

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA REABILITAÇÃO PÓS-ENFARTE DO MIOCÁRDIO: UM ESFORÇO INTERDISCIPLINAR

Teresa McIntyre, Ana Cláudia Fernandes, & Vera Araújo-Soares
Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho

RESUMO: Este artigo descreve um estudo com o objectivo de investigar alguns indicadores da eficácia diferencial de uma intervenção psicológica multimodal e multidisciplinar (biopsicosocial), e de uma intervenção biomédica na reabilitação cardíaca pós-enfarte do miocárdio. A amostra é constituída por 32 sujeitos de ambos os sexos, utentes de um Serviço de Cardiologia, com idades compreendidas entre 35 e 65 anos. Prevvia-se uma diferença significativa no grupo biopsicosocial, entre os momentos pré e pós intervenção nas variáveis clínicas e psicossociais estudadas, no sentido de uma diminuição nos valores de ansiedade, depressão e hostilidade e de um aumento nos comportamentos promotores da saúde, não se verificando o mesmo no grupo biomédico. Os resultados apontam para alterações positivas no grupo submetido à intervenção psicológica nas variáveis consideradas com a reabilitação pós enfarte do miocárdio. A discussão e apreciação crítica dos resultados é efectuada com base no quadro teórico de referência.

Palavras chave: Intervenção psicológica, Enfarte do miocárdio, Intervenção interdisciplinar.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN THE REHABILITATION POST ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: AN INTERDISCIPLINARY ATTEMPT

ABSTRACT: This paper describes a study which aims at investigating some indicators of the differential efficacy of a multimodal biopsychosocial intervention and biomedical intervention in the rehabilitation of the post acute myocardial infarction. The sample is composed of 32 patients of both sexes, aged 35-65, being seen at cardiology unit of a central hospital. A significant difference was predicted between the pre and post intervention moments in the medical and psychosocial variables studied for the biopsychosocial group but not for the biomedical group, in the direction of a decrease in the indicators of anxiety, depression and hostility and a increase in healthy behaviours. The result point to positive changes in the byopsychosocial group in various aspects related to the post acute myocardial infarction rehabilitation. The discussion and critical analysis of the results is carried out according to the theoretical frame of reference.

Key words: Psychological intervention, Myocardial infarction, Interdisciplinary attempt.

As doenças cardiovasculares (DCV's) são actualmente designadas como o inimigo número um da saúde pública em todo o mundo, representando um quarto de todas as causas de mortalidade nos homens e mulheres adultos. Em Portugal, as DCV's são apontadas como a principal causa de morte (McIntyre, 1994) e encontram-se entre as principais causas de limitações funcionais, incluindo défices no funcionamento físico, psicológico e social.

Hoje considera-se que a causa das DCV's é multi-factorial sendo estes factores genéticos, fisiológicos, comportamentais e do meio. Alguns destes, em particular a idade, o género e história familiar não podem ser controlados. Contudo, outros factores de risco coronário, como os comportamentais, podem ser alterados. Comportamentos como o consumo de tabaco, as práticas de regime alimentar e regime físico influenciam significativamente a probabilidade de um indivíduo desenvolver doenças cardiovasculares. Por outro lado, o stress psicológico, o

comportamento tipo A, raiva e hostilidade são algumas das variáveis psicossociais que têm sido associadas ao desenvolvimento das DCV's (Jenkins, 1988). Do mesmo modo, a depressão tem sido associada ao aumento do risco das DCV's e mortalidade após um enfarte do miocárdio (EM). De facto, a literatura tem demonstrado que a experiência de um evento cardíaco na vida de um indivíduo tem muitas vezes um impacto negativo no seu funcionamento psicológico, facto este que poderá aumentar a sua vulnerabilidade à doença cardíaca, colocando-o em risco acrescido de sofrer um novo evento (Squires et al., 1990; in Allan & Scheidt 1996).

No caso do enfarte do miocárdio (EM) tem-se vindo a reconhecer que a sua ocorrência pode produzir efeitos físicos e psicológicos imediatos e a longo termo que afectam o paciente e a sua família (Mayou, 1979; Cay, 1982. In Allan & Scheidt, 1996). O período que segue ao enfarte implica para muitos doentes uma diminuição da capacidade de resistência prévia, bem como alterações ao nível dos seus estilos de vida e actividades diárias. Com efeito, muitos pacientes pós enfarte miocárdio reportam frequentemente acessos de depressão e ansiedade e podem experienciar insónias, isolamento social, e sentimentos de inutilidade e pessimismo acerca do futuro (Hackett & Cassem, 1984).

A reabilitação cardíaca deverá incluir 4 áreas fundamentais no período imediato após enfarte do miocárdio: (1) providenciar ao paciente informação acerca do EM e factores de risco associados e um plano de recuperação; (2) desenvolver métodos produtivos para o paciente poder lidar de modo mais adequado com o stress e depressão decorrentes do seu estado de saúde; (3) modificação necessária no estilo de vida; (4) retomar as actividades normais. A necessidade de enfatizar estas linhas de orientação nos programas de reabilitação cardíaca é suportada por diversos ensaios clínicos (Allan & Scheidt, 1996) que têm obtido resultados positivos com a inclusão da componente psicológica. Estes aspectos associados aos estudos que investigaram as sequelas psicológicas do enfarte do miocárdio, alertam-nos para a imperiosa necessidade de conjugar esforços interdisciplinares no processo de reabilitação cardíaca no seio de uma equipa multidisciplinar que inclua psicólogos da saúde, cardiologistas, enfermeiros e outros profissionais da saúde.

Em Portugal, verifica-se uma falta de dados de investigação acerca do impacto dos factores psicológicos na reabilitação pós enfarte do miocárdio, o que contribui para a inexistência de linhas de orientação nos cuidados psicológicos no decorrer de um evento cardíaco agudo. Assim, apesar dos vários estudos internacionais que têm apontado a eficácia de intervenções psicológicas multimodais de grupo na melhoria de reabilitação cardíaca pós-enfarte do miocárdio, não têm existido ensaios clínicos destas modalidades de intervenção em Portugal. O objectivo deste estudo piloto é o de realizar uma investigação comparativa da eficácia diferencial de uma intervenção psicológica multimodal e multidisciplinar (biopsicossocial), e de uma intervenção biomédica tradicional no caso da reabilitação pós enfarte do miocárdio.

MÉTODOS

Hipótese 1: prevê-se uma diferença significativa no grupo biopsicossocial entre os momentos pré e pós intervenção, nas variáveis clínicas e psicossociais estudadas no sentido de uma diminuição nos valores de ansiedade, depressão e hostilidade e de um aumento nos comportamentos promotores da saúde.

Hipótese 2: prevê-se uma diferença significativa entre o grupo biopsicossocial e o grupo biomédico no momento pós intervenção, nas variáveis clínicas e psicossociais estudadas. Espera-se que no grupo biopsicossocial as alterações vão no sentido de uma diminuição nos níveis de ansiedade, nos valores da depressão e hostilidade e de um aumento nos comportamentos promotores da saúde, não se verificando o mesmo no grupo biomédico.

Participantes

A amostra consiste em 32 pacientes cardíacos portugueses da região de Braga, utentes do Serviço de Cardiologia do H.S.M., com idades compreendidas entre os 35 e 65 anos, dos quais

16 são do sexo masculino e 16 do sexo feminino. Todos os sujeitos tem DCV diagnosticada e encontram-se no período de reabilitação cardíaca pós enfarte do miocárdio. Tratando-se de uma amostra de conveniência, distribuíram-se os sujeitos por 2 grupos distintos, de acordo com o tipo de intervenção considerada mais adequada à problemática apresentada. Uma sub amostra de 20 sujeitos foi submetida (10 do sexo masculino, 10 do sexo feminino) a uma intervenção psicológica multimodal, centrada na modificação do estilo de vida, dimensões de ansiedade, depressão e hostilidade. Uma sub amostra de 12 sujeitos (6 do sexo masculino, 6 do sexo feminino), não receberam nenhum tipo de intervenção psicológica.

Os grupos são equivalentes no que se refere ao *sexo, estado civil, meio de proveniência e número de filhos*. O grupo biomédico possui uma maior percentagem de doentes que se encontram na reforma ($\chi^2= 8,667$; $p<0,07$) e os doentes submetidos à intervenção psicológica são em média mais novos do que os do grupo biomédico ($t=-2,55$; $p<0,05$).

Material

Para avaliar a presença de sintomas e características depressivas, utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck, versão traduzida por McIntyre e McIntyre (1995). A presença e ausência de ansiedade foram avaliadas pelo Inventário Ansiedade Estado-Traço (STAI), versão traduzida por McIntyre e McIntyre (1995). Para avaliar características predictivas do Comportamento Tipo A, utilizou-se a *sub-escala de Hostilidade*, adaptada da versão portuguesa do *Interpersonal Behavior Survey – IBS*, Inventário do Comportamento Interpessoal (McIntyre, 1995). Os hábitos de saúde e estilo de vida foram avaliados utilizando o Questionário de Hábitos e Estilos de Vida, adaptado de Wardle e Steptoe.

O Programa de Intervenção Psicológica teve a duração de 12 semanas, com duas sessões de avaliação (pré e pós teste) e 10 sessões de intervenção. Teve como objectivo geral ajudar o doente no processo de reabilitação pós enfarte do miocárdio e a introduzir gradualmente modificações nos seus hábitos e estilos de vida, no sentido de diminuir a sua vulnerabilidade à doença cardíaca.

RESULTADOS

Hipótese 1 – Para investigar as diferenças pré e pós intervenção no grupo biopsicossocial, utilizaram-se testes *t* de Student para amostras emparelhadas nas medidas de natureza contínua e intervalar e testes não paramétricos de Wilcoxon para as medidas categóricas. Em geral, os resultados comprovam a hipótese 1, demonstrando alterações significativas no grupo biopsicossocial, entre os momentos pré e pós intervenção nas variáveis clínicas consideradas (ver Quadro 3).

Quadro 3

Resultados dos testes *t* de Student para amostras emparelhadas (Pré e Pós teste) para as Variáveis Clínicas do grupo biopsicossocial ($n=20$)

Variáveis	M (Pré)	DP (Pré)	M (Pós)	DP (Pós)	t	p
Ansiedade Estado	50,65	10,39	30,02	4,42	10,89	0,0001
Ansiedade Traço	50,80	9,63	35,05	5,01	9,98	0,0001
Depressão	20,15	6,83	8,85	4,04	6,85	0,0001
Hostilidade	6,90	3,96	3,60	3,27	5,2	0,0001

Em termos das sub-escalas da Ansiedade, verificamos que os resultados dos testes *t* foram significativos para as duas variáveis (Ansiedade Estado, $t=10,89$; $p<0,0001$; Ansiedade

Traço, $t=9,98$; $p<0,0001$), o mesmo se verificando ao nível da *depressão* ($t=6,85$; $p<0,0001$) e *Hostilidade* ($t=5,91$; $p<0,0001$). Nos quadros 4, 5 e 6 são apresentadas as percentagens pré e pós intervenção nas variáveis psicossociais avaliadas no grupo biopsicossocial, descrevendo-se os resultados significativos do teste de Wilcoxon.

Quadro 4

Resultados do teste wilcoxon para amostras emparelhadas (pré e pós teste) para as variáveis psicossociais do grupo biopsicossocial (n=20)

Hábitos Alimentares	Resposta	Pré Teste %	Pós Teste%	z	p
Hábito de tomar o pequeno almoço:	Nunca	15	15	0,0001	ns
	Raramente	-	-		
	Às vezes	-	-		
	Habitualmente	85	85		
Hábito de comer refeições rápidas?	Nunca	45	70	-2,97	0,003
	Raramente	20	30		
	Às vezes	30	-		
	Habitualmente	5	-		
Consumo de frutas ou vegetais?	Nunca	5	-	-3,35	0,001
	1 vez/semana	20	5		
	Todos os 2/3 dias	4	-		
	> 1 vez por dia	35	80		
Hábito de comer comida com sal?	Raramente ou nunca	15	15	-1,94	0,05
	De vez em quando	35	70		
	Frequentemente	50	15		
Tem o hábito de consumir cereais?	Raramente	35	-	-3,59	0,0001
	Às vezes	30	15		
	Quase todos os dias	35	40		
	Todos os dias	-	45		
Consumo de Substâncias	Resposta	Pré Teste %	Pós Teste%	z	p
Toma café?	Raramente ou nunca	60	60	-2,00	0,04
	1 chávena por dia	15	35		
	2 - 4 chávenas por dia	25	5		
	5 chávenas por dia	-	-		
Tem o hábito de fumar?	Nunca	80	90	-1,34	ns
	1 - 10 cigarros por dia	10	10		
	10 - 20 cigarros por dia	5	-		
	>20 cigarros por dia	5	-		
Há quanto tempo fuma?	< 1 ano	-	-	-1,41	ns
	Entre 1 e 3 anos	5	5		
	Entre 3 e 6 anos	-	-		
	> 6 anos	15	5		
	Não fuma	80	90		
Costuma ingerir álcool?	Nunca ou raramente	30	30	-1,63	ns
	Às vezes	30	40		
	Quase todos os dias	5	5		
	Todos os dias	35	25		
Tipo de bebidas alcoólicas que consome:	Vinho	45	75	-2,21	0,02
	Cerveja	5	-		
	Wishky	-	-		
	Licores	-	-		
	Outras	-	-		
	Não bebe	20	20		
	Vinho e Cerveja	20	5		
	Vinho e Wishky	5	-		
	Vinho Cerveja e outros	5	-		
Comprimidos prescritos pelo médico	Raramente ou nunca	10	1	-1,34	ns
	Às vezes	5	-		
	Quase todos os dias	15	10		
	Todos os dias	70	80		

Comportamentos de Prevenção para a Saúde	Resposta	Pré Teste %	Pós Teste%	z	p
Problemas de saúde persistentes	Sim	80	55	-1,73	0,08
	Não	20	45		
Pratica exercício físico habitualmente?	Não costuma praticar	75	5	-2,62	0,009
	2 vezes por mês	10	5		
	1-3 vezes por semana	10	55		
	> 3 vezes por semana	5	35		
N.º de horas que dorme por noite:	< 6 horas	10	5	-0,57	ns
	Entre 6 a 7 horas	55	55		
	Entre 7 a 8 horas	15	25		
	> 8 horas	20	15		

Nota. ns-não significativo.

De um modo geral, os resultados obtidos, permitem-nos constatar alterações positivas em termos dos *hábitos alimentares* no grupo sujeito à intervenção, que vão no sentido de uma diminuição do *hábito de comer refeições rápidas* ($z=-2,97$; $p<0,003$), uma redução do *consumo de sal* ($z=1,94$; $p<0,05$) e um aumento do *consumo de frutas e vegetais* ($z=-3,35$; $p<0,001$), bem como de *cereais* ($z=-3,59$; $p<0,0001$). Em termos do *consumo de substâncias* os resultados apontam igualmente para mudanças positivas, nomeadamente no consumo moderado de vinho maduro ao invés de outras bebidas alcoólicas consideradas de risco superior em termos de vulnerabilidade cardíaca (*tipo de bebidas alcoólicas*, $z=-2,21$; $p<0,02$) e na diminuição do *consumo de café* ($z=-2,00$; $p<0,04$). As percentagens relativas aos *hábitos tabágicos* mantiveram-se inalteráveis em relação ao pré-teste, indicando que a maioria dos sujeitos (80% no pré-teste e 90% no pós-teste) já tinham eliminado o consumo de tabaco antes de iniciar a intervenção ($z=-1,34$; $p<0,18$). No que respeita aos *comportamentos para a saúde*, os resultados apontam para uma melhoria das práticas de saúde, nomeadamente ao nível da *prática habitual de exercício físico* ($z=-2,62$; $p<0,009$).

Hipótese 2 De modo a testar esta hipótese, recorremos a uma ANOVA (Quadro 7) para amostras independentes nas medidas com características contínuas ou intervalares e, para as medidas categóricas foram utilizados testes de Qui-quadrado (χ^2) (Quadros 8, 9 e 10).

Quadro 7

Resultados da ANOVA para amostras independentes para testar diferenças no Pós-teste entre o Grupo Biopsicossocial ($n=20$) e o Grupo Biomédico ($n=12$) nas Variáveis Clínicas

Variáveis	Biopsicossocial		Biomédico		F	p
	M	DP	M	DP		
Ansiedade Estado	30,02	4,42	46,42	17,68	15,53	0,0001
Ansiedade Traço	35,05	5,01	48,42	15,81	12,45	0,01
Depressão	8,85	4,04	17,33	10,67	10,35	0,03
Hostilidade	3,60	3,27	5,33	4,14	1,72	ns

Nota. ns-não significativo.

Em geral, verifica-se que na maioria das variáveis clínicas os resultados apoiam a hipótese levantada, uma vez que as diferenças são significativas com claras vantagens do grupo biopsicossocial (GBS) em relação ao grupo biomédico (GBM), verificando-se no momento pós-intervenção no grupo biopsicossocial (GBS) uma diminuição significativa nos níveis de *ansiedade estado* ($F=15,53$; $p<0,0001$), *ansiedade traço* ($F=12,45$; $p<0,01$), e *depressão* ($F=10,35$; $p<0,03$),

que não se verificaram no grupo biomédico. Nos quadros 8, 9 e 10 são apresentadas as percentagens pós-intervenção nas variáveis psicossociais avaliadas nos dois grupos.

No que respeita às variáveis psicossociais, verificamos que os resultados parecem confirmar na sua generalidade a hipótese aqui testada, revelando alterações positivas no grupo biopsicossocial que não se verificaram no grupo biomédico. Nos *hábitos alimentares*, estas alterações verificam-se na diminuição de *refeições rápidas* ($\chi^2=11,21$; $p<0,01$), do consumo de *sal* ($\chi^2=7,37$; $p<0,02$), e aumento de *frutas e vegetais* ($\chi^2=6,78$; $p<0,03$). Ao nível do *consumo de substâncias* os resultados não foram significativos. Nos *comportamentos para a saúde*, verificam-se diferenças significativas na *prática de exercício físico* no pós-teste, com melhores resultados para o grupo submetido à intervenção à intervenção psicológica ($\chi^2=25,96$; $p<0,0001$).

Quadro 8

Resultados significativos do teste qui-quadrado (χ^2) para as medidas de pós-teste nas variáveis psicossociais por grupo ($n=32$)

Hábitos Alimentares	Resposta	Biopsicossocial %	Biomédico %	χ^2	p
Hábito de tomar o pequeno almoço:	Nunca	15,00	16,70	3,69	ns
	Raramente	-	-		
	Às vezes	-	8,30		
	Habitualmente	85,00	75,00		
Hábito de comer refeições rápidas?	Nunca	70,00	25,00	11,21	0,01
	Raramente	30,00	33,30		
	Às vezes	-	25,00		
	Habitualmente	-	16,70		
Consumo de frutas ou vegetais?	Nunca	-	-	6,78	0,03
	1 vez/semana	5,00	-		
	Todos os 2/3 dias	15,00	58,30		
	> 1 vez por dia	80,00	41,70		
Hábito de comer comida com sal?	Raramente ou nunca	15,00	16,70	7,37	0,02
	De vez em Quando	70,00	25,00		
	Frequentemente	15,00	58,30		
Tem o hábito de consumir cereais?	Raramente	-	8,30	6,21	ns
	Às vezes	15,00	33,30		
	Quase todos os dias	40,00	50,00		
	Todos os dias	45,00	8,30		
Consumo de Substâncias	Resposta	Biopsicossocial %	Biomédico %	χ^2	p
Toma café?	Raramente ou nunca	60,00	50,00	0,35	ns
	1 chávena por dia	35,00	41,70		
	2-4 chávenas por dia	5,00	8,30		
	> 5 chávenas por dia	-	-		
Tem o hábito de fumar?	Nunca	90,00	91,70	0,02	ns
	1-10 cigarros por dia	10,00	8,30		
	10 - 20 cigarros por dia	-	-		
	>20 cigarros por dia	-	-		
Há quanto tempo fuma?	< 1 ano	-	-	0,73	ns
	Entre 1 e 3 anos	5,00	-		
	Entre 3 e 6 anos	-	-		
	> 6 anos	5,00	8,30		
Costuma ingerir álcool?	Não fuma	90,00	91,70	6,96	ns
	Nunca ou raramente	30,00	33,30		
	Às vezes	40,00	33,30		
	Quase todos os dias	5,00	33,30		
	Todos os dias	25,00	-		

Consumo de Substâncias	Resposta	Biopsicossocial %	Biomédico %	χ^2	p
Tipo de bebidas alcoólicas que consome:	Vinho	75,00	58,30	1,47	ns
	Cerveja	-	-		
	Wishky	-	-		
	Licores	-	-		
	Outras	-	-		
	Não bebe	20,00	25,00		
	Vinho e Cerveja	5,00	16,70		
	Vinho e Wishky	-	-		
Comprimidos prescritos pelo médico	Vinho, Cerveja e outros	-	-	1,47	ns
	Raramente ou nunca	10,00	16,70		
	Às vezes	-	-		
	Quase todos os dias	10,00	-		
	Todos os dias	80,00	83,33		
Comportamentos de prevenção para a Saúde	Resposta	Biopsicossocial %	Biomédico %	χ^2	p
Problemas de saúde persistentes	Sim	55,00	66,70	0,42	ns
	Não	45,00	33,30		
Pratica exercício físico habitualmente?	Não costuma praticar	5,00	91,70	25,96	0,001
	2 vezes por mês	5,00	8,30		
	1-3 vezes por semana	55,00	-		
	> 3 vezes por semana	35,00	-		
N.º de horas que dorme por noite:	< 6 horas	5,00	16,70	2,04	ns
	Entre 6 a 7 horas	55,00	33,30		
	Entre 7 a 8 horas	25,00	33,30		
	> 8 horas	15,00	16,70		

Nota. ns-não significativo

DISCUSSÃO

A hipótese 1 previa uma diferença significativa no grupo biopsicossocial entre os momentos pré e pós intervenção em relação às variáveis clínicas e psicossociais estudadas, constatando-se a sua comprovação global, uma vez que na maioria das variáveis observam-se alterações positivas do momento de pré para o de pós intervenção, nomeadamente ao nível da ansiedade estado e traço, depressão e hostilidade. A diminuição dos níveis de ansiedade poderá ser um bom indicador da eficácia das estratégias de relaxamento aprendidas ao longo do programa de intervenção. De facto, a implementação da resposta de relaxamento para lidar com o aumento de actividade do S. N. Simpático associado a um evento cardíaco, é uma componente activa de múltiplos programas de intervenção psicológica multimodal e acredita-se ser um factor directamente relacionado com os resultados favoráveis na redução da recorrência de eventos cardíacos (como o enfarte do miocárdio), obtidos em programas que colocam a ênfase nesta estratégia (Ornish et al., 1993; Trzcieniecka-Green & Steptoe, 1994. In Allan R. & Sheidt S., 1996).

Como previsto, os comportamentos promotores da saúde sofreram um incremento, constatando-se alterações positivas do momento pré para o de pós intervenção. Estes resultados além da sua relevância clínica, são muito importantes do ponto de vista da diminuição da vulnerabilidade cardíaca, uma vez que a literatura tem demonstrado que a modificação do estilo de vida (incluindo dieta vegetariana com índice de colesterol baixo) está associada a uma regressão da arteriosclerose, contribuindo para a diminuição de recorrência de um evento cardíaco. Constatou-se, de igual modo que o grupo biopsicossocial e o grupo biomédico apresentam diferenças significativas na maioria das variáveis clínicas e psicossociais e conforme previsto pela hipótese 2, com claras vantagens para o grupo submetido à intervenção. Assim, constata-se que após a intervenção psicológica e biomédica, os doentes pós enfarte do miocárdio submetidos a esta apresentaram melhores resultados do que os doentes que apenas foram submetidos à intervenção biomédica tradicional. Estes resultados estão de acordo com

outras intervenções psicológicas na reabilitação pós enfarte do miocárdio, como o *Lifestyle Heart Trial* (Gould et al., 1995; Ornish et al., 1990, 1993. In Allan R. & Sheidt S., 1996) e o *Recurrent Coronary Prevention Project* (Friedman et al., 1986. In Allan R. & Sheidt S., 1996). A maioria dos programas cardiovasculares bem sucedidos têm, com efeito, colocado a ênfase nas componentes que fazem parte deste programa precisamente porque todas elas parecem trabalhar sinergicamente. (Ornish et al., 1990) .

Apesar dos resultados positivos deve-se ter em conta algumas limitações a este estudo, nomeadamente o reduzido tamanho da amostra ($N=32$) e o facto desta ser de conveniência podendo os resultados estar sujeitos a variáveis de selecção dos grupos. Assim, não se pode dizer que o estudo é conclusivo, mas sim que apresenta algumas linhas de orientação que poderão ser alvo de futuras investigações no domínio da reabilitação cardíaca pós-enfarte do miocárdio. Deste modo, em primeiro lugar, os dados obtidos parecem apontar para a utilidade de uma intervenção psicológica integrada com uma intervenção biomédica em termos da reabilitação pós enfarte do miocárdio, quando comparada a uma intervenção apenas de cariz biomédico. Em segundo lugar, este estudo, pode constituir-se como uma validação do programa piloto desenvolvido, indicando alterações positivas na maioria dos comportamentos onde este se propôs intervir. Por último, este estudo apresenta uma base empírica que enfatiza a necessidade da conjugação de esforços multidisciplinares na reabilitação pós enfarte do miocárdio, e por isso mesmo, veio alertar todos os profissionais que trabalham neste campo para a necessidade de conjugar saberes no sentido de dar respostas mais alargadas e de carácter multidisciplinar às pessoas que sofreram um enfarte do miocárdio.

REFERÊNCIAS

- Allan R., & Sheidt, S. (1996). *Heart & Mind: The practice of cardiac psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Hackett, T.P., & Cassem, N. (1984). Psychological aspects of rehabilitation after myocardial infarction and coronary artery bypass surgery. In N.K. Wenger & H. Hellerstein (Eds.), *Rehabilitation of coronary patient*. New York: Wiley
- Jenkins, C.D. (1988). Epidemiology of cardiovascular disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 324-332.
- McIntyre, T. (Ed.). (1994). *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Portugal: APPORT.
- McIntyre, T. (1995). Abordagens Psicológicas do sofrimento do doente. In T. McIntyre & C. Vila-Chã. (Eds), *O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares*. Portugal APPORT.
- Ornish, D., Brown, S.E., Scherwits, L.S., Billings, J.H., & Armstrong, W.T. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary artery disease? *Lancet*, 336, 129-133.