faz destas cinco componentes é por norma, lógica e coerente, sendo que uma percepção de cura se encontra associada a uma percepção de doença de curta duração.

Um destes componentes merece particular atenção, uma vez que pode ser determinante na procura de cuidados médicos em situações críticas, como acontece no caso de enfarte de miocárdio. Essa componente é a Identidade.

A Identidade procura responde à questão: “o que é que passa comigo?”. A resposta a esta questão prende-se essencialmente com a percepção que o sujeito tem dos sintomas e na tentativa de rotular a sua doença. A percepção de sintomas relaciona-se com a atenção que o sujeito dá às alterações das sensações corporais e à sua compreensão dessa sensação como sintoma.

A percepção de sintomas prende-se com a tenção focalizada, que pode estar mais ou menos virada para o corpo; com estímulos externos e influencias *top-down*. A ansiedade ligada à saúde influencia igualmente a forma como os sintomas são percebidos, assim sendo um sujeito pouco ou nada ansioso relativamente à sua saúde, pode ignorar ou menosprezar qualquer tipo de sintomas (Weinman, 2006).

No caso de enfarte de miocárdio, a percepção que o indivíduo tem relativamente aos sintomas pode ser determinante na procura de cuidados, o que por sua vez vai influenciar de forma determinante o diagnóstico, tratamento e prognóstico.

A percepção que o doente tem da sua doença e dos seus sintomas tem vindo a ser estudada nos casos de enfarte de miocárdio, no entanto, a generalidade dos estudos centram-se na recuperação e crenças pós-enfarte.

A decisão de procura de cuidados médicos é influenciada pela interpretação que o sujeito faz dos seus sintomas. Sendo que existem ideias pré-concebidas de que alguns sintomas se associam a certa doença. O sujeito procura identificar a sua doença,

comparando os sintomas que experiencia com os que pensa corresponder a determinada doença. Assim quanto mais os sintomas sentidos corresponderem aos esperados mais rápida é a decisão de procura de cuidados médicos (Finnegan et al., 2000; Horne et al., 2000, Newman, 2003; Perry, 2001).

O contraste entre a imagem criada de um enfarte de miocárdio, que está associada a um evento de vida dramático e a uma forte dor na parte central do peito, e a experiência concreta do enfarte com um conjunto de sintomas aparentemente ambíguos e com aumento gradual de desconforto pode constituir também um fundamento para a má interpretação dos sintomas e a longa demora na procura de cuidados (Finnegan et al., 2000; Leslie, 2000, Perry, 2001)

A diversidade e ambiguidade dos sinais habitualmente sentidos antes do enfarte de miocárdio, bem como as expectativas dos sujeitos relativamente a esses mesmos sintomas podem levar a uma demora acentuada na procura dos cuidados de saúde (Perry, 2001). Os sintomas associados ao enfarte são uma forte dor no peito, com irradiação para o braço esquerdo. Mediante a presença destes sintomas o doente parece recorrer mais rapidamente aos cuidados de saúde, pois por um lado os sintomas esperados são confirmados pela experiência, por outro lado uma dor forte estimula o doente a procurar ajuda, independentemente deste a associar ou não ao enfarte de miocárdio (Finnegan et al., 2000; Horne et al., 2000; Leslie, 2000; Newman, 2003).

No entanto nem todos os enfartes se manifestam através da típica dor no peito e/ou braço podendo os sintomas ser muito variados e distintos. Verifica-se também, que os doentes que não sofrem dos sintomas tipos e esperados de um enfarte de miocárdio, tendem a aguardar mais tempo antes de procurar ajuda, pois por um lado esperam que o sintoma se desvaneça, por outro têm dúvidas sobre a gravidade dos sintomas e se estes são realmente merecedores de cuidados médicos. A multiplicidade e ambiguidade dos sintomas retarda igualmente a procura de ajuda médica. Além disso os sintomas menos típicos são muitas vezes associados a outras doenças, de menor gravidade ou associados a doenças crónicas já diagnosticadas e conhecidas do doente, levando a que o sujeito recorra à auto-medicação e que aguarde no sentido da diminuição ou desaparecimento dos sintomas. Assim, agrava-se a demora na procura de cuidados médicos (Finnegan et al., 2000; Horne et al., 2000; Newman, 2003).

Esta demora na procura de cuidados devido à ambiguidade, multiplicidade e associação dos sintomas a outras doenças acontece não só mediante um primeiro episódio de enfarte de miocárdio. Sujeitos sobreviventes a um primeiro enfarte, assumem condutas idênticas às dos indivíduos que se deparam com um primeiro episódio. Ou seja, a experiência e o conhecimento de sintomas nem sempre leva a uma acção mais rápida na procura de ajuda. Este facto pode ser explicado por um processo de negação do próprio doente (Leslie, 2000).

Personalidade Tipo D

Existem diversas definições de personalidade, associadas a várias teorias e concepções. Segundo Allport (1966) na década de 30, tinham-se identificado mais de 50 definições de personalidade. Este autor define-a como “*a organização dinâmica do indivíduo, dos sistemas psicofísicos que determinam o seu comportamento e o seu pensamento característico*”. Mais tarde, em 1976, Eysenck, refere que a personalidade é “*a organização mais ou menos estável e persistente do carácter, temperamento, intelecto físico do indivíduo, que permite o seu ajustamento único ao meio*”. Já em 1993, Magnusson e Torestad defendem não existir uma definição de personalidade, uma vez que o que se manifesta é um organismo vivo, intencional, funcionando e desenvolvendo-se como um ser total e integrado (Dias, 2004).

A personalidade pode ser então encarada como uma unidade integrativa da pessoa, com as suas características individuais diferenciadas e estáveis. Isto inclui inteligência, carácter, temperamento, atitudes, cognições, crenças, afectos, etc. Trata-se de uma organização dinâmica, não estática mas durável, que engloba não só aspectos psicológicos, como também aspectos biológicos e sociais; não só factores inatos, como factores adquiridos.

A personalidade influencia a forma da pessoa se relacionar consigo própria e com o mundo, podendo assim condicionar a sua saúde física. Diversos estudos realizados ao longo do tempo têm vindo a identificar alguns traços de personalidade

comuns a diversos sujeitos com uma determinada doença. Ou seja, verifica-se uma relação entre alguns tipos de personalidade e determinadas patologias.

Até agora tinham sido identificadas três tipos de personalidade, a personalidade tipo A, tipo B e tipo C. Esta tipologia visa a identificação de grupos de doentes, com características comuns e relevantes ao seu prognóstico e tratamento.

A personalidade tipo A caracteriza-se por uma luta crónica e incessante na tentativa alcançar mais em menos tempo, e pela hostilidade, manifesta ou latente. Era a tipologia mais associada à patologia coronária.

A personalidade tipo B, que surge com características opostas à personalidade tipo A.

A personalidade tipo C, que se caracteriza pela inibição do sujeito e à dificuldade de expressão dos afectos.. Esta tipologia encontra-se ligada a patologias do foro oncológico.

Recentemente, através de uma análise mais profunda e cuidada da personalidade tipo A e da sua ligação com doença coronária, Denollet verificou que apenas dois dos traços da personalidade tipo A contribuíam significativamente para o aumento do risco de doença: a hostilidade e a ira, estando estes dois traços associados a uma forma particular de lidar com o stress. Como se sabe o stress emocional é um factor de risco no que respeita à doença coronária, estando este relacionado com a mortalidade e morbilidade desta patologia (Denollet, 2004).

Se para além destes dois traços, que se traduzem numa **afectividade negativa**, ou seja a tendência de experimentar emoções negativas ao longo do tempo, existir uma tendência de inibição de expressões de emoção e comportamentos nas interações sociais, respectivamente, ou seja **isolamento social**, então o risco de stress emocional é agravado. Assim, Denollet defende que se num mesmo sujeito se verificar a presença acentuada destes dois traços, está-se perante um sujeito com **Personalidade Tipo D**, conceito desenvolvido por Denollet em 1998. A Personalidade Tipo D baseia-se na noção do stress emocional como factor de risco para a saúde. Reflecte características psicológicas estáveis e pressupõe a presença de uma vasta gama de emoções negativas, bem como a não-expressão de emoções (Denollet, 2002) Sujeitos com este tipo de

personalidade tendem não só a sentir stress como a inibir a sua expressão perante os outros. Este processo é realizado de forma consciente e deliberada e tem o intuito de evitar qualquer tipo de desaprovação (Denollet, 2001).

Uma preocupação excessiva com o meio envolvente, uma perspectiva de vida melancólica, uma infelicidade e tensão frequentes caracterizam os sujeitos com este tipo de personalidade. Sendo igualmente indivíduos irritáveis e com predominância de emoções negativas e dificuldade de partilha dessas mesmas emoções, por receio de rejeição e desaprovação. Encontram-se associados ainda à Personalidade Tipo D alguns distúrbios emocionais e sociais. Havendo nestes sujeitos um reduzido sentimento de bem-estar; um baixo nível de auto-estima; um fraco e reduzido suporte social, havendo dificuldade na manutenção de laços afectivos com os outros; tendências depressivas; pessimismo; irritabilidade; tensão e uma insatisfação geral com a vida (Sousa, 2004).

Ao analisarmos os seis principais factores psicossociais de risco de doença coronária, verificamos que os indivíduos com Personalidade Tipo D têm uma forte tendência de sofrer de quatro deles: stress, hostilidade, ira, reduzido suporte social e depressão. Assim sendo, o facto de o indivíduo ter as características deste tipo de personalidade, é considerado um sério factor de risco, relativo à doença coronária. Este facto prende-se, segundo Denollet, à conjugação de uma vivência frequente de emoções negativas com a inibição da auto-expressão dessas mesmas emoções (Denollet, 2001).

A Personalidade Tipo D como factor de risco significativo tem vindo a ser estudada e evidenciada em diversos estudos. Entre eles um estudo longitudinal, de acompanhamento entre 6 e 10 anos, Denollet et al. (1996) verificaram que os doentes com doença coronária, com Personalidade Tipo D, tinham um risco de mortalidade significativamente maior dos que os doentes sem este tipo de personalidade. Observou-se ainda que os afectos negativos e a inibição emocional se encontram associados a um mau prognóstico relativamente à doença coronária. Um estudo subsequente, de Denollet e Brutsaer (1998), veio demonstrar que o stress emocional destes doentes estava associado a traços estáveis e duradouros no tempo e não com a gravidade da sua doença. Já mais recentemente, Petersen e Denollet (2003) reuniram novas evidências de que a presença da Personalidade Tipo D aumenta o risco de mortalidade morbidade cardiovascular, independentemente de outros factores de risco psicossociais. Verificou-

se ainda um aumento do risco de stress emocional, redução da qualidade de vida no doente cardíaco e melhoras reduzidas mediante tratamentos médicos, quando comparados com os doentes sem Personalidade Tipo D.

Outros estudos, igualmente recentes, observam ainda que a afectividade negativa, se encontra associado ao aumento da mortalidade em doentes com paragem cardíaca (Murberg et al., 2001); que a Personalidade Tipo D era um melhor indicador da reactividade da pressão arterial que a hostilidade ou o suporte social (Habra e tal., 2001) e que sujeitos com Personalidade Tipo D tinham mais sintomas depressivos e uma menor qualidade de vida, em doentes com doença coronária (Petersen et al., 2004;Schiffer et al., 2005). Estes estudos foram realizados em diversas populações de diversos países, demonstrando a consistência do constructo e a sua ligação ao risco de eventos de ordem cardíaca.

No que respeita ao caso específico de enfarte de miocárdio Peterson e Denollet (2003) observaram uma associação entre a activação de citoquinas pró-inflamatórias (ligadas à activação e desenvolvimento do processo inflamatório das artérias) e hiper-actividade psicológica e o aumento da vivência de stress emocional, sendo que estes dois factores psicológicos se encontram directamente relacionados com a Personalidade Tipo D. Verifica-se ainda uma forte correlação entre os indicadores biológicos de enfarte (sTNFR1, $p=0,14$ e sTNRF2, $p=0,19$) e a Personalidade Tipo D, podendo-se assim deferir que o tipo D de personalidade como um forte indicador de prognóstico a considerar (Denollet et al, 2003). Estes são os principais factores explicativos da correlação positiva entre a Personalidade Tipo D e o enfarte de miocárdio.

No que respeita ao tipo D de personalidade e a demora de procura de cuidados médicos em doentes com enfarte de miocárdio, não existe qualquer tipo de estudo realizado. Estando a Personalidade Tipo D intimamente ligada a eventos coronários e ao enfarte de miocárdio, torna-se pertinente verificar se existe algum tipo de ligação entre estas duas variáveis.

Havendo evidências de uma forte correlação entre determinadas características da Personalidade Tipo D e o enfarte de miocárdio, é pertinente questionar se a personalidade influencia a percepção que o sujeito tem dos sintomas e, de igual forma, afecta o tempo de demora na procura de cuidados. Assim a questão de investigação do presente estudo é:

Será que existe uma correlação entre demora na procura de cuidados médicos em doentes com enfarte de miocárdio a Percepção de Sintomas e a Personalidade Tipo D?

Está-se então perante um estudo exploratório referente a doentes com enfarte de miocárdio que procura verificar:

- Se a Demora na Procura de Cuidados médicos se relaciona de algum modo com a Percepção de Sintomas dos sujeitos.
- Se a Demora na Procura de Cuidados médicos se relaciona de algum modo com a Personalidade Tipo D.
- Se a Percepção de Sintomas se relaciona de algum modo com a Personalidade Tipo D.
- Como se relacionam estas variáveis com as variáveis sócio-demográficas recolhidas.

MÉTODO

Participantes

A actual investigação caracteriza-se como um estudo descritivo e transversal, debruçando-se sobre um grupo delimitado de sujeitos, num determinado momento, visando a exploração da informação recolhida sobre a amostra.

A amostra foi sequencial, tendo por critério a existência de um primeiro enfarte de miocárdio (não se considerando relevante a existência de um posterior) há menos de 24 meses. Sendo composta por um total de 121 sujeitos, 68 (56,2%) do sexo masculino e 53 (43,8%) do sexo feminino. A média de idades é de 62 anos, tendo o sujeito mais novo 30 anos e o mais idoso 100.

Desta amostra verifica-se ainda que 71,1% se encontra casado, ou em união de facto. A segunda percentagem mais alta relativamente ao estado civil, é a dos viúvos com 17,4%.

No que se refere à coabitação do sujeito, a maior parte vive com o cônjuge (42,1%) ou com este e com os filhos (26,4%). A terceira percentagem mais alta é a dos sujeitos que vivem sozinhos, que são cerca de 18,2% da amostra total.

A média de anos de escolaridade da amostra é de apenas 5 anos, sendo que 19% não apresenta frequência escolar, 33,1% tem 4 anos de escolaridade e 11,9% apresenta 9 anos de escolaridade.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados nesta investigação estavam na sua versão original ou adaptada à população portuguesa. Os instrumentos utilizados foram:

- Ficha Sócio-Demográfica
- Sub-Escala de Identidade do Illness Perception Questionnaire- Revised Version (IPQ-R) Versão Portuguesa
- Questionário de Personalidade Tipo D – 14 (DS14)

Ficha sócio-demográfica

Ficha sócio-demográfica é composta por sete questões e foi elaborada pelos autores da presente investigação com o objectivo de caracterizar o sujeito quanto à sua idade, sexo, estado civil e frequência escolar. Desta ficha constam ainda três questões que remetem para variáveis de grande importância perante o enfarte de miocárdio, o *status* familiar do sujeito, se este vive ou não sozinho, a que distância reside do hospital.

A última questão desta ficha, o tempo que o sujeito demorou entre o aparecimento dos sintomas e a ida ao hospital, é a questão crucial desta investigação, sendo esta a principal variável do presente estudo. As respostas obtidas nesta questão resultam das respostas fornecidas pelos sujeitos e não de uma pesquisa realizada aos dados do processo dos doentes (ver anexo B)

Sub-escala de Identidade do IPQ

A sub-escala de Identidade do IPQ (Weinman et. al., 1996) que foi traduzida por Figueiras, 2003. Esta sub-escala de Identidade é uma escala dicotómica nominal de duas colunas, em que são apresentados 16 sintomas e o sujeito assinala na primeira coluna se teve esse sintoma (sim – 1/ não - 0), e na segunda coluna se acha que esse sintoma se relaciona ou não com a doença em causa (sim – 1/ não - 0).

Os autores do presente estudo acrescentaram a esta lista de sintomas outros 5, no sentido de estarem presentes todos os sintomas que podem ocorrer durante um enfarte de miocárdio.

A cotação é feita mediante a soma dos sintomas assinalados como *sim* (1) na segunda coluna, compreendidos num intervalo de 0 a 21, sendo que uma cotação mais elevada remete para um maior número de sintomas percebidos pelo sujeito como estando ligados ao enfarte de miocárdio (ver anexo B).

Questionário de Personalidade Tipo D-14 (DS14)

A escala DS14 foi desenvolvida por Denolet (2003) e traduzida, mas não aferida, pelo mesmo autor para língua portuguesa.

A escala é composta por duas sub-escalas: afectividade negativa e inibição social. A afectividade negativa, remete para a tendência de experimentar emoções negativas ao longo do tempo e a inibição social que remete para a tendência de inibição de expressões de emoção e comportamentos nas interacções sociais, de forma a evitar a desaprovação dos outros. Quando a inibição social é elevada os sujeitos tendem a sentir-se tensos e inseguros perante os outros (Denollet, 2004). Cada uma destas escalas é constituída por igual número de itens (ver anexo B).

O DS14 é uma escala tipo Likert, com 5 opções de resposta que variam do *Falso* (0) e *Verdadeiro* (4) e 14 itens constituídos por afirmações, havendo a particularidade de o primeiro e terceiro itens serem de cotação invertida. Apenas os sujeitos com valores iguais ou superiores a 10 pontos em ambas as sub-escalas, são classificados como tendo Personalidade Tipo D.

A sub-escala de Afectividade Negativa é formada pelos itens seguintes:

2. Faço muitas vezes de pequenas coisas grandes problemas

4. Sinto-me muitas vezes infeliz

5. Estou muitas vezes irritado

7. Tenho uma visão pessimista das coisas

9. Estou muitas vezes de mau humor

12. Frequentemente dou por mim preocupado com alguma coisa

13. Sinto-me muitas vezes em baixo

A sub-escala de Inibição Social inclui os itens seguintes:

1. Relaciono-me facilmente quando conheço as pessoas

3. Falo muitas vezes com estranhos

6. Fico muitas vezes inibido em relações sociais

8. Tenho dificuldade em iniciar uma conversação

10. Sou uma pessoa fechada

11. Prefiro manter as outras pessoas à distância

14. Quando estou em eventos sociais, é-me difícil encontrar coisas correctas para falar

As sub-escalas apresentam ambas uma boa consistência interna para a amostra do presente estudo, como se pode verificar no quadro seguinte.

Quadro 2. Valores da Consistência Interna das Sub-Escalas da DS14

Sub-Escalas de Personalidade	Nº de Itens	N	Alfa de Cronbach
Afectividade Negativa	7	121	0,81
Isolamento Social	7	121	0,85

Embora os valores apresentados pelo autor sejam mais elevados não apresentam grande variabilidade relativamente aos valores encontrados nesta amostra. Assim, Denollet, apresenta um Alfa de Cronbach de 0,88 para a sub-escla de Afectividade Negativa, e de 0,86 para a sub-escala de Inibição Social (Denollet, 2005).

Relativamente aos valores obtidos para cada factor no que respeita à sub-escala de Afectividade Negativa, surgem em concordância com os valores obtidos e publicados pelo autor, para uma amostra de 438 sujeitos com doença coronária (Denollet, 2005). No entanto, o mesmo não se verifica na sub-escala de Isolamento Social, sendo que os valores obtidos na amostra do presente estudo variam dos apresentados pelo autor. Ou seja o peso de cada item para amostra actual difere do peso de cada item da amostra do autor.

Os dados da amostra actual foram obtidos através da análise dos componentes principais com Rotação Varimax para dois factores.

Estes dados podem ser comprovados no quadro que se apresenta seguidamente.

Quadro 3. Comparação da Análise Factorial das Componentes Principais de cada Sub-Escala do Presente Estudo e do Estudo do Autor

FACTORES					
Afectividade Negativa			Isolamento Social		
Itens	N=121 Presente Estudo	N=438 Denollet	Itens	N=121 Presente Estudo	N=438 Denollet
DS2	0,59	0,71	DS1	0,73	-0,79
DS4	0,78	0,72	DS3	0,73	-0,68
DS5	0,70	0,71	DS6	0,30	0,68
DS7	0,69	0,79	DS8	0,41	0,81
DS9	0,74	0,72	DS10	0,44	0,78
DS12	0,60	0,75	DS11	0,28	0,62
DS13	0,77	0,79	DS14	0,34	0,77

Procedimento

Após o delineamento do problema iniciaram-se os procedimentos para recolha da amostra.

Numa primeira fase escreveram-se as cartas de pedido de autorização e colaboração (ver anexo A) para cada um dos Serviços de Saúde. Foram então remetidas cartas para:

- Hospital de Santo André de Leiria, Serviço de Cardiologia (Internamento e Consulta Externa) – 4 questionários;
- Hospital Distrital de Santarém, Serviço de Cardiologia (Internamento e Consulta Externa) – 34 questionários;
- Administração Regional de Saúde do Alentejo – Sub-Região de Portalegre (Centros de Saúde do Distrito) – 83 questionários.

Após a autorização (ver anexo A) dos respectivos Serviços de Saúde, procedeu-se à passagem dos questionários. A amostra foi recolhida entre Fevereiro e Julho de 2006, em diversas instituições de saúde.

Foi utilizada uma ficha e duas escalas, apresentadas aos sujeitos com uma folha de rosto visando informar o carácter da investigação, a importância da sinceridade das respostas e a confidencialidade dos dados.

Os questionários, de auto-preenchimento, foram entregues aos doentes com enfarte de miocárdio assinalados pelos médicos, mediante ordem de marcação de consulta. No caso de o doente em causa não possuir habilitações literárias suficientes para preencher o questionário, as questões eram-lhe lidas em voz alta por um psicólogo ou enfermeiro (colaborador do estudo) que anotava as respostas dadas pelo sujeito.

Após a recolha dos dados passou-se à introdução dos mesmos, numa base de dados criada para o efeito. A análise estatística, efectuada posteriormente, foi realizada através do programa de análise estatística SPSS (Versão 14.0), conforme as características apresentadas pela amostra. Em todos os testes foi considerado como grau interno de significância um $p < 0,10$.

RESULTADOS

A análise estatística realizada neste estudo baseou-se basicamente em testes não paramétricos, uma vez que, após a realização do teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) se rejeitou a hipótese da distribuição normal da amostra para as variáveis Demora na Procura de Cuidados ($k-s=0,51$, $p=0,00$) e Personalidade Tipo D ($k-s=3,17$, $p=0,00$). Exceptua-se o caso da Percepção de Sintomas que apresenta uma distribuição normal ($k-s=1,42$, $p=0,36$), permitindo a utilização de alguns testes paramétricos.

Em todos os testes foi considerado como grau interno de significância $p < 0,10$.

No que respeita à variável principal do estudo verifica-se que o tempo de Demora na Procura de Cuidados, que não apresenta uma distribuição normal, surge com valores muito diversos e discrepantes. No entanto o valor mais frequente nesta variável é de uma 1 hora, com 24 sujeitos. Seguida de um tempo de demora de 30 minutos, com 14 sujeitos. Em terceiro lugar, com 10 sujeitos cada, encontra-se o tempo de 2 e 48 horas de demora na procura de cuidados.

Quadro 4: Estatísticas Descritivas da Variável Demora na Procura de Cuidados, com e sem os Valores Discrepantes

	Dados Totais	Dados sem Valores Discrepantes
<i>N</i>	121	118
Média	21,46	8,18
Valor Mínimo	0,02	0,02
Valor Máximo	720	96

Através da observação do quadro acima apresentado verifica-se que a média de demora na procura de cuidados médicos, relativa aos dados totais da amostra, é de cerca de 21 horas e 45 minutos. Sendo que o valor máximo encontrado é de 720 horas, ou seja aproximadamente um mês de demora entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a

procura efectiva de ajuda médica. A contribuir para estes valores demasiado elevados, encontramos três dados muito discrepantes na amostra, que ultrapassam as 100 horas de tempo de demora na procura de cuidados (dois de 720 horas e um de 192 horas). Ao serem retirados, o valor máximo encontrado passa a ser de 96 horas, ou seja de 4 dias. A média da amostra é também reduzida substancialmente para as 8 horas e 18 minutos de demora na procura de cuidados, sendo esta a média mais frequente encontrada em estudos realizados nesta área.

No que concerne ao cruzamento das variáveis socio-demográficas com a variável Demora na Procura de Cuidados, não se verifica nenhum efeito significativo, devendo no entanto assinalar-se o cruzamento desta variável com o Estado Civil dos sujeitos. Do cruzamento destas variáveis, e através da aplicação do teste de Kruskal-Wallis (ver anexo C, pag.80), com 4 graus de liberdade, constata-se um efeito, embora que pouco significativo ($\chi^2(4) = 7,86$ $p = 0,9$).

A distribuição da variável de Demora na Procura de Cuidados relativa ao Estado Civil dos sujeitos apresenta-se no gráfico seguinte.

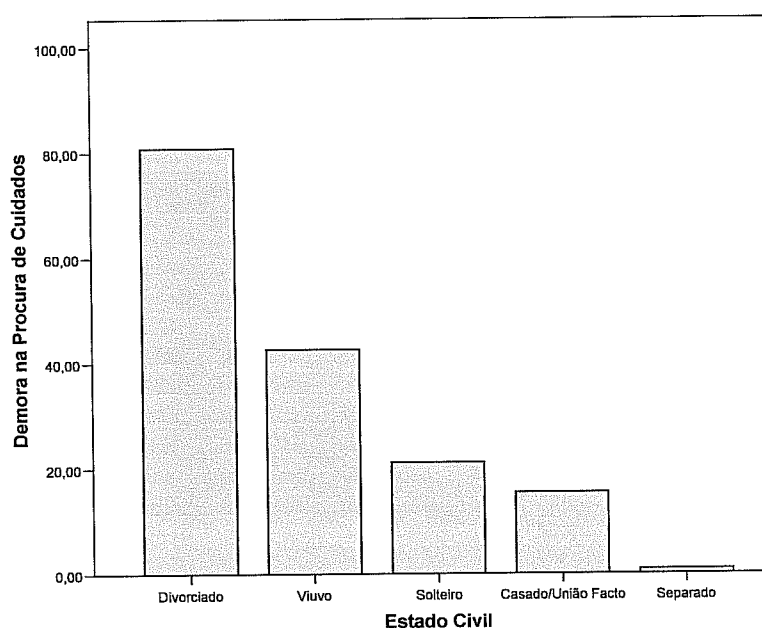


Fig. 6: Gráfico da Média de Demora na Procura de Cuidados por Estado Civil

Pode então verificar-se que o grupo dos Viúvos e dos Divorciados são os que mais demoram a procurar ajuda em caso de enfarte de miocárdio, com uma média aproximada de 40 e 80 horas respectivamente. Os sujeitos com menores valores para esta variável são os Separados com uma média de aproximadamente 1 hora.

A variável Percepção de Sintomas, é a única no estudo que apresenta uma distribuição normal.

Verifica-se para esta variável uma média geral de 7 sintomas ligados ao enfarte de miocárdio, com desvio padrão de 4. Verifica-se ainda uma moda de 4, ou seja a maior parte dos sujeitos assinalaram quatro sintomas que consideram estar associados ao evento coronário, correspondendo estes aos sintomas característicos deste evento (ver anexo C pag. 76):

- A dor no peito, com 76%;
- O aperto no peito, com 67%;
- A fadiga, com 59%;
- Ardor e picadas no peito, com 58%.

Do cruzamento da variável Percepção de Sintomas e as variáveis socio-demográficas observaram-se três correlações a ter em conta: a Idade, os Anos de Frequência Escolar e a Coabitação.

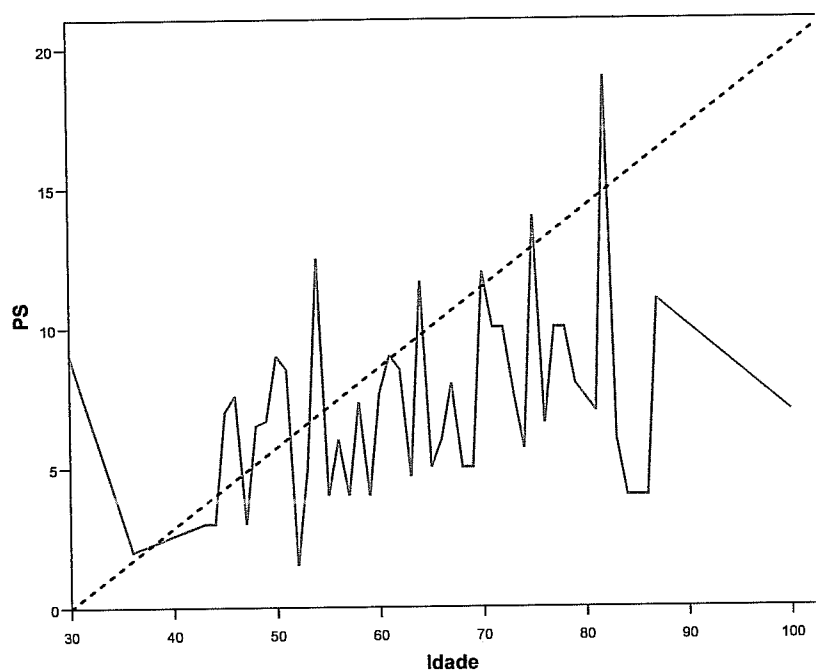


Fig.7: Gráfico da Correlação existente entre Percepção de Sintomas e Idade

No que respeita à Idade observa-se a existência de uma relação linear significativa ($r=0,19$, $p=0,2$), verificada através da aplicação do coeficiente de Correlação de Pearson (ver anexo C, pag. 83) entre a Idade dos sujeitos e a Percepção de Sintomas. Ou seja, o aumento do número de sintomas assinalados como ligados ao enfarte de miocárdio tende a acompanhar o aumento da idade dos sujeitos, como se pode observar na figura 7.

Verifica-se ainda, através da aplicação do teste-F, OneWay-ANOVA, (ver anexo C, pag. 85) que a Percepção de Sintomas é afectada significativamente ($F(5,15)=12,08$, $p=0,72$) pela Coabitação. Apesar deste resultado, após a análise do teste de comparações múltiplas de Tukey (ver anexo C, pag. 86), verifica-se que apesar a categoria “Outros” contribui para este efeito, sendo a única média que difere das restantes categorias de forma significativa.

No que se refere aos Anos de Frequência Escolar, aplicou-se o coeficiente de Correlação de Pearson (ver anexo C, pag. 88), sendo que se observa a existência de uma relação muito significativa ($r=0,25$, $p=0,00$).

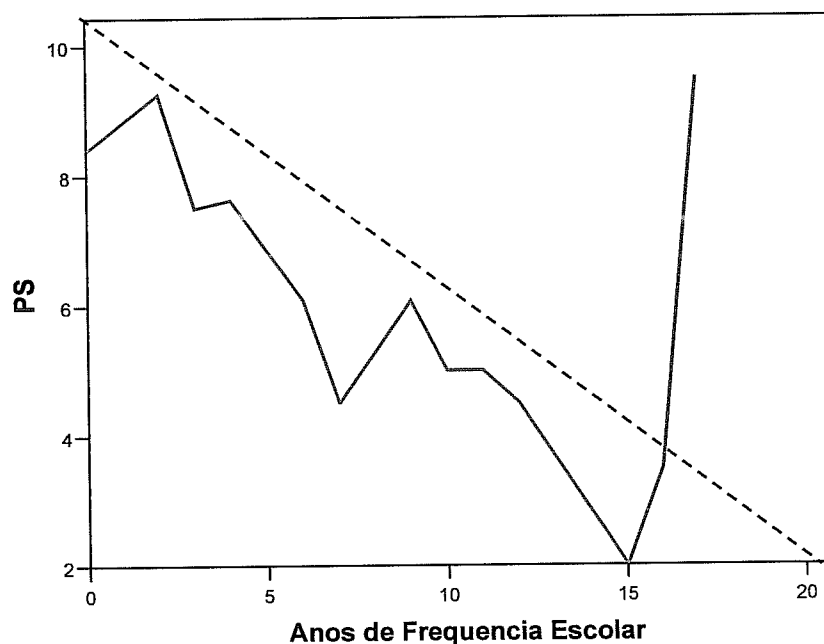


Fig.8: Gráfico do efeito existente entre Percepção de Sintomas e os Anos de Frequência Escolar

Pode então observar-se no gráfico da figura 10, que o número de sintomas percebidos como estando ligado ao enfarte de miocárdio se correlaciona de forma significativa e inversa aos Anos de Frequência Escolar dos sujeitos.

No que se refere à variável Personalidade Tipo D, verifica-se que não apresenta uma distribuição normal.

Quadro 5: Estatísticas Descritivas da Variável Personalidade Tipo D

	Personalidade Tipo D	Personalidade Não Tipo D
Frequência	59	62
Percentagem	48,8%	51,2%
Percentagem Feminina	52,8%	47,2%
Percentagem Masculina	45,6%	54,4%

Através do quadro anterior pode verificar-se que 48,8% dos sujeitos da amostra apresentam Personalidade Tipo D. Observa-se ainda que a diferença entre homens e mulheres não apresenta grande discrepância de valores, sendo que 52,8% das mulheres e 45,6% dos homens se apresentam com Personalidade Tipo D.

Relativamente ao cruzamento da Personalidade Tipo D com as variáveis socio-demográficas, constata-se apenas um efeito pouco significativo ($Z= 1,65$, $p=0,09$), aferido pela aplicação do teste de Mann-Whitney (ver anexo C, pag. 92), entre esta variável e os Anos de Frequência Escolar dos sujeitos.

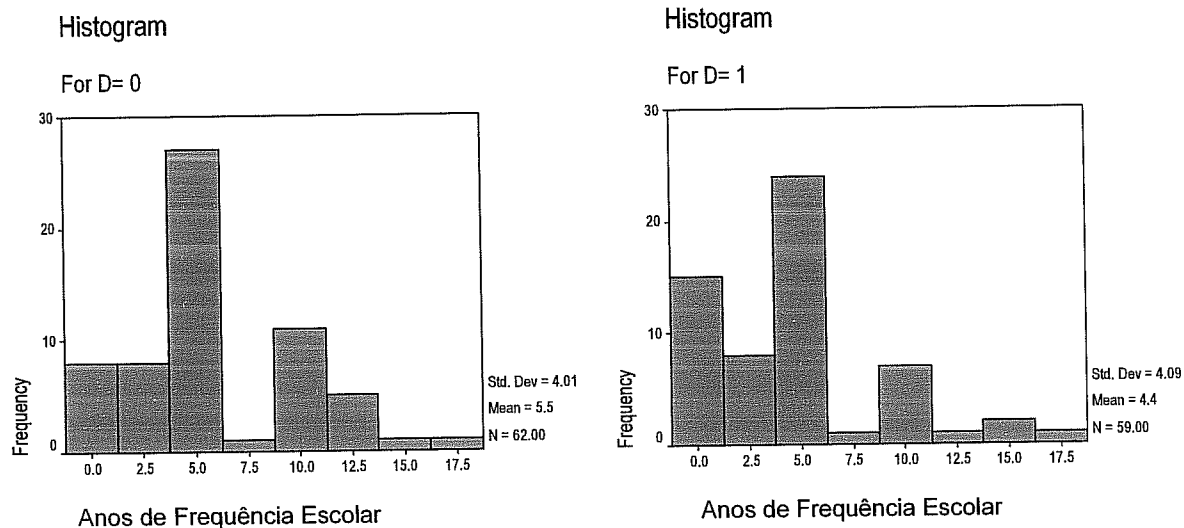


Fig.9: Histogramas da Variável Personalidade Tipo D e dos Anos de Frequência Escolar

Através da análise dos histogramas da figura 11, pode-se observar que a percentagem de sujeitos com menos de 5 Anos de Frequência Escolar é maior no grupo dos sujeitos com Personalidade Tipo D, contrabalançando com a percentagem de indivíduos com 10 ou mais Anos de Frequência Escolar, que se observa menor nesse mesmo grupo.

Do cruzamento das principais variáveis deste estudo não se encontraram correlações estatisticamente significativas.

No que respeita ao cruzamento da variável da Demora na Procura de Cuidados e Personalidade Tipo D, aplicou-se o teste de Mann-Whitney (ver anexo C, pag. 90), que demonstra que as duas variáveis não se relacionam ($Z=1,24, p=0,21$)

Procedeu-se à aplicação do teste t-student (ver anexo C, pag 94), que revela a independência ($t(119)=1,26, p=0,20$) das variáveis Percepção de Sintomas e Personalidade Tipo-D.

Finalmente, procedeu-se ainda à aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson, que revela que a Demora na Procura de Cuidados não se correlaciona ($r=0,09$, $p=0,31$) com a Percepção de Sintomas (ver anexo C, pag. 93).

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No que se refere aos resultados obtidos verifica-se que não existe uma relação entre as principais variáveis do estudo. No entanto, deve-se ter em conta alguns resultados interessantes.

Relativamente à variável Demora na Procura de Cuidados, verifica-se uma média de 21 horas de tempo de demora na procura de cuidados médicos pelos doentes. No entanto considerou-se pertinente retirar alguns dados discrepantes com o resto da amostra no sentido de verificar se a média de demora da amostra geral se aproximava da referida pela Sociedade Europeia da Cardiologia e pelo Conselho Europeu de Ressuscitação. Verificou-se na realidade uma aproximação substancial, uma vez que a média obtida, de 8 horas, se aproxima das 6 dadas como referencia por estas entidades. De salientar ainda que o valor mais referido pelos doentes foi de uma hora.

É curioso ainda verificar que, nesta amostra, são os Separados que menor tempo levam a procurar ajuda mediante enfarte de miocárdio. Mais interessante se torna ao observamos que num universo de 5 sujeitos Separados, apenas um vive na companhia dos Filhos. Este factor torna-se pertinente uma vez que um dos factores referidos na literatura para uma mais rápida procura de cuidados é partilha de sintomas com terceiros. Seguem-se os Casados/União de Facto e os Solteiros, sendo em ambos os grupos o número de sujeitos a viver sozinho bastante reduzido.

No sentido oposto, como maior tempo de demora na procura de cuidados, encontram-se os Divorciados e os Solteiros, grupos estes, que tal como os Separados, apresentam elevado número de sujeitos a viverem sozinhos.

Embora a variável em causa não se correlacione com a variável Coabitação, não deixa de ser pertinente constatar este facto.

De salientar que, embora os sujeitos vivam sozinhos, não significa que não possam partilhar com terceiros os seus sintomas. No entanto esta condição poderá ser facilitada mediante a coabitação com outros, sendo que esse factor implica maior proximidade e sensibilidade dos parceiros de casa ao bem ou mal-estar do sujeito em causa.

Na variável Percepção de Sintomas, deve-se salientar o facto da existência de uma correlação bastante significativa nesta amostra, com a variável Anos de Frequência Escolar. Que, ao contrário do que se poderia pressupor numa primeira abordagem, se correlacionam de forma inversa, ou seja quanto menos Anos de Frequência Escolar, maior o número de sintomas percebidos como estando ligados ao enfarte de miocárdio.

Torna-se ainda interessante constatar que nem mesmo associando ao enfarte de miocárdio um maior número de sintomas, os sujeitos agiram mais rapidamente no que respeita a uma decisão/acção mais rápida na procura de ajuda.

Levantam-se neste caso várias hipóteses explicativas. Uma delas pode encontrar-se associada ao instrumento em si, sendo que, analisando cuidadosamente as respostas dadas, se observam dois tipos de interpretação:

- Tudo e apenas o que o sujeito sentiu estava relacionado com o enfarte de miocárdio;
- Alguns sintomas estão ligados ao enfarte de miocárdio, embora o sujeito não os sentisse.

As diferentes interpretações podem ter levado ao resultado final, obtido na amostra.

Outra hipótese que se levanta, tem a ver com o facto de os questionários terem sido aplicados desde alguns dias após o enfarte de miocárdio, até cerca de 24 meses depois. Poder-se-á especular que após o enfarte de miocárdio há um aumento do conhecimento relativo aos sintomas do evento coronário vivido. Estando este conhecimento já integrado na experiência do sujeito, pode influenciar as respostas dadas na sub-escala de Identidade do IPQ.

Também na variável Personalidade Tipo D existe uma relação no que se refere aos Anos de Frequência Escolar. Sendo que os sujeitos com Personalidade Tipo D os que apresentam menos Anos de Frequência Escolar, do que os sujeitos sem este tipo de personalidade.

Embora os Anos de Frequência Escolar surjam neste estudo relacionados a duas das principais variáveis, deve-se considerar que 87,4% da amostra se distribui entre os 0 e os 9 anos e apenas 12,6% da amostra se apresenta com 10 ou mais anos de frequência

escolar. Aumentando assim a probabilidade da existência de correlações das variáveis com os baixos níveis de escolaridade.

O estudo actual deparou-se com algumas questões que poderão ter influenciado os resultados obtidos.

Algumas dessas situações prendem-se com o instrumento e a sua forma de aplicação, já referidas e desenvolvidas anteriormente.

Uma delas passa pelas diferentes interpretações feitas pelos sujeitos no que respeita à sub-escala de Identidade do IPQ.

Outra questão passa pelo facto de, em muitas ocasiões, o baixo nível de escolaridade dos sujeitos da amostra, ter levado a que um questionário que deveria ser de auto-preenchimento, fosse aplicado por uma terceira pessoa. Este facto pode de alguma forma ter influenciado as respostas dos sujeitos, embora os técnicos responsáveis por essa tarefa sejam idóneos e circunspectos.

Ainda no que se refere ao preenchimento dos questionários há que mencionar que as respostas dadas são de carácter retrospectivo, podendo o tempo decorrido entre o enfarte de miocárdio e a passagem do questionário, ter esbatido pormenores e alterado a perspectiva do doente no que concerne ao evento em si.

Embora o critério de selecção da amostra tenha sido a existência de um primeiro enfarte de miocárdio nos últimos 24 meses, deve-se considerar que a recolha dos dados foi efectuada em diferentes pontos do país, sendo os principais Santarém (com 42% da amostra) e Distrito de Portalegre (69% da amostra), sendo que Leiria contribuiu com um número residual de questionários (apenas 3% da amostra). Estas variáveis não foram analisadas nem consideradas no estudo, mas podem, no entanto ser um elemento que influencie os resultados obtidos.

A realização do estudo actual deparou-se com limitações e dificuldades, não deixando por isso de levantar algumas questões pertinentes relativas ao tema em causa, que podem ser alvo de futuras investigações. A demora na procura de cuidados médicos por doentes com enfarte de miocárdio é um tema actual, pertinente e estreitamente ligado à Psicologia da Saúde. As variáveis condicionantes do tempo de demora na procura de cuidados devem ser alvo de investigação a nível da Psicologia da Saúde uma vez que são diversas as variáveis psicológicas envolvidas no processo, e ainda desconhecidas. O deslindar destas e a sua compreensão pode marcar a diferença, tanto no mundo da medicina, como no mundo da Psicologia, podendo determinar o salvamento de muitas vidas ameaçadas por uma doença actual e crescente nos países desenvolvidos.

Os vagos resultados obtidos nesta investigação levantam questões que se prendem com o Estado Civil do sujeito, porque será que é a categoria dos Separados que menos tempo demora a procurar ajuda médica mediante enfarte de miocárdio? Será que esta questão se prende com estado psicológico destas pessoas, que podendo estar a passar por um processo de luto direccionam a sua atenção para as alterações corporais, recorrendo a estas e ao sentir-se doente para conseguir algum ganho secundário com a situação? Ou será uma mera questão de aleatoriedade e que se prende com esta amostra específica?

Porque será que os Anos de Frequência Escolar se correlacionam de forma inversa com o número de sintomas percebidos como ligados ao enfarte? Será, mais uma vez um facto aleatório que se prende com as características desta amostra específica, ou não? Outra questão que se levanta é o motivo que essas mesmas pessoas, tendo, em principio maior consciência dos sintomas do enfarte, não actuam de forma mais rápida que as restantes?

São algumas das questões que poderão vir a ser estudadas no futuro, tentando ultrapassar algumas das dificuldades apresentadas no actual estudo e contribuindo mais um pouco para a compreensão do que move os sujeitos a procurarem ajuda médica em caso de enfarte de miocárdio de forma mais ou menos rápida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Allegro (2005) Cardiac events in New Jersey after the September 11, 2001, terrorist attack. *Nursing Standart*, 20, 18-19.

André, C. (2005) *Qualidade de vida e doença coronária*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Braga, C. e Cruz, D. (2004) *Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos*, extraído da tese “construção e validação de um instrumento para avaliação do sentimento de impotência”. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Consultado a 20 de Março de 2006, através da base de dados de Google Scholar.

Braunwald, (2005) *Braunwald's Heart Disease, a textbook of cardiovascular medicine* 7th edition, vol.2. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Carvalho, Manuel (2004) Onde vamos e para onde vamos na diabetes em Portugal e no Mundo. *Sociedade Portuguesa de Diabetologia*, 7, 4-8.

Cooper, C., Dewe, P., O'Driscoll, M. (2002). *Organizational Stress*. Sage Publications Inc.

Consultado a 13 de Março de 2006, através da base de dados de Google Book Scholar.

Crane, D. (2005) *Handbook of Families and Health*. Sage Publications Inc.

Consultado a 22 de Março de 2006, através da base de dados de Google Book Search.

Dennolet, J. & Heck, G. (2001) Psychological risk factors in heart disease: What Type D Personality is (not) about. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 465-468..

Despacho 16415/2003 (II Série) – Diário da República nº 193 de 22 de Agosto

Dias, A. (2004) Personalidade e Coronariopatia *Millenium on-line, Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 30. 191-201.

Faber, J & Rubin, E. (2004) *Rubin's Pathology*. Lippincott: Williams & Wilkins. Consultado a 22 de Março de 2006, através da base de dados de Google Book Search.

Finnegan, J., Meisdriker, H., Zapka, J., Levinton, L., Meshack, A., Garner, R., Estabrook, B., Hall, N., Schaeffer, S., Smith, C., Weitzman, E., Raczynski, J. & Stone, E. (2000). Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: findings from focus groups conducted in five U. S. regions. *Preventive Medicine*, 31, 205-213.

Frangogiannis, N, Smith, C. & Entman, M. (2002) The inflammatory response in myocardial infarction, *Cardiovascular Research*, 53, 31-47.

Gouveia, J. (2004) *Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós enfarte agudo de miocárdio*, não publicada, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade do Minho.

Consultado a 23 Maio de 2006, através da base de dados de Google Scholar.

Habra, M., Linden, W., Anderson, J. (2001). Established and emerging personality constructs in behavioral cardiology: associations with resting blood pressure and cardiovascular responses to acute stress. *Psychosomatic Medicine*, 63, 119-128.

Horne, R., James, D., Petrie, K., Weinman, J. & Vincent, R. (2000). Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart*, 83, 388-393.

Kirita, G. & Pimenta, C. (2004) Adesão ao tratamento da dor crónica e o locus controle da saúde. *Revista Escolar de Enfermagem USP*, 38, 254-261.

Leslie, W., Urie, A., Hooper, J., & Morrison, C. (2000). Delay in calling for help during myocardial infarction: reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. *Heart*, 84, 137-141.

Lubkin, I., Larsen, P. (2002) *Chronic Illness*. Jones and Bartlett Publishers. Consultado a 12 de Fevereiro de 2006, através da base de dados de Google Book Search.

Manuila, L., Manuila, A., Lewalle P. & Nicoulin, M.(2001). *Dicionário Médico* (Segunda Edição). Lisboa: Climepsi.

Matos, Pedro (2004) Diagnostico e acompanhamento de da doença coronária em doente diabéticos. *Sociedade Portuguesa de Diabetologia*, 7, 11-15.

Murberg, T., Bru E., Aarsland, T. (2001). Personality as a predictor of mortality among patients with congestive heart failure: a tow-year foloow-up study. *Perceptions and Individual Differences*, 30, 749-57.

Newman, S. (2003). The psychological perspective: a professional view. *Heart*, 89, Sup. II, ii16-ii17.

O'Rourke, R.; Fuster, V. & Alexander, R. (2004) *Hurst's the Heart* (11ª Edição). New York: McGram-Hill

Página da Web da Fundação Portuguesa de Cardiologia.

Consultado a 17 de Fevereiro de 2006 através de:

<http://cardiologia.browser.pt/PrimeiraPagina.aspx?ID=17>

Página da Web de CONSULTA DE LIPIDOLOGIA / DISLIPIDEMIAS, Da Responsabilidade de Prof. José Manuel Silva.

Consultado a 17 Fevereiro de 2006 através de:

www.huc.min-saude.pt/consulta-lipidologia/RIGHT.htm

Página da Web do Ministério da Saúde de Portugal.

Consultado a 17 de Fevereiro de 2006, através de:

<http://www.min-saude.pt/portal>

Perry, K., Petrie, K., Ellis, C., Horne, R. & Moss-Morris, R. (2001). Symptom expectations and delay in acute myocardial infarction patients. *Heart*, 86, 91-93.

Petersen, S. & Denollet, J. (2003) Type D personality, cardiac events and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 10, 241-248.

Petersen, S., Domburg, R., Theun, D., Jordaens, L. & Erman, R. (2004) Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners *Psychosomatic Medicine*, 66, 714-719.

Phipps, Long, Woods & Cassmeyer (1999). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. Lisboa: Lusodidacta Vol. 2.

Plano Nacional de Saúde, 2004 / 2010, (2004) Vol.II - Orientações Estratégicas
Portal da Saúde Editada a 14 de Fevereiro de 2006.

Consultada a 17 de Fevereiro de 2006, através de:

<http://www.portaldaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm>

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

Rice, V. (2000) *Hand Book of Stress, Coping and Health*. Sage Publications Inc.
Consultado a 13 de Março de 2006, através da base de dados de Google Book Scholar.

Scott, S., Grunfeld, E., Main, J., McGurk, M. (Accepted in 2005). Patient delay in oral cancer: a qualitative study of patient's experiences. *Psycho-Oncology* (in press).

Shiffer, A., Petersen, S., Widdershoven, J., Hendriks, E., Winter, J. & Denollet, J. (2005) The distresses (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12, 314-346.

Sneltze, S. & Boe, B. (2000). *Brummer e Suddarth Tratado de Enfermagem Medico-Cirurgica*. Rio de Janeiro, 9ª Edição, Vol. 2.

Snyder, C. & Lopez, S. (Eds.) (2006) *Handbook of Positive Psychology*. London: Oxford University Press.

Consultado a 13 de Março de 2006, através da base de dados de Google Book Search.

Soares-Costa, J. (2005) Nova definição clínica do enfarte do miocárdio, *Medicina Interna*, 12, 37-41.

Sousa, C. (2004) *Personalidade Tipo D, Sentido Interno de Coerência e Patologia na Coluna Vertebral*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Trigo, M.; Rocha, E. & Coelho, R. (2000) Factores psicossociais de risco na doença das artérias coronárias, revisão crítica da literatura. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2,149-199.

Viegas, J. (2002) *The heart: learning how hour blood circulates*. The Rosen Publishing Group.

Consultado a 13 de Março de 2006, através da base de dados de Google Book Search:

<http://books.google.com/books?vid=ISBN0823935329&id=wtdeF2ZBdp4C&printsec=frontcover&dq=The+heart:+learning+how+hour+blood+circulates&hl=pt-BR>

Weinman, J. (May, 2006). *Illness Perception*. Comunicação apresentada nos Cursos Monográficos do Mestrado de Psicologia da Saúde, Edição2004/2006.

Weinman, J., Moss-Morris, K., Horna, R., (1996). The Illness Perception Questionais: A New Method for Assessing the Cognitive Representation of Illness. *Psychology and Health*, 11, 431-440.

Anexos

Anexo A:
Pedido de Autorização e
Respectivas Respostas

Elsa Loução Reia

elsa.reia@gmail.com

96 27 600 95 / 91 26 743 53

Ao Ex^{mo(a)} Sr. Director(a) do(a)Assunto: Pedido de Colaboração

O meu nome é Elsa Reia e sou aluna do 2º ano do Mestrado de Psicologia da Saúde no Instituto de Psicologia Aplicada (ISPA) de Lisboa. E encontro-me neste momento a realizar a tese, sob a orientação do Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro, com o objectivo de verificar se existe uma correlação, entre a Personalidade Tipo-D e a demora na procura de cuidados e percepção de sintomas em doentes com enfarte de miocárdio. Como é do conhecimento geral a realização de qualquer trabalho científico passa pela recolha da amostra, sendo esta apenas possível com cooperação de diversas entidades. Assim sendo, venho por este meio apelar à vossa colaboração através da autorização da passagem de um pequeno questionário aos doentes que tenham sofrido este tipo de patologia. O questionário é de fácil preenchimento, demorando apenas alguns minutos a ser realizado, e poderá inclusive ser passado na sala de espera das consultas externas.

Envio em anexo o instrumento a ser utilizado na recolha dos dados, bem como o projecto de tese, de forma a fundamentar o interesse desta investigação para a comunidade científica. Para qualquer tipo de esclarecimento e futuro contacto, por favor utilizar os contactos acima referidos.

Relembro que sem a vossa preciosa ajuda esta investigação não poderá ser concretizada.

Aguardo ansiosamente a vossa resposta

Com os meus sinceros agradecimentos,

Elsa Loução Reia

HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ, E.P.E.

Exma. Senhora
Elsa Loução Reia
Rua José Leite Vasconcelos, nº 136
7300 – 191 Portalegre

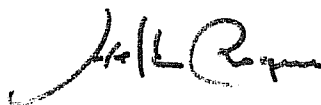
Assunto: Pedido de Aplicação de Questionário

“A demora do coração partido – A personalidade tipo D e a demora na procura de cuidados de saúde em doentes com enfarte de miocárdio”

No seguimento do V/ requerimento, de 2006.01.05, informamos V. Exa. que o Conselho de Administração, em 2006.01.17, deliberou autorizar a aplicação do pedido de questionário acima referido.

Com os melhores cumprimentos.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



(HELDER MANUEL MATIAS ROQUE)

AC



HOSPITAL de SANTARÉM

FAX

Data/Date: 30.01.06 Fax N.º/Fax N.º: _____ N.º Pág/N.º Pages: _____

Para/To: Instituto de Psicologia Aplicada Att.: aluna do 2º ano do Mestrado em
Psicologia da Saúde - Srª Drª Elsa
Reia

Fax: _____ C.c.: _____

De/From: _____ Fax: _____

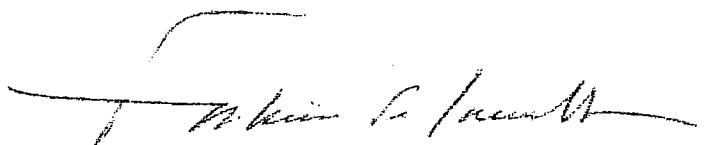
A informação contida nesta mensagem é confidencial e destina-se unicamente ao uso da pessoa ou entidade acima referida. A reprodução ou divulgação do seu conteúdo por pessoa não autorizada é proibida. Se recebeu este fax por engano, por favor contacte-nos.

Assunto/Subject: Pedido de colaboração – aplicação de questionário.

Sobre o assunto referido informamos que é possível a realização do estudo pretendido, no Serviço de Cardiologia deste Hospital, devendo dirigir-se ao Sr. Enfº Carlos André, profissional contactado para o efeito pela Directora do Serviço, Sr.ª Dr.ª Graça Ferreira da Silva.

Com os melhores cumprimentos

O Director Clínico



Dr. Francisco Ribeiro de Carvalho

Administração Regional de Saúde
do Alentejo
Sub-Região de Saúde de Portalegre



Ministério da Saúde

Ex.ma Sr^a Dr^a
Elsa Reia
R José Leite de Vasconcelos lote 136
7300-191 Portalegre

/Coord.

16/02/2006

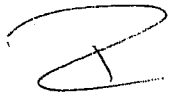
Of.º n.º 286

Assunto: Envio de documento (Pedido de Colaboração).

Por Indicação da Senhora Coordenadora da Sub-Região de Saúde Portalegre, somos a enviar o despacho referente ao documento acima referido.

Com os melhores cumprimentos.

 O Serviço de Apoio á Coordenação



O estado é suficiente,
para que sou de opinião.
que poderi de autorizado.

14/02/06

Sérgio Antunes
Enf.º Supervisor

Ao Ex^{mo} Sr. Enf. Supervisor da
Administração Regional de Saúde do Alentejo
Dr. Sérgio Antunes

Notifico a asadeg
vos e saude.
A edasorega dos

Elsa Loução Reia

elsa.reia@gmail.com

96 27 600 95 / 91 26 743 53

Assunto: Pedido de Colaboração



Professores
e opcao de

16/2/06

O meu nome é Elsa Reia e sou aluna do 2º ano do Mestrado de Psicologia da Saúde no Instituto de Psicologia Aplicada (ISPA) de Lisboa. Encontro-me neste momento a realizar a tese, sob a orientação do Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro, com o objectivo de verificar se existe uma correlação, entre a Personalidade Tipo-D e a demora na procura de cuidados e percepção de sintomas em doentes com enfarte de miocárdio. Como é do conhecimento geral a realização de qualquer trabalho científico passa pela recolha da amostra, sendo esta apenas possível com cooperação de diversas entidades. Assim sendo, venho por este meio apelar à vossa colaboração através da autorização da passagem de um pequeno questionário aos doentes que tenham sofrido este tipo de patologia. O questionário é de fácil preenchimento, demorando apenas alguns minutos a ser realizado, e poderá inclusive ser passado na sala de espera das consultas.

MANUELA LOURO
Coordenadora Sub-Regional

Neste momento disponho da colaboração de dois hospitais distritais da região centro do país (Hospital Distrital de Santarém e Hospital Santo André de Leiria). Sendo que a amostra é de alguma dificuldade de recolha; que o Hospital José Maria Grande não dispõe de serviço de cardiologia e que, sendo eu natural da região, tinha interesse pessoal na recolha de amostra nesta zona, vinha por este meio pedir a vossa colaboração através dos Centros de Saúde do distrito.

Para a boa recolha da amostra seria necessária a colaboração do pessoal técnico de saúde, para identificação dos doentes com um ou mais episódios de enfarte de miocárdio, e respectiva solicitação do doente ao preenchimento do questionário.

Anexo B:
Instrumento

Questionário

Os questionários que se seguem destinam-se a integrar um projecto de investigação para uma tese de mestrado sobre variáveis psicológicas e a procura de cuidados em doentes com enfarte de miocárdio, na área da Psicologia da Saúde.

Não existem respostas certas nem erradas, pelo que lhe pedimos que responda a todas as questões com o máximo de sinceridade.

Todos os dados fornecidos serão tratados confidencialmente e será garantido o anonimato.

Agradece-se desde já a colaboração e o tempo dispendido.

1. Data de Nascimento: ____ (DD) / ____ (MM) / _____ (AAAA)

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Estado Civil:

() casado(a) / união de facto

() viúvo(a)

() separado(a)

() solteiro(a)

() divorciado(a)

4. Com quem mora?

() sozinho(a)

() com o cônjuge

() com o cônjuge e filhos

() pais

() filhos

() outro(s):

5. Frequentou a escola?

() Sim, por _____ ano(s) () Não

6. A sua residência habitual encontra-se a que distância do Hospital?

7. Entre o aparecimento dos sintomas e a ida ao Hospital quando, teve o seu **1º enfarte de miocárdio**, demorou aproximadamente quanto tempo?

Esta lista refere-se a um número de sintomas que poderá ou não ter tido antes e durante o seu 1º enfarte de miocárdio. Por favor indique marcando com um x (sim ou não).

	Quando tive o meu 1º enfarte de miocárdio tive este sintoma		Este sintoma está relacionado com a minha doença	
	Sim	Não	Sim	Não
1 .Dores	Sim	Não	Sim	Não
2. Dores de garganta	Sim	Não	Sim	Não
3. Náusea	Sim	Não	Sim	Não
5. Dor no maxilar	Sim	Não	Sim	Não
6. Falta de ar	Sim	Não	Sim	Não
7. Perda de peso	Sim	Não	Sim	Não
8. Dor no pescoço	Sim	Não	Sim	Não
9. Fadiga (cansaço)	Sim	Não	Sim	Não
10. Dor no peito	Sim	Não	Sim	Não
11. Rigidez nas articulações	Sim	Não	Sim	Não
12. Aperto no peito	Sim	Não	Sim	Não
13. Olhos inflamados	Sim	Não	Sim	Não
14. Dor no braço	Sim	Não	Sim	Não
15. Dificuldade em respirar	Sim	Não	Sim	Não
16. Dores de cabeça	Sim	Não	Sim	Não
17. Suores frios	Sim	Não	Sim	Não
18. Indisposição de estômago	Sim	Não	Sim	Não
19. Dificuldade em dormir	Sim	Não	Sim	Não
20. Tonturas	Sim	Não	Sim	Não
21. Perda de forças	Sim	Não	Sim	Não
22. Ardor e picadas no peito	Sim	Não	Sim	Não

Por favor indique marcando com um **x** o numero que mais se aproxima da sua realidade em cada uma das situações apresentadas.

0=Falso **1=**Quase Falso **2=** neutro **3=**quase verdadeiro **4=**verdadeiro

- | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Relaciono-me facilmente quando conheço as pessoas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Faço muitas vezes de pequenas coisas grandes problemas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Falo muitas vezes com estranhos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Sinto-me muitas vezes infeliz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Estou muitas vezes irritado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Fico muitas vezes inibido em relações sociais | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Tenho uma visão pessimista das coisas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Tenho dificuldade em iniciar uma conversação | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Estou muitas vezes de mau humor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sou uma pessoa fechada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Prefiro manter as outras pessoas à distância | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Frequentemente dou por mim preocupado com alguma coisa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Sinto-me muitas vezes em baixo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Quando estou em eventos sociais, é-me difícil encontrar coisas correctas para falar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo C:
Análise Estatística

ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA FICHA SOCIO-DEMOGRÁFICA

n= 121

Statistics

FSD1: Idade

N	Valid	121
	Missing	0
Mean		62,55
Mode		46(a)
Minimum		30
Maximum		100

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

FSD2 - Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	68	56,2	56,2	56,2
	Feminino	53	43,8	43,8	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

FSD2 * FSD3 Crosstabulation

		Estado Civil					Total
		Casado/ União Facto	Viuvo	Separad o	Solteiro	Divorciad o	
Género	Masculino	53	9	3	1	2	68
	Feminino	33	12	2	5	1	53
Total		86	21	5	6	3	121

FSD4 * FSD3 Crosstabulation

Count

		Estado Civil					Total
		Casado/Uni ão Facto	Viuvo	Separad o	Solteiro	Divorcia do	
Coa bit.	Sozinho	2	12	4	2	2	22
	Com Cónjuge	51	0	0	0	0	51
	Com Cónjuge e Filhos	32	0	0	0	0	32
	Pais	0	0	0	2	0	2
	Filhos	0	6	1	0	0	7
	Outros	1	3	0	2	1	7
Total		86	21	5	6	3	121

FSD3 – Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Casado/União Facto	86	71,1	71,1	71,1
Viúvo	21	17,4	17,4	88,4
Separado	5	4,1	4,1	92,6
Solteiro	6	5,0	5,0	97,5
Divorciado	3	2,5	2,5	100,0
Total	121	100,0	100,0	

FSD4 – Coabitação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sozinho	22	18,2	18,2	18,2
Com Cônjuge	51	42,1	42,1	60,3
Com Cônjuge e Filhos	32	26,4	26,4	86,8
Pais	2	1,7	1,7	88,4
Filhos	7	5,8	5,8	94,2
Outros	7	5,8	5,8	100,0
Total	121	100,0	100,0	

FSD5 – Anos de Frequência Escolar

N	Valid	121
	Missing	0
Mean		5,00
Median		4,00
Mode		4
Std. Deviation		4,070
Minimum		0
Maximum		17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem Frequência Escolar	23	19,0	19,0	19,0
2	4	3,3	3,3	22,3
3	12	9,9	9,9	32,2
4	40	33,1	33,1	65,3
6	11	9,1	9,1	74,4
7	2	1,7	1,7	76,0
9	14	11,6	11,6	87,6
10	2	1,7	1,7	89,3
11	2	1,7	1,7	90,9
12	6	5,0	5,0	95,9
15	1	,8	,8	96,7
16	2	1,7	1,7	98,3
17	2	1,7	1,7	100,0
Total	121	100,0	100,0	

FSD6 - Distância entre casa e Hospital

N	Valid	121
	Missing	0
Mean		12,3277
Median		10,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		11,65442
Minimum		,05
Maximum		45,00

ESTATISTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS PRINCIPAIS

Demora na Procura de Cuidados

Statistics

DPC

N	Valid	121
	Missing	0
Mean		21,4659
Median		1,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		93,90152
Minimum		,02
Maximum		720,00

N	Valid	118
	Missing	0
Mean		8,1811
Median		1,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		16,61337
Minimum		,02
Maximum		96,00

DPC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,02	1	,8	,8	,8
,03	1	,8	,8	1,7
,05	3	2,5	2,5	4,1
,10	4	3,3	3,3	7,4
,12	1	,8	,8	8,3
,15	2	1,7	1,7	9,9
,20	4	3,3	3,3	13,2
,25	2	1,7	1,7	14,9
,30	14	11,6	11,6	26,4
,35	1	,8	,8	27,3
,40	3	2,5	2,5	29,8
,45	5	4,1	4,1	33,9
,50	1	,8	,8	34,7
,60	1	,8	,8	35,5
1,00	24	19,8	19,8	55,4
1,15	1	,8	,8	56,2
1,30	4	3,3	3,3	59,5
1,40	1	,8	,8	60,3
2,00	10	8,3	8,3	68,6
2,30	1	,8	,8	69,4
3,00	2	1,7	1,7	71,1
3,30	1	,8	,8	71,9
4,00	2	1,7	1,7	73,6
5,00	1	,8	,8	74,4
5,30	2	1,7	1,7	76,0
6,00	1	,8	,8	76,9
8,00	2	1,7	1,7	78,5
9,00	1	,8	,8	79,3
10,00	1	,8	,8	80,2
12,00	2	1,7	1,7	81,8
20,00	1	,8	,8	82,6
24,00	5	4,1	4,1	86,8
36,00	1	,8	,8	87,6
48,00	10	8,3	8,3	95,9
50,00	1	,8	,8	96,7
96,00	1	,8	,8	97,5
192,00	1	,8	,8	98,3
720,00	2	1,7	1,7	100,0
Total	121	100,0	100,0	

PERCEPÇÃO DE SINTOMAS

Statistics

PS

N	Valid	121
	Missing	0
Mean		7,12
Median		6,00
Mode		4
Std. Deviation		4,060
Minimum		0
Maximum		19

PS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	3	2,5	2,5	2,5
1	3	2,5	2,5	5,0
2	6	5,0	5,0	9,9
3	12	9,9	9,9	19,8
4	16	13,2	13,2	33,1
5	12	9,9	9,9	43,0
6	11	9,1	9,1	52,1
7	6	5,0	5,0	57,0
8	8	6,6	6,6	63,6
9	5	4,1	4,1	67,8
10	12	9,9	9,9	77,7
11	8	6,6	6,6	84,3
12	5	4,1	4,1	88,4
13	4	3,3	3,3	91,7
14	6	5,0	5,0	96,7
15	2	1,7	1,7	98,3
16	1	,8	,8	99,2
19	1	,8	,8	100,0
Total	121	100,0	100,0	

ESTADÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS PROGNÓSTICAS

PERSONALIDADE TIPO D

Statistics

N	Valid	121
	Missing	0
Mean		,49
Median		,00
Mode		0
Std. Deviation		,502
Minimum		0
Maximum		1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	62	51,2	51,2	51,2
1	59	48,8	48,8	100,0
Total	121	100,0	100,0	

FSD2 * d = 1 (FILTER) Crosstabulation

Count

		d = 1 (FILTER)		Total
		Not Selected	Selected	
FSD2	Masculino	37	31	68
	Feminino	25	28	53
Total		62	59	121

NORMALIDADE AMOSTRA TOTAL
n= 121

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		DPC
N		121
Normal Parameters(a,b)	Mean	21,4659
	Std. Deviation	93,90152
Most Extreme Differences	Absolute	,410
	Positive	,358
	Negative	-,410
Kolmogorov-Smirnov Z		4,506
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Os valores obtidos na Demora na Procura de Cuidados, não apresentam distribuição normal, como $p\text{-value} = 0,00 < \alpha = 0,10$ como se pode verificar através do teste K-S.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		PS
N		121
Normal Parameters(a,b)	Mean	7,12
	Std. Deviation	4,060
Most Extreme Differences	Absolute	,129
	Positive	,129
	Negative	-,084
Kolmogorov-Smirnov Z		1,418
Asymp. Sig. (2-tailed)		,036

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Os valores obtidos no IPQ, sub-escala de percepção de sintomas, apresentam uma distribuição normal, como se pode verificar através do teste K-S, que tem um $pe=0,036 > \alpha 0,10$.

**NORMALIDADE AMOSTRA
PERSONALIDADE TIPO -D
n= 59**

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		PTD
N		59
Normal Parameters(a,b)	Mean	20,6136
	Std. Deviation	94,29602
Most Extreme Differences	Absolute	,414
	Positive	,367
	Negative	-,414
Kolmogorov-Smirnov Z		3,177
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Os valores obtidos no FSD7, Demora na Procura de Cuidados, não apresentam uma distribuição normal, como se pode verificar através do teste K-S, $p = 0,00 < \alpha = 0,10$.

Demora na Procura de Cuidados

e

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

IDADE

Correlations

		DPC	Idade
DPC	Pearson Correlation	1	-,026
	Sig. (2-tailed)		,777
	N	121	121
Idade	Pearson Correlation	-,026	1
	Sig. (2-tailed)	,777	
	N	121	121

Por aplicação do teste-t ao coeficiente de Correlação de Pearson com $p=0,777 > \alpha=0,10$ pode considerar-se Demora na Procura de Cuidados não se correlaciona com a Idade.

GÉNERO

Mann-Whitney Test

Ranks

	Género	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DCP	Masculino	68	56,78	3861,00
	Feminino	53	66,42	3520,00
	Total	121		

Test Statistics(a)

	DPC
Mann-Whitney U	1515,000
Wilcoxon W	3861,000
Z	-1,507
Asymp. Sig. (2-tailed)	,132

a Grouping Variable: FSD2

Através do teste de Mann-Whitney com $p=0,13 > \alpha=0,10$ pode considerar-se que a Demora na Procura de Cuidados não é afectada pelo Género.

ESTADO CÍVIL

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	EC	N	Mean Rank
DPC	Casado/União Facto	86	57,26
	Viuvo	21	68,40
	Separado	5	47,30
	Solteiro	6	84,33
	Divorciado	3	92,67
	Total	121	

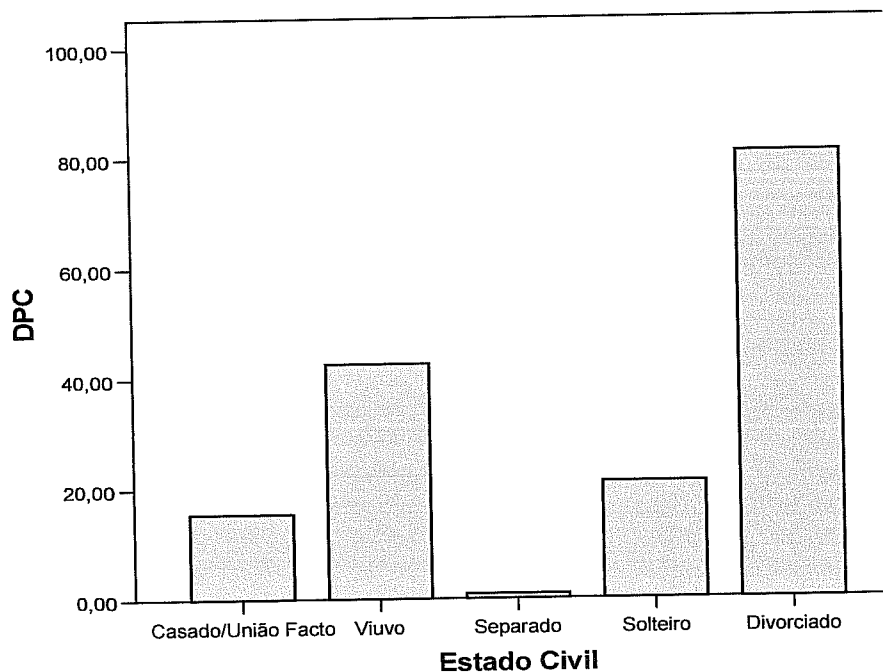
Test Statistics(a,b)

	DPC
Chi-Square	7,864
df	4
Asymp. Sig.	,097

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: FSD3

Através do teste de K-W com $p=0,09 < \alpha =0,10$ considera-se a existência de um **efeito pouco significativo** entre a Demora na Procura de Cuidados e o Estado Civil.



COABITAÇÃO

Kruskal-Wallis Test

		Ranks	
	Coabitação	N	Mean Rank
DPC	Sozinho	22	70,39
	Com Cônjuge	51	56,74
	Com Cônjuge e Filhos	32	60,39
	Pais	2	72,25
	Filhos	7	65,07
	Outros	7	58,07
	Total	121	

Test Statistics(a,b)

	DPC
Chi-Square	2,717
df	5
Asymp. Sig.	,743

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: FSD4

Através do teste de K-W com $p=0,74 > \alpha=0,10$ considera-se que a Demora na Procura de Cuidados não é afectada pela Coabitação.

ANOS DE FREQUÊNCIA ESCOLAR

Correlations

		DPC	AFE
AFE	Pearson Correlation	1	-,072
	Sig. (2-tailed)		,435
	N	121	121
DPC	Pearson Correlation	-,072	1
	Sig. (2-tailed)	,435	
	N	121	121

Por aplicação do teste-t ao coeficiente de Correlação de Pearson com $pe=0,43 > \alpha=0,10$, pode considerar-se Demora na Procura de Cuidados não se correlaciona com os Anos de Frequência Escolar

DISTÂNCIA A QUE VIVE DO HOSPITAL

Correlations

		DPC	DVH
DPC	Pearson Correlation	1	-,011
	Sig. (2-tailed)		,908
	N	121	121
DVH	Pearson Correlation	-,011	1
	Sig. (2-tailed)	,908	
	N	121	121

Por aplicação do teste-t ao coeficiente de Correlação de Pearson com $p=0,90 \gg \alpha =0,10$ pode considerar-se Demora na Procura de Cuidados não se correlaciona com a Distância a que o sujeito Vive do Hospital.

PERCEPÇÃO DE SINTOMAS

e

Restantes Variáveis

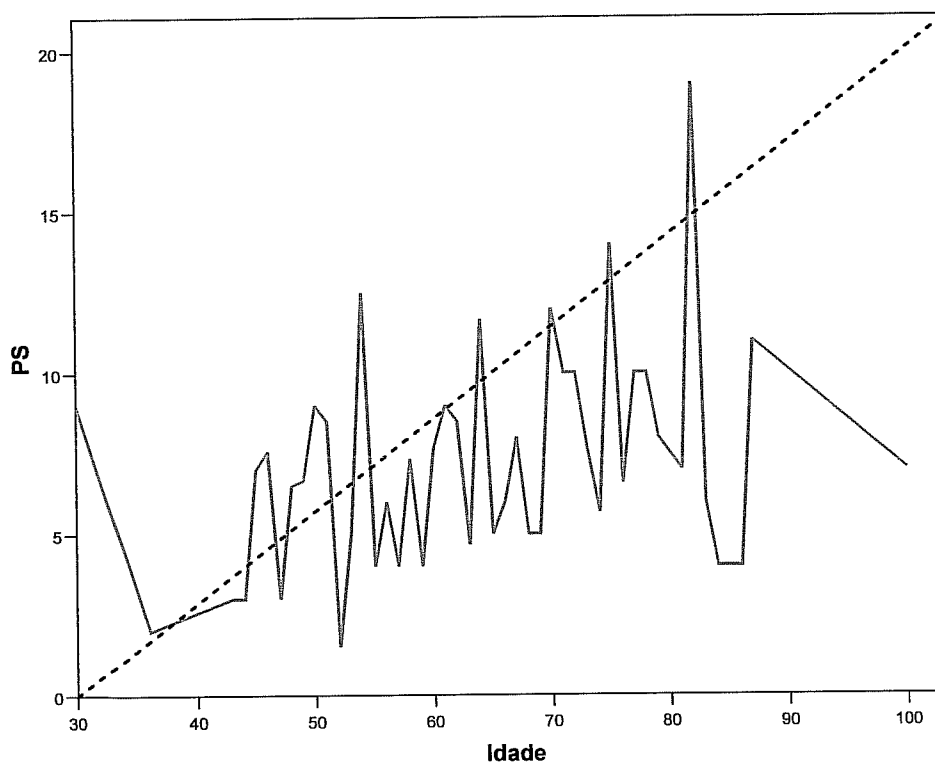
VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**IDADE**

Correlations

		PS	Idade
PS	Pearson Correlation	1	,198(*)
	Sig. (2-tailed)		,029
	N	121	121
Idade	Pearson Correlation	,198(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,029	
	N	121	121

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Por aplicação do teste-t ao coeficiente de Correlação de Pearson com $p=0,029 < \alpha =0,10$ pode considerar-se a **existência de uma relação linear significativa** entre a Percepção de Sintomas e a Idade.



GÉNERO**T-Test****Group Statistics**

	FSD2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IPQs	Masculino	68	6,71	4,147	,503
	Feminino	53	7,64	3,923	,539

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
IP Qs	Equal variances assumed	1,608	,207	-1,261	119	,210	-,936	,742	-2,405	,534
	Equal variances not assumed			-1,269	114,572	,207	-,936	,737	-2,396	,524

Através do teste t-student, com $p=0,21 > \alpha=0,10$ considera-se que a Percepção de Sintomas não é afectada pelo Género.

ESTADO CÍVIL

Oneway

ANOVA

PS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	86,414	4	21,603	1,325	,265
Within Groups	1891,966	116	16,310		
Total	1978,380	120			

Através do teste F, com $p=0,26 > \alpha=0,10$ considera-se que a Percepção de Sintomas não é afectada pelo Estado Civil.

COABITAÇÃO

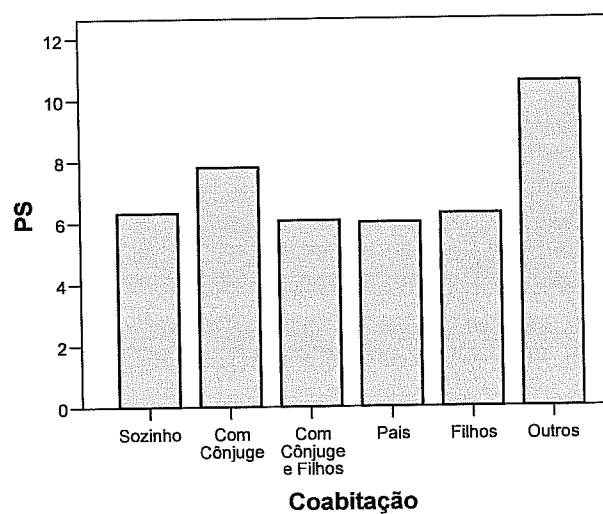
Oneway

ANOVA

PS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	164,550	5	32,910	2,087	,072
Within Groups	1813,830	115	15,772		
Total	1978,380	120			

Através do teste-F, com $p=0,07 < \alpha=0,10$ considera-se que a Percepção de Sintomas é afectada pela Coabitação.



Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: IPQs

(I) FSD4	(J) FSD4	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	90% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Sozinho	Com C3njugue	-1,486	1,013	,686	-4,14	1,17
	Com C3njugue e Filhos	,256	1,100	1,000	-2,63	3,14
	Pais	,318	2,933	1,000	-7,38	8,01
	Filhos	,032	1,723	1,000	-4,49	4,55
	Outros	-4,253	1,723	,142	-8,77	,27
Com C3njugue	Sozinho	1,486	1,013	,686	-1,17	4,14
	Com C3njugue e Filhos	1,741	,896	,381	-,61	4,09
	Pais	1,804	2,863	,989	-5,71	9,31
	Filhos	1,518	1,601	,933	-2,68	5,72
	Outros	-2,768	1,601	,516	-6,97	1,43
Com C3njugue e Filhos	Sozinho	-,256	1,100	1,000	-3,14	2,63
	Com C3njugue	-1,741	,896	,381	-4,09	,61
	Pais	,063	2,895	1,000	-7,53	7,66
	Filhos	-,223	1,657	1,000	-4,57	4,12
	Outros	-4,509(*)	1,657	,079	-8,86	-,16
Pais	Sozinho	-,318	2,933	1,000	-8,01	7,38
	Com C3njugue	-1,804	2,863	,989	-9,31	5,71
	Com C3njugue e Filhos	-,063	2,895	1,000	-7,66	7,53
	Filhos	-,286	3,184	1,000	-8,64	8,07
	Outros	-4,571	3,184	,705	-12,92	3,78
Filhos	Sozinho	-,032	1,723	1,000	-4,55	4,49
	Com C3njugue	-1,518	1,601	,933	-5,72	2,68
	Com C3njugue e Filhos	,223	1,657	1,000	-4,12	4,57
	Pais	,286	3,184	1,000	-8,07	8,64
	Outros	-4,286	2,123	,338	-9,85	1,28
Outros	Sozinho	4,253	1,723	,142	-,27	8,77
	Com C3njugue	2,768	1,601	,516	-1,43	6,97
	Com C3njugue e Filhos	4,509(*)	1,657	,079	,16	8,86
	Pais	4,571	3,184	,705	-3,78	12,92
	Filhos	4,286	2,123	,338	-1,28	9,85

Tukey HSD

* The mean difference is significant at the .10 level.

Homogeneous Subsets IPQs

Tukey HSD

FSD4	N	Subset for alpha = .10
		1
Pais	2	6,00
Com Cônjuge e Filhos	32	6,06
Filhos	7	6,29
Sozinho	22	6,32
Com Cônjuge	51	7,80
Outros	7	10,57
Sig.		,283

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,803.

b The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

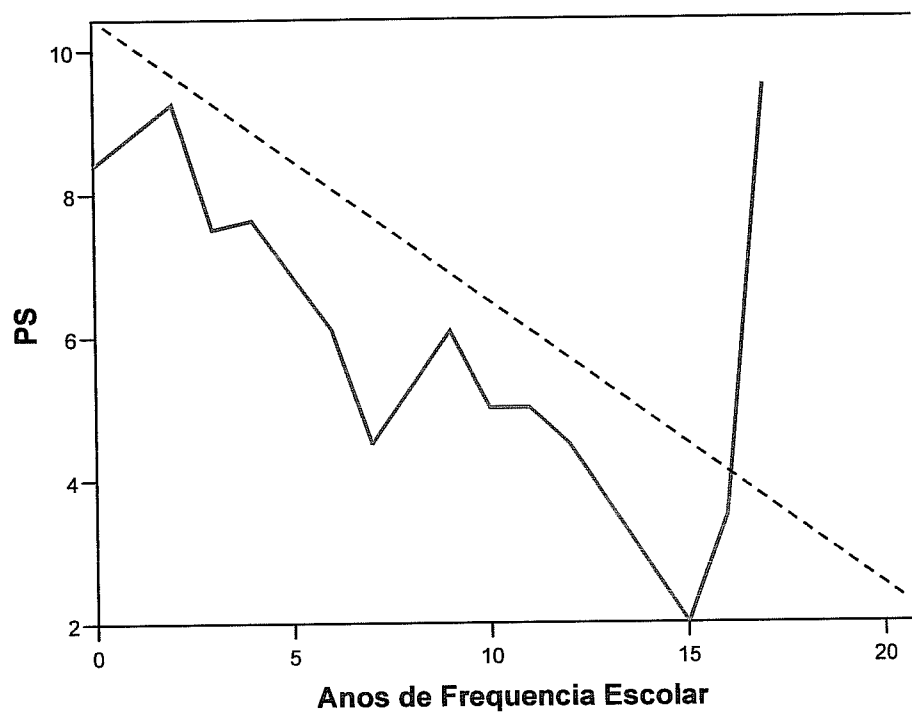
ANOS DE FREQUÊNCIA ESCOLAR

Correlations

		IPQs	AFE
PS	Pearson Correlation	1	-,258(**)
	Sig. (2-tailed)		,004
	N	121	121
AFE	Pearson Correlation	-,258(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,004	
	N	121	121

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Por aplicação do teste-t ao coeficiente de Correlação de Pearson com $p=0,004 < \alpha=0,10$ pode considerar-se a **existência de uma relação significativa** entre a Percepção de Sintomas e os Anos de Frequência Escolar.



PERSONALIDADE TIPO - D

e

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**IDADE****Mann-Whitney Test****Ranks**

	PTD	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Idade	0	62	65,36	4052,50
	1	59	56,42	3328,50
	Total	121		

Test Statistics(a)

	Idade
Mann-Whitney U	1558,500
Wilcoxon W	3328,500
Z	-1,403
Asymp. Sig. (2-tailed)	,160

a. Grouping Variable: d

Através do teste de Mann-Whitney com $p=0,16 > \alpha=0,10$ considera-se que a Personalidade Tipo D não é afectada pela Idade.

GÉNERO**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PTD * GÉNERO	121	100,0%	0	,0%	121	100,0%

PTD* GÉNERO Crosstabulation

Count

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
PTD	0	37	25	62
	1	31	28	59
Total		68	53	121

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,625(b)	1	,429		
Continuity Correction(a)	,369	1	,544		
Likelihood Ratio	,626	1	,429		
Fisher's Exact Test				,467	,272
Linear-by-Linear Association	,620	1	,431		
N of Valid Cases	121				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,84.

Através do teste do Qui-quadrado com $p=0,27 > \alpha=0,10$ considera-se que a Personalidade Tipo D não é afectada pelo Género.

ESTADO CÍVIL**Mann-Whitney Test**

Ranks

	PTD	N	Mean Rank	Sum of Ranks
EC	0	62	61,30	3800,50
	1	59	60,69	3580,50
	Total	121		

Test Statistics(a)

	EC
Mann-Whitney U	1810,500
Wilcoxon W	3580,500
Z	-,120
Asymp. Sig. (2-tailed)	,904

a Grouping Variable: d

Através do teste de Mann-Whitney com $p=0,90 > \alpha=0,10$ considera-se que a Personalidade Tipo D não é afectada pelo Estado Civil.

COABITAÇÃO**Mann-Whitney Test**

Ranks

	PTD	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Coab.	0	62	59,37	3681,00
	1	59	62,71	3700,00
	Total	121		

Test Statistics(a)

	Coab.
Mann-Whitney U	1728,000
Wilcoxon W	3681,000
Z	-,552
Asymp. Sig. (2-tailed)	,581

a Grouping Variable: d

Através do teste de Mann-Whitney com $p=0,58 > \alpha =0,10$ considera-se que a Personalidade Tipo D não é afectada pela Coabitação.

ANOS DE FREQUÊNCIA ESCOLAR

Mann-Whitney Test

Ranks

	PTD	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AFE	0	62	66,02	4093,00
	1	59	55,73	3288,00
	Total	121		

Test Statistics(a)

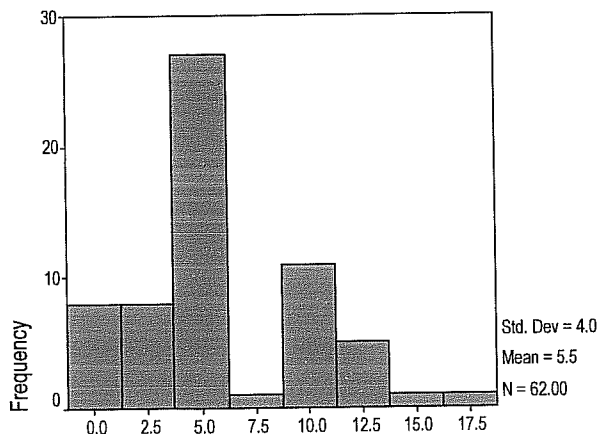
	AFE
Mann-Whitney U	1518,000
Wilcoxon W	3288,000
Z	-1,651
Asymp. Sig. (2-tailed)	,099

a Grouping Variable: d

Através do teste de Mann-Whitney com $p=0,09 < \alpha=0,10$ considera-se a existência de **relação pouco significativa** entre a Personalidade Tipo D e os Anos de Frequência Escolar.

Histogram

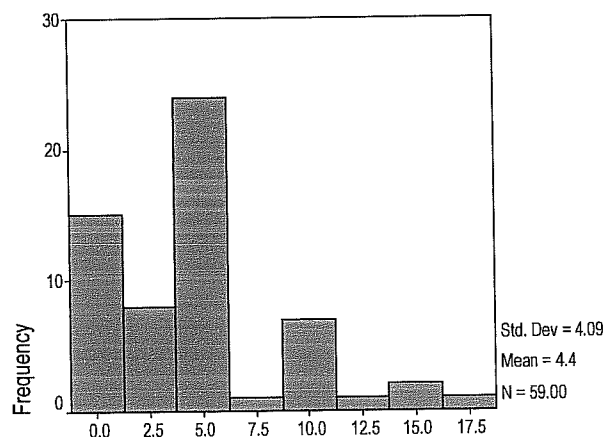
For D= 0



FSD5

Histogram

For D= 1



FSD5

VARIÁVEIS PRINCIPAIS

DEMORA NA PROCURA DE CUIDADOS E PERCEÇÃO DE SINTOMAS

Correlations

		DPC	IPQ
DPC	Pearson Correlation	1	,092
	Sig. (2-tailed)		,314
	N	121	121
IPQ	Pearson Correlation	,092	1
	Sig. (2-tailed)	,314	
	N	121	121

Por aplicação do teste-t ao coeficiente de Correlação de Pearson com $p=0,31 > \alpha=0,10$, pode considerar-se Demora na Procura de Cuidados não se correlaciona com a Percepção de Sintomas.

DEMORA NA PROCURA DE CUIDADOS E PERSONALIDADE TIPO-D

Mann-Whitney Test

Ranks

	PT-D	N	Mean Rank	Sum of Ranks
DPC	0	62	64,85	4020,50
	1	59	56,96	3360,50
	Total	121		

Test Statistics(a)

	DPC
Mann-Whitney U	1590,500
Wilcoxon W	3360,500
Z	-1,243
Asymp. Sig. (2-tailed)	,214

a Grouping Variable: d

Através do teste de Mann-Whitney, com $p=0,21 > \alpha=0,10$, verifica-se que Demora na Procura de Cuidados é independente do Tipo de Personalidade dos sujeitos.

PERSONALIDADE TIPO-D E PERCEPÇÃO DE SINTOMAS

T-Test

Group Statistics

	PTD	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
IPS	0	62	6,66	3,724	,473
	1	59	7,59	4,367	,569

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
PS	Equal variances assumed	2,231	,138	-1,265	119	,208	-,932	,737	-2,391	,527
	Equal variances not assumed			-1,260	114,092	,210	-,932	,740	-2,397	,533

Através do teste de t-student, com $p=0,20 > \alpha=0,10$, verifica-se que a Personalidade Tipo – D é independente da Percepção de Sintomas.