



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Insuficiência cardíaca, depressão e personalidade:
estudo exploratório**

Sara Libânia Dias Almeida (e-mail: sara.libania@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
(sub-área de especialização em Psicopatologia e
Psicoterapias Dinâmicas) sob a orientação do Professor
Doutor Eduardo Sá

Insuficiência cardíaca, depressão e personalidade: estudo exploratório

O presente estudo tem como objectivo aprofundar a compreensão acerca das relações entre depressão, personalidade tipo D, estado de saúde e autocuidado, em pacientes com insuficiência cardíaca. É também pretendido explorar a interferência de factores sociodemográficos e clínicos nas variáveis em análise.

Recorre-se a um estudo exploratório descritivo transversal com uma abordagem de natureza essencialmente quantitativa. Administrou-se, através de entrevista, um protocolo de investigação que visa a recolha de dados sociodemográficos e clínicos, a avaliação da personalidade tipo D (escala tipo D - DS14), da sintomatologia depressiva (inventário de depressão de Beck - BDI-II), do estado de saúde (questionário de estado de saúde - SF-36v2) e do autocuidado (escala de autocuidado para a pessoa com insuficiência cardíaca - SCHFI). A amostra clínica é constituída por 80 utentes dos Hospitais da Universidade de Coimbra (CHUC), com recurso a uma amostragem não-probabilística ou não aleatória, de natureza acidental, casual ou conveniente.

Os resultados indicam que tanto a sintomatologia depressiva, como a personalidade tipo D são características prevalentes no funcionamento mental, da amostra em estudo, e que interferem, de forma substancial e negativa com o estado de saúde, em todos os seus domínios, apontando uma tendência para um reduzido autocuidado. Mais especificamente, verifica-se que 73.8% da amostra apresenta algum grau de depressão e que 31.3% pode ser categorizada com personalidade tipo D. O grupo com personalidade tipo D apresenta, de modo estatisticamente significativo, pontuações mais elevadas em depressão e pontuações em estado de saúde substancialmente mais baixas, do que o grupo sem personalidade tipo D. Verificam-se como factores de risco acrescido o historial de acompanhamento psicológico, ser viúvo, não ter habilitações literárias ou ter um nível reduzido (1º ciclo), estar de baixa médica ou ser reformado. As associações negativas, estatisticamente significativas, permitem afirmar que sempre que a depressão e/ou a personalidade tipo D aumenta, tanto o estado de saúde, como todos os seus domínios e a confiança diminuem, e vice-versa. Os resultados revelam também, associações positivas entre a escala de depressão e ambas as subescalas da personalidade tipo D, assim como, entre a escala estado de saúde e a subescala confiança. Constata-se, ainda, que a depressão e a afectividade negativa apresentam um valor preditivo de um pior estado de saúde, com uma percentagem de variância de 62.4% e 33.4%, respectivamente.

Assim, os resultados desta dissertação, sustentam e dão ênfase à extensa literatura que aponta para a intervenção e preponderância dos factores psicológicos, nomeadamente a depressão e a personalidade tipo D, no desenvolvimento e pior prognóstico, da doença cardíaca em geral e da insuficiência cardíaca, em específico. São, ainda, necessários novos estudo que visem aprofundar e clarificar esta temática.

Palavras-Chave: Insuficiência cardíaca, depressão, personalidade tipo D, estado de saúde, autocuidado

Heart failure, depression and personality: exploratory study

The purpose of this study is to probe the understanding on the relationship between depression, type D personality, health status and self-care in patients with heart failure. It is also intended to explore the interference of socio-demographic and clinical factors in the analysed variables.

A transversal descriptive exploratory study with an essentially quantitative approach was used. An investigation protocol through interview was established and it aims the collection of socio-demographic and clinical data, the evaluation of type D personality (type D scale 14 – DS14), depressive symptoms (Beck depression inventory – BDI-II), health status (MOS Short Form Health Survey – 36 Item (version 2)) and self-care (Self-Care of Heart Failure Index – SCHFI). The clinical sample is made of 80 patients of Coimbra University Hospitals (CHUC) with a non-probabilistic or non-random sample, which is accidental, casual or convenient.

The results show that both the depression symptoms and type D personality are prevailing characteristics in mental function of the sample studied and they interfere in a significant and negative way with health status in all its domains. Moreover, it shows the tendency to a reduced self-care. More specifically: 73.8% of the sample shows some degree of depression, and 31.3% can be categorized with type D personality. With statistical significance, the group with type D personality shows higher scores in depression and substantially lower scores in health status than the group without type D personality. It was found as increased risk factors the history of psychological counselling, being widow(er), not having qualifications (or having a low level), being on sick leave or being retired. The negative association, statistically significant, allow us to state that when depression and/or type D personality increases, health status in all its domains and confidence decrease, and vice versa. The results also show positive association between the depression scale and both type D personality subscales and between health status scale and confidence subscale. It was also possible to find out that depression and negative affectivity present a predictive value of a worse health status, with a variance percentage of 62.4% and 33.4% respectively.

Therefore, the results of this dissertation support and give emphasis to the extensive literature which points out to the intervention and predominance of psychological factors, namely depression and type D personality, in the development and worse prognosis of heart disease in general and heart failure in particular. New studies are still necessary to probe and clarify this topic.

Keywords: Heart failure, depression, type D personality, health status, self-care

Agradecimentos

Ao *Professor Doutor Eduardo Sá*, agradeço a figura preponderante que se tornou enquanto Mestre! Desde a sensibilidade que norteia os seus preciosos ensinamentos clínicos ao rigor das suas orientações precisas e claras ao longo da elaboração desta dissertação. Distingo e agradeço, o facto de me ter despertado para esta temática, onde se criou um grande espaço de encontro com os meus interesses. Agradeço, ainda, ter possibilitado todos os contactos que permitiram a recolha da amostra.

Ao *Professor Doutor Lino Gonçalves*, pela forma como desde o primeiro contacto demonstrou interesse e confiança neste estudo, tendo permitido que se tornasse possível.

Ao *Doutor Mariano Pêgo* e ao *serviço de cardiologia*, pela possibilidade que me concederam de efetuar a recolha no referido serviço.

À *Doutora Susana Costa*, ao *Doutor Rui Baptista* e à *Doutora Fátima Franco*, pela gentileza com que permitiram que a recolha se efetuasse junto dos seus utentes.

Ao *Doutor Francisco Soares*, pela operacionalização e integração.

A toda a *Equipa do Secretariado*, pela inigualável simpatia e assistência na efetuação da recolha.

Aos *Participantes*, pela forma acolhedora e interessada como aceitaram ser parte integrante nesta investigação. Todos, de uma forma singular, além de possibilitarem a realização deste estudo, guiaram-me num crescimento pessoal.

Agradeço, também, às pessoas que não tendo contribuído diretamente para esta dissertação, foram colorindo o meu percurso:

Aos meus *Colegas de Estágio* por terem iniciado comigo esta caminhada e termos crescido em conjunto.

Às *Minhas Especiais Psi's* pelos momentos e encantos, pelos tempos infundáveis...! Pelo crescimento que me proporcionaram, por irem ficar para sempre, cada uma marcada de forma única e especial!

A toda a *Família Lote 7*, por todos os momentos, por se ter revelado uma verdadeira casa! (Aos *Momentos Pirlampo...*)

À *Joana*, por ser a minha Joana, pelo indescritível...

Ao meu *Pai*, pela forma especial como sempre acreditou convictamente nas minhas opções! À minha *Mãe*, pela sua essência, por ser o mundo! Ao *Tiago*, ao *Gonçalo* e ao *Vasquinho*, por despertarem o melhor de mim, pelos doces momentos...

A toda a minha grande *Família*, em especial aos meus avós, pelo colo inesgotável...

A todos os meus restantes *Amigos* e aos *Professores* desta casa que se foram cruzando comigo, pela forma singular como cada um foi preponderante no meu percurso.

“Se eu vi mais longe, foi por estar de pé sobre ombros de gigantes.” (Isaac Newton)

Aos meus Gigantes e a esta Faculdade, o meu profundo reconhecimento!

Índice

Introdução	1
I - Enquadramento Conceptual	2
1. Definição do conceito e etiologia	2
2. Perspetiva da insuficiência cardíaca: casuística mundial e portuguesa .3	
2.1. Casuística mundial.....	3
2.2. Casuística portuguesa	4
3. Insuficiência cardíaca e fatores psicológicos	4
3.1. Depressão.....	4
3.2. Personalidade tipo D.....	6
3.3. Depressão, personalidade tipo D e insuficiência cardíaca	7
4. Perspetiva psiconeuroendocrinoimunológica	8
4.1. Depressão.....	8
4.2. Personalidade tipo D.....	9
5. Prespectiva comportamental.....	10
6. Síntese teórica	11
II. Formulação do Problema e Método	12
1. Objetivo do estudo	12
3. Delineamento	12
4. Amostra	13
5. Procedimentos e instrumentos	13
5.1. Entrevista semi-estruturada - (Anexo I - 2).....	14
5.2. Escala Tipo D (DS14) - (Anexo I - 3).....	14
5.3. Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) - (Anexo I - 4).....	14
5.4. Questionário de estado de saúde (SF-36v2) - (Anexo I - 5).....	15
5.5. Escala de Autocuidado para a pessoa com insuficiência cardíaca (SCHFI) - (Anexo I - 6).....	16
6. Estratégia analítica	16
III - Resultados.....	18
1.Caracterização da amostra	18
2. Análise descritiva das variáveis em estudo.....	20

2.1. Personalidade tipo D (DS14)	20
2.2. Depressão (BDI-II).....	22
2.3. Estado de saúde (SF36v2).....	22
2.4. Autocuidado (SCHFI).....	24
3. Análise da consistência interna	26
4. Análise da influência das variáveis sociodemográficas e clínicas nas pontuações dos instrumentos	27
4.1. Influência do género	27
4.2. Influência do historial de acompanhamento psicológico.....	27
4.3. Influência do faixa etária	29
4.4. Influência do tempo de diagnóstico	29
4.5. Influência do estado civil.....	30
4.7. Influência das habilitações literárias	32
5. Personalidade tipo D, depressão e estado de saúde	35
6. Associações entre as diversas medidas	36
6.2. Associação entre as subescalas da personalidade tipo D e as diversas medidas.....	37
6.3. Associação entre o estado de saúde e as diversas medidas	38
6.4. Associação entre depressão e os domínios do estado de saúde.....	38
6.5. Associação das subescalas da personalidade tipo D com os domínios do estado de saúde.....	39
7. Efeito preditor das variáveis depressão e afetividade negativa na variável estado de saúde.....	40
7.1. Efeito preditor da variável depressão na variável estado de saúde	41
7.2. Efeito preditor da variável afectividade negativa na variável estado de saúde.....	41
8. Síntese dos principais resultados	42
IV - Discussão	44
V - Conclusões, limitações e estudos futuros	51
Referências	53
Anexos	1
Anexo I - Protocolo de Investigação	1
1- Consentimento Informado	2
2- Entrevista semi-estruturada.....	3

3 - Escala de Avaliação da Personalidade Tipo D (DS14).....	7
4- Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).....	9
5- Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2).....	12
6- Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca (SCHFI).....	17
Anexo 2: Tabelas com os valores da consistência interna.....	21
Tabela 1: Valores de correlação Item-Total e de alfa de Cronbach se o item for eliminado para os itens Afetividade Negativa e Inibição Social (DS14), para a amostra total.....	22
Tabela 2: Valores de correlação Item-Total e de alfa de Cronbach se o item for eliminado para os itens BDI-II, para amostra total.....	22
Tabela 3: Valores de correlação Item-Total e de alfa de Cronbach se o item for eliminado para o questionário de estado de saúde (SF36v2), para amostra total.....	23
Tabela 4: Valores de correlação Item-Total e de alfa de Cronbach se o item for eliminado para os domínios do questionário de estado de saúde (SF36v2), para amostra total.....	23
Tabela 5: Valores de correlação Item-Total e de alfa de Cronbach se o item for eliminado para as escalas Manutenção, Gestão e Confiança (SCHFI), para amostra total.....	24
Anexo 3: Tabelas da análise da normalidade	26
Tabela 6: Estudo da normalidade para a amostra total.....	27
Tabela 7: Estudo da normalidade para o subgrupo com dispositivo.....	27
Tabela 8: Estudo da normalidade para o subgrupo sem dispositivo.....	27
Anexo 4: Tabelas da análise da homogeneidade da variância	29
Tabela 8: Estudo da homogeneidade da variância, através do teste de Levene, para os subgrupos com e sem dispositivo.....	30
Anexo 5: Tabelas de análise das diferenças de médias entre grupos (com e sem dispositivo).....	31
Tabela 9: t-student para os grupos com e sem dispositivo.....	32
Anexo 6: Tabelas de análise das associações entre as variáveis (r de Pearson)	33
Tabela 10: Correlação entre as escalas e subescalas	34

Introdução

A insuficiência cardíaca não é uma doença, por si só. É uma constelação de sinais e sintomas produzidos por um circulatório complexo e respostas neuro-hormonais à disfunção cardíaca (Ceia et al., 2002). A insuficiência cardíaca é uma síndrome complexa, que constitui a etapa final de várias doenças cardiovasculares (Correia, Silva, Roque, Vieira & Providência, 2007), tais como doença arterial coronária, hipertensão, defeitos valvulares, infecção viral e agressão cardíaca tóxica (Packer, 1992; Poole-Wilson, 1989 in Ceia et al., 2002).

O peso social e económico da insuficiência cardíaca nas sociedades ocidentais é enorme (Bonneux et al., 1994; Eriksson, 1995 in Ceia et al., 2002). A insuficiência cardíaca representa um problema de saúde pública pela gravidade da situação somática (Cardoso, Trancas, Luengo & Reis 2008) e pela crescente incidência relacionada com o envelhecimento da população mundial e com o aumento da sobrevida resultante da disponibilidade de tratamentos eficazes para prolongar a sobrevivência dos pacientes, nomeadamente pacientes com síndromes coronárias agudas, originando assim um aumento no número de pacientes em risco de desenvolver insuficiência cardíaca. Apesar da melhoria do prognóstico relacionada com a terapêutica, a insuficiência cardíaca continua a ser uma das causas mais frequentes de internamento, sobretudo na população idosa (Cowie et al, 1997; Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic HF: full text (update, 2005) in Ferreira et al., 2007; Tendera, 2005), sendo que a qualidade de vida e o prognóstico a longo prazo para pacientes com insuficiência cardíaca crónica continuam pobres, existindo um elevado risco de re-internamento (Tendera 2005).

Atualmente, já são conhecidos os preditores clínicos de mortalidade cardíaca na insuficiência cardíaca crónica, mas pouco se sabe sobre preditores psicológicos crónicos (Schiffer, Smith, Pedersen, Widdershoven & Dennollet, 2010). Na literatura, parece evidente que os sintomas depressivos elevados surgem como um forte fator de risco e um marcador de prognóstico de doenças cardiovasculares e de mortalidade por qualquer causa, tanto entre indivíduos inicialmente saudáveis (Suls & Bunde, 2005 in Havik et al., 2007), como entre indivíduos com doença cardiovascular conhecida (Barth, Schumacher & Hermaan-lingen, 2004 in Havik et al., 2007).

Os fatores emocionais são geralmente reconhecidos como influentes na doença cardíaca (Bradwin, Trask, Schwartz & Clifford, 2000). A presença de depressão *major* verifica-se em cerca de um quinto dos doentes com insuficiência cardíaca, e os sintomas depressivos com expressão clínica verificam-se em cerca de metade dos doentes. A associação da depressão com a insuficiência cardíaca parece estar ligada a aspetos psicológicos de uma doença cardíaca grave e incapacitante, e a mecanismos fisiopatológicos e psicossociais. Esta associação é acompanhada pelo agravamento do prognóstico, aumento da mortalidade e do número de reinternamentos e ainda pelo declínio funcional (Cardoso et al., 2008). No entanto, o impacto da depressão e dos sintomas depressivos sobre o estado de saúde dos pacientes com insuficiência cardíaca a longo prazo é desconhecido

(Rumsfeld et al., 2003).

Tem sido também reconhecido que as características de personalidade podem exercer influências negativas sobre o curso e o resultado da doença cardíaca (Bradwin et al., 2000). Porém, o papel da personalidade, em relação à mortalidade por insuficiência cardíaca crônica, tem sido largamente ignorado (Denoller, Holmes, Vrints et al., 2007 in Schiffer et al., 2010). A personalidade tipo D pode estar associada ao estado de saúde adverso, ao aumento de sintomas depressivos e à deterioração do estado de humor em pacientes com insuficiência cardíaca crônica (Schiffer, et al., 2005), sendo que os mecanismos relacionados com a personalidade tipo D que levam ao prognóstico adverso na insuficiência cardíaca, podem ser de natureza fisiológica ou comportamental (Schiffer et al., 2010).

I - Enquadramento Conceptual

1. Definição do conceito e etiologia

A insuficiência cardíaca é uma síndrome resultante da incapacidade do coração para manter um gasto cardíaco adequado às necessidades do organismo (Doron & Parot, 2012). É uma disfunção cardíaca que pode ser herdada ou adquirida, e desenvolve um conjunto de sintomas e sinais clínicos, consequência da falência hemodinâmica (Santos, 2010), resultando numa longevidade reduzida (Mosterd & Hoes, 2007).

Para estabelecer o diagnóstico de insuficiência cardíaca, a Sociedade Europeia de Cardiologia define como fatores primordiais a presença de sintomas (dispneia; reduzida tolerância à fadiga, letargia; ortopneia; tosse noturna; respiração asmática; anorexia; confusão/delírio) e sinais (edema, ascite; pressão venosa jugular elevada; crepitações ou chiado respiratório; taquicardia; hepatomegalia; perda de massa muscular), sendo também considerado essencial, para o diagnóstico, a presença de evidências objetivas de disfunção cardíaca (de preferência por ecocardiograma) e, no caso de permanecer a dúvida relativamente ao diagnóstico, existir uma resposta favorável ao tratamento direcionado para insuficiência cardíaca. Para suportar a falha cardíaca inúmeros mecanismos compensatórios ocorrem no organismo, incluindo a ativação do sistema neuro-hormonal e um aumento nas concentrações de peptídeo natriurético (especialmente do peptídeo natriurético tipo B), o que é, também, considerado uma indicação de insuficiência cardíaca (Mosterd & Hoes, 2007)

Em síntese, considera-se que a insuficiência cardíaca surge na sequência de uma incapacidade por parte do miocárdio para conseguir manter um débito cardíaco suficiente para satisfazer as necessidades metabólicas do organismo. Esta situação resulta de disfunção sistólica (consequência do bombeamento inadequado do sangue pelo ventrículo) ou disfunção diastólica (ocorre quando o ventrículo não enche adequadamente durante a diástole). Outras classificações da insuficiência cardíaca são insuficiência cardíaca direita ou esquerda, insuficiência biventricular, insuficiência anterógrada ou retrógrada, insuficiência de alto ou baixo débito, e insuficiência aguda ou crônica (Phipps, Sands & Marek, 2003).

2. Perspetiva da insuficiência cardíaca: casuística mundial e portuguesa

Apesar de se verificar um aumento da prevalência de insuficiência cardíaca, particularmente em populações idosas, a sua exata incidência e prevalência são ainda desconhecidas e, possivelmente, subestimadas devido à falta de dados epidemiológicos precisos e a dificuldades associadas ao diagnóstico correto. Existe uma falta de uniformidade na definição e avaliação da insuficiência cardíaca, que gera uma variação considerável nas estatísticas (Tendera, 2005; Mosterd & Hoes, 2007).

2.1. Casuística mundial

De um modo geral, a prevalência de insuficiência cardíaca pode ser estimada em 1-2 por 100 no mundo ocidental e a incidência aproxima-se de 5-10 por 1000 pessoas por ano (Mosterd & Hoes, 2007).

Estima-se que existam atualmente 6.5 milhões de pacientes com insuficiência cardíaca crónica na Europa e 5 milhões nos Estados Unidos, no entanto, o número absoluto de pessoas que vivem com comprometimento da função cardíaca e insuficiência cardíaca crónica deverá aumentar drasticamente ao longo das próximas décadas (Gibbs, Addington-Hall & Gibbs, 1998 in Tendera, 2005).

Difícilmente se encontram pessoas com menos de 50 anos com insuficiência cardíaca, sendo que, a prevalência e a incidência aumentam progressivamente com a idade. Nos Estados Unidos, estima-se que a prevalência de insuficiência cardíaca seja de 2.2%, passando de 0.7% em pessoas com idade entre 45 a 54 anos, para 8.4% em pessoas com idade igual ou superior a 75 anos (Redfield et al., 2003 in Mosterd & Hoes, 2007).

Estes dados verificam-se em diversos estudos, em que se constata que a insuficiência cardíaca é primariamente uma doença da população idosa, com uma incidência anual de 10 casos por 1000 após a idade de 65 anos, que duplica a cada década depois dos 65 anos (Rosamond et al., 2009 in Kalogeropoulos, et al., 2009). Indivíduos com mais de 65 anos representam mais de 75% dos casos de insuficiência cardíaca nos Estados Unidos (Ammar et al., 2007 in Kalogeropoulos, et al., 2009). A nível europeu os pacientes com mais de 70 anos representaram 88% dos novos casos de insuficiência cardíaca (Bleumink et al., 2004 in Kalogeropoulos et al., 2009).

A taxa de sobrevivência absoluta para esses pacientes continua pobre, e o número real de mortes por insuficiência cardíaca aumentou 20.5% durante a última década, refletindo o aumento da prevalência da insuficiência cardíaca e do envelhecimento da população. Em pacientes com mais de 67 anos, a média de sobrevivência é geralmente inferior a 3 anos após a hospitalização por insuficiência cardíaca (Croft et al., 1999; Kosiborod et al., 2006 in Kalogeropoulos et al., 2009). A taxa de hospitalização anual para estes pacientes já ultrapassa um milhão nos Estados Unidos, 80% dos pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca têm mais de 65 anos (Haldeman, Croft, Giles & Rashidee, 1999 in Kalogeropoulos et al., 2009).

2.2. Casuística portuguesa

As estatísticas portuguesas, indicam que as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de morte (Seabra-Gomes et al, 2010). Em 2011, manteve-se como uma das principais causas de morte as doenças do aparelho circulatório com 31 670 óbitos (33 780 em 2010). Os óbitos por doenças do aparelho circulatório mantêm a tendência de redução ligeira (excetuando o comportamento crescente em 2010). Em 2011, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi de 3.0 óbitos por mil habitantes (4.7 por mil em 1991) (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

A prevalência de insuficiência cardíaca em Portugal continental é de 4.36%, 4.33% no género masculino e 4.38% no género feminino. A prevalência, de acordo com faixas etárias, da insuficiência cardíaca crónica é: 1.36% na faixa etária de 25-49 anos, 2.93% na faixa etária de 50-59 anos, 7.63% na faixa etária dos 60-69 anos, 12.67% na faixa etária dos 70-79 anos, e 16.14% na faixa etária acima de 80 anos. A prevalência de insuficiência cardíaca crónica por disfunção sistólica é de 1.3% e a prevalência de insuficiência cardíaca crónica com função sistólica normal é de 1.7% (Ceia, et al., 2002).

A prevalência global de insuficiência cardíaca crónica em Portugal foi um pouco maior do que a verificada por outros estudos europeus e aumenta acentuadamente com a idade. No entanto, as diferenças encontradas podem corresponder a diferenças de metodologia, em vez de diferenças reais na população (Ceia, et al., 2002).

Entre as patologias incapacitantes mais comuns, que levam à aposentação, encontram-se as doenças cardíacas. As doenças cardíacas, foram justificação suficiente de incapacidade para o trabalho em cerca de 4.5 a 7.5% dos funcionários ativos doentes aposentados entre 2002 e 2007 (valores mínimo de 4.47 % em 2008 e máximo de 7.4 % em 2003). Com uma elevada diferença entre os géneros, pois os homens variam entre 7 a 12% do seu total enquanto as mulheres apenas variam entre 2.77 e 5.93%. Estes valores subiriam cerca de 3 a 4% se fossem consideradas as incapacidades por acidente vascular cerebral, no pressuposto de este diagnóstico estar sempre relacionado com a hipertensão arterial. As patologias cardíacas aposentaram 831 homens (53.27%) e 729 mulheres (46.73%) com idades médias entre 58.5-60.5 anos, geralmente a idade é mais elevada nas mulheres. A insuficiência cardíaca, que aposentou 23.08% dos doentes (360), integra 203 mulheres (56.39%) e 157 homens (43.61%). Em 2007, porém, os homens aposentados por insuficiência cardíaca superaram, em mais do dobro, as mulheres (25 homens e 11 mulheres) (Sequeira, 2009).

3. Insuficiência cardíaca e fatores psicológicos

3.1. Depressão

A associação positiva entre depressão e doença cardiovascular tem sido consistentemente encontrada entre pessoas inicialmente saudáveis, bem como entre pessoas que sofreram enfarte do miocárdio (Rugulies, 2002 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008). Essa relação permanece após o controle de fatores de risco tradicionais (por exemplo, hipertensão,

colesterol, idade) e severidade da doença. Quase 20% dos pacientes que sofreram de ataque cardíaco preenchem os critérios para depressão *major* (Carney et al., 1987 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008) e 27% para a depressão (Schleifer et al., 1989 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008), enquanto que, a prevalência da depressão em pacientes de idade e gênero comparáveis, sem doença cardiovascular é de apenas 3% (Myers et al., 1984 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008). Os pacientes deprimidos com doenças cardiovasculares apresentam risco elevado de ataque cardíaco (Lesperance et al., 2002 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008).

Genericamente, os estudos concluem que tanto a depressão *major* como sintomas depressivos, quando associados à insuficiência cardíaca constituem um fator preditivo independente de maior risco de acontecimentos clínicos adversos, de mortalidade, de declínio funcional e de maior número de re-internamentos. Conclui-se que os doentes deprimidos com insuficiência cardíaca poderão ser mais suscetíveis ao não cumprimento do projeto terapêutico, tanto no que diz respeito à medicação como à modificação de estilos de vida, estabelecendo-se assim uma interação entre a depressão clínica e uma evolução menos favorável da insuficiência cardíaca (Cardoso et al., 2008).

Tabela 1. Síntese de estudos que relacionam depressão e insuficiência cardíaca

Autores	Resultados
Casey, Hughes, Waechter, Josephson & Rosneck (2008)	Pacientes com níveis elevados de sintomas depressivos comportam um risco superior de não conseguir completar a reabilitação cardíaca, em comparação com os pacientes sem sintomas depressivos. O estudo mostrou que, mesmo num programa de reabilitação cardíaca com atendimento de alta qualidade, a depressão tem um impacto negativo sobre a adesão ao tratamento.
Rutledge, Reis, Linke, Greenberg, & Mills (2006)	A depressão é comum entre os pacientes com insuficiência cardíaca, cerca de 1 em cada 5 pacientes preenche critérios para depressão <i>major</i> . As taxas de mortalidade, eventos clínicos, re-internação e uso de cuidados gerais de saúde são substancialmente superiores entre os pacientes que apresentam índices mais graves de depressão.
Albert et al. (2009)	Historial de depressão, na hospitalização por insuficiência cardíaca, pode ser um preditor do tempo prolongado de internamento, de pior gestão da doença após a alta, e de aumento da mortalidade a 60-90 dias.
Rumsfeld et al. (2003)	Os sintomas depressivos são comuns em pacientes com insuficiência cardíaca e estão associadas com um estado de saúde de base muito mais desfavorável, sendo um forte preditor de agravamento dos sintomas de insuficiência cardíaca, estado funcional e qualidade de vida ao longo do tempo.
Faller et al. (2007)	Os dados confirmam a alta prevalência de depressão na insuficiência cardíaca crónica e comprovam um impacto independente no prognóstico por parte da depressão <i>major</i> .

Autores	Resultados
Vaccariano et al. (2001)	Existem fortes evidências de que os sintomas depressivos representam um fator negativo no prognóstico de pacientes com insuficiência cardíaca, assim como, no prognóstico da doença coronária. Verificou-se uma associação entre a gravidade dos sintomas depressivos avaliados, numa população acima dos 59 anos internada com insuficiência cardíaca, e o risco de mortalidade e de declínio funcional aos seis meses de <i>follow-up</i> .
Moudgil & Haddad (2013)	A depressão é uma comorbidade comum em pacientes com insuficiência cardíaca, com taxas de prevalência relatadas entre os 13-77.5%. A depressão, em associação com insuficiência cardíaca, é um preditor independente de pior prognóstico, com maior probabilidade de declínio funcional e de re-hospitalização, provoca ainda um aumento do risco de mortalidade e um significativo acréscimo dos custos do sistema de cuidados saúde.
Junger, et al. (2005); Murberg & Furze (2004); Jiang, et al. (2001);	Estes estudos destacam que, o aumento da prevalência de depressão na insuficiência cardíaca traduz-se num aumento da mortalidade.

3.2. Personalidade tipo D

O perfil de personalidade tipo D (angustiado) identifica indivíduos que são particularmente vulneráveis aos efeitos adversos da angústia geral. Indivíduos com personalidade tipo D frequentemente experimentam emoções negativas e são socialmente inibidos. Este perfil é mais estável do que o associado com episódios de depressão clínica e descreve a natureza crónica da angústia em alguns pacientes. O tipo D está associada com um risco três vezes maior de resultados cardiovasculares adversos (Denollet & Conraadas, 2011).

O perfil de personalidade tipo D, refere-se a uma tendência geral para a angústia psicológica que se caracteriza pela combinação de afetividade negativa e inibição social (Denollet et al., 2005; in Denollet & Conraadas, 2011). Afetividade negativa, ou a tendência a experimentar emoções negativas ao longo do tempo e das situações, é um dos principais determinantes de sofrimento emocional em pacientes cardíacos (Denollet, Sys & Brustsaert, 1995; Denollet et al., 2005 in Denollet & Conraadas, 2011). Os pacientes com pontuação alta nesta característica, frequentemente, relatam sentimentos de disforia, preocupação e tensão. A inibição social, ou tendência para inibir a expressão de emoções ou de comportamentos, é um dos principais determinantes de angústia social (Denollet, Sys & Brustsaert, 1995; Denollet et al., 2005; in Denollet & Conraadas, 2011).

No geral, o atual entendimento do tipo de personalidade D indica que o stress geral, não deve ser ignorado, e que pacientes com doenças cardiovasculares que têm um perfil de personalidade tipo D são

particularmente vulneráveis aos efeitos clínicos adversos do desconforto geral (Denollet & Conraadas, 2011).

Tabela 2. Síntese de estudos que relacionam personalidade tipo D e insuficiência cardíaca

Autores	Resultados
Svansdottir, Broek, Karlsson, Gudnson & Denollet (2012)	A personalidade tipo D foi associada com sofrimento psíquico e um estilo de vida pouco saudável em pacientes cardíacos islandeses. Este estudo apoia a validade inter-cultural do constructo da personalidade tipo D.
Pedersen, Herrmann-Lingen, Jonge & Scherer (2010)	Pacientes com insuficiência cardíaca, em cuidados primários, com personalidade tipo D, experienciam uma pobre qualidade de vida emocional, em comparação com pacientes não-tipo D.
Schiffer, Smith, Pedersen, Widdershoven & Denollet (2010)	A personalidade tipo D é um preditor significativo de mortalidade cardíaca total, e um preditor independente significativo de mortalidade cardíaca tardia, após ajuste para fatores sócio-demográficos e gravidade da doença. A personalidade tipo D, é um fator de risco psicológico crónico, e de grande importância no prognóstico a longo prazo da insuficiência cardíaca crónica.
Beutel et al. (2012)	A personalidade tipo D foi associada com o aumento de características diferentes de perturbações mentais (depressão, ansiedade e despersonalização) e com a redução do estado de saúde físico e mental. Foi encontrada uma associação independente do tipo D com a doença cardíaca coronária. O tipo D pode afetar os resultados cardiovasculares, principalmente, pela sua propensão geral ao sofrimento mental.
Pelle, Pedersen, Szabó & Denollet (2009)	Os pacientes com insuficiência cardíaca crónica, do tipo D apresentam níveis mais baixos de estado de saúde, em comparação com os pacientes não-Tipo D.

3.3. Depressão, personalidade tipo D e insuficiência cardíaca

Recentemente foi demonstrado que a personalidade tipo D está associada a níveis elevados de sintomas depressivos e de ansiedade em pacientes com insuficiência cardíaca crónica (Schiffer, Pedersen, Widdershoven et al., 2005; Schiffer, Pedersen, Broers et al., 2008; in Schiffer et al., 2010).

As diferenças conceituais e as evidências clínicas indicam que a personalidade tipo D e a depressão são formas distintas de sofrimento. Conceptualmente, o tipo D incide não só sobre o afeto depressivo, mas também sobre as emoções negativas (Denollet, 2005 in Denollet & Conraadas, 2011) e baseia-se na noção de que a inibição social modula o efeito das emoções negativas sobre o prognóstico cardíaco (Denollet et al,

2006 in Denollet & Conraadas, 2011). No entanto, estes resultados não significam que o tipo D e a depressão são perspectivas antónimas, ou que uma perspectiva é melhor do que a outra na previsão de resultados, mas sim, que ambos os constructos representam perspectivas complementares (Denollet, Schiffer & Spek, 2010 *in* Denollet & Conraadas, 2011).

4. Perspetiva psiconeuroendocrinoimunológica

4.1. Depressão

A depressão parece ser um fator de risco independente para o desenvolvimento de doença cardíaca coronária, e afeta o prognóstico deste e de outros problemas de saúde (Michelson et al., 1996; Gold, Drevets & Charney, 2002; Brown, Varghese, McEwen, 2004 in Sher, 2005).

Os mecanismos que ligam a depressão e os maus prognósticos em pacientes cardíacos não são plenamente conhecidos, mas uma das hipóteses é a existência de uma disfunção no sistema nervoso autónomo (Carney, Freedland, Miller & Jaffe, 2002 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008). Outra das hipóteses, que merece consideração, é a possibilidade de a depressão agravar a inflamação vascular, afetando negativamente o sistema cardiovascular (Broadley, Korszun, Jones & Frenneaux, 2002 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008). O cortisol pode, também, ser um fator de mediação nestas relações, pois tem muitos efeitos que promovem a doença cardíaca coronária. Por exemplo, o cortisol inibe a hormona do crescimento e uma deficiência na hormona do crescimento está associada a um maior risco relativo para doença cardiovascular prematura em adultos (Erfurth, Bulow, Eskilsson & Hagmar, 1999; Hew, O'Neal, Kamarudin, Alford & Best, 1998 in Sher, 2005), o cortisol é, ainda, um potente estímulo à gordura visceral. Mecanismos semelhantes a estes podem, também, aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos tipo D para o desenvolvimento de doenças cardíacas e outras doenças médicas (Sher, 2005).

Diversos estudos evidenciam que a idade e/ou a duração da depressão e/ou o número de episódios de depressão afeta a regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) (Sher, Oquendo, Galfalvy, Cooper & Mann, 2004 in Sher, 2005), resultando num aumento da produção do fator de libertação de corticotropina e num aumento global na produção de cortisol (Carroll et al., 1981 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008). Isto pode levar a uma baixa regulação do número de recetores de cortisol em células do sistema imunológico, reduzindo assim os efeitos do cortisol (Miller et al., 2002 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008). Se o cortisol é incapaz de suprimir a inflamação, o stress crónico pode continuar a promover citocinas pró-inflamatórias, exacerbando a aterosclerose. A este respeito, é interessante notar que a depressão *major* é também associada com o aumento da atividade do sistema nervoso simpático (Veith et al., 1994 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008).

A relação entre a depressão e os parâmetros do sistema imunológico é bi-direcional, os sintomas depressivos resultam em alterações do sistema imunitário, e vice-versa. Imunossupressão adaptativa do sistema imune está bem documentada em fatores psicológicos, particularmente na depressão. Alguns dos correlatos de depressão (por exemplo, o aumento dos níveis de

leucócitos, citocinas e anticorpos a vírus) também estão associados a risco elevado de síndromes coronárias agudas. Estes marcadores de um estado pró-inflamatório em depressão podem promover a progressão da doença arterial coronária. O baixo grau de inflamação pode alterar a estabilidade das placas de aterosclerose e aumentar o risco de ruptura das placas, conduzindo a síndromes coronárias agudas (Kop & Cohen, 2008).

4.2. Personalidade tipo D

Embora o diagnóstico de doença cardíaca possa afetar as autoavaliações da personalidade (Steptoe & Molloy, 2007 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010), é pouco provável que a personalidade tipo D seja uma resposta à doença cardíaca. A personalidade tipo D não se confunde com a gravidade da doença cardíaca (Martens, Kupper, Pedersen, Aquarius & Denollet, 2007; Jonge et al., 2007; in Denollet, Schiffer & Spek, 2010) ou com a falência cardíaca (Pelle, van den Broek, Szabo & Kupper, 2010 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010). A escala de avaliação da personalidade tipo D não inclui sintomas somáticos e a personalidade tipo D prevê um mau prognóstico, mesmo após ajuste para a gravidade da doença e outros fatores de risco clínicos (Denollet, Schiffer & Spek, 2010).

Há caminhos plausíveis que podem explicar as vias biológicas para o aumento do risco em pacientes com personalidade tipo D. A personalidade tipo D está relacionada com uma maior reatividade ao stresse, incluindo o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial (Williams, O'Carroll & O'Connor, 2009; Habra, Linden, Anderson & Weinberg, 2003; in Denollet, Schiffer & Spek, 2010). Uma disfunção no eixo HPA compreende outra das hipóteses possíveis em pacientes com personalidade tipo D (Sher, 2005). A personalidade tipo D está relacionada com a maior reatividade do cortisol ao stress (Habra, Linden, Anderson & Weinberg, 2003 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010) e com o aumento dos níveis de cortisol ao despertar (Whitehead, Perkins-Porras, Strike, Magid & Steptoe, 2007 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010) e ao longo do dia (Molloy, Perkins-Porras, Strike, Steptoe, 2008 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010) em doentes cardíacos (Denollet, Schiffer & Spek, 2010). Verifica-se uma maior frequência cardíaca em repouso (Einvik et al., 2011 in Denollet & Conraadas, 2011), uma hiper-reatividade cardiovascular (Habra, Linden, Anderson & Weinberg, 2003; Williams, O'Carroll, O'Connor, 2009; in Denollet & Conraadas, 2011) e uma diminuição da variabilidade da frequência cardíaca (Martin et al., 2010 in Denollet & Conraadas, 2011) em resposta ao stresse. Além disso, a personalidade tipo D tem sido relacionada à recuperação reduzida da frequência cardíaca após o exercício físico em pacientes com insuficiência cardíaca (von Känel et al., 2010 in Denollet & Conraadas, 2011)

Em pacientes com insuficiência cardíaca, o tipo de personalidade D está associado com o aumento da atividade de citocinas pró-inflamatória (Denollet, Vrints & Conraads, 2008 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010) e a uma rede de citocinas disfuncionais (Denollet et al., 2009 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010). Outro estudo acerca de insuficiência cardíaca descobriu que o tipo D foi independentemente associado com aumento stress

oxidativo (Kupper, Gidron, Winter & Denollet, 2009 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010).

Outros estudos revelaram que o tipo D foi associada com a desregulação inflamatória. Isto é, em pacientes com insuficiência cardíaca, o tipo D está associado com níveis plasmáticos elevados de citocina pro-inflamatória, o fator de necrose tumoral e os seus recetores solúveis, pode existir supressão da medula óssea, derivadas de células progenitoras endoteliais, que desempenham um papel importante na manutenção da integridade vascular (Denollet & Conraadas, 2011)

Indivíduos com personalidade tipo D tendem a experimentar emoções negativas, e a inibi-las (Denollet, 2000; Habra, Linden, Anderson & Weinberg, 2003 in Sher, 2005). As investigações revelam que o afeto negativo está associado com níveis mais altos de cortisol e o afeto positivo está associado com níveis mais baixos de cortisol. Ambas as dimensões do tipo D (afetividade negativa e inibição social) foram associadas com maior reatividade do cortisol ao stresse, (Habra, Linden, Anderson & Weinberg, 2003 in Sher, 2005). É razoável sugerir que existe uma diferença na regulação do eixo HPA em indivíduos com personalidade tipo D e em indivíduos com outros tipos de personalidade (Sher, 2005).

Em suma, o cortisol elevado pode ser um fator de mediação na associação entre o tipo de personalidade D e o aumento do risco de doença cardíaca coronária e, possivelmente, outros problemas de saúde. No entanto, é importante notar que o cortisol não é o único fator a mediar essa associação. Estudos sugerem que o tipo de personalidade D está associada com o aumento dos níveis circulantes de citocinas, fator de necrose tumoral e seus recetores solúveis 1 e 2, que são preditores de mortalidade na insuficiência cardíaca crónica (Denollet et al., 2003 in Sher, 2005).

5. Perspectiva comportamental

Os fatores genéticos contribuem para a estabilidade da personalidade tipo D, mas os fatores ambientais podem induzir alterações nas características da personalidade tipo D ao longo do tempo (Kupper, Boomsma, de Geus, Denollet & Willemsen, 2011 in Denollet & Conraadas, 2011). Dado o papel das influências ambientais ao longo do tempo, a personalidade tipo D pode promover a doença cardíaca indiretamente através de vias comportamentais (Denollet & Conraadas, 2011). Mecanismos comportamentais, típicos da personalidade tipo D, que podem induzir a doença cardíaca incluem um estilo de vida pouco saudável (Williams L et al., 2008 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010), baixa adesão ao tratamento médico (Williams, O'Connor, Grubb, O'Carroll, 2010; Brostrom et al., 2007 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010) e relutância em consultar a equipa médica (Schiffer et al., 2007 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010). Em geral, os indivíduos com personalidade tipo D são menos propensos a fazer um check-up médico regular (Williams L et al., 2008 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010). O estilo interpessoal inibido dos pacientes com personalidade tipo D pode impedir a comunicação eficaz com a equipa médica. Pacientes com insuficiência cardíaca e personalidade tipo D, experenciam mais

sintomas cardíacos do que os pacientes não-tipo D, mas, paradoxalmente, podem ser menos propensos a consultar o médico para esses sintomas (Schiffer et al., 2007 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010). O tipo D prevê, também, a má adesão à medicação após infarte do miocárdio (Williams, O'Connor, Grubb, O'Carroll, 2010 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010). Os indivíduos do tipo D são vulneráveis a stresse (Denollet, Pedersen, Vrints & Conraads, 2006 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010) e têm uma capacidade limitada para se recuperar após eventos stressantes (Smith et al., 2008 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010). Diante de stresse, usam estratégias mais passivas de enfrentamento (por exemplo, retirada/desligamento) (Polman, Borkoles & Nicholls, 2010 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010) e não são propensos a procurar cuidados de saúde mental adequados (Williams et al., 2008 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010).

Muitas das vias biológica e comportamentais também foram documentados em indivíduos saudáveis com personalidade tipo D, o que sugere que essas associações não podem ser explicadas pelo efeito de confusão da doença cardiovascular subjacente (Denollet & Conraads, 2011).

A depressão está relacionada a maus resultados da doença cardíaca, também devido aos fatores comportamentais que esta gera como, por exemplo, aumento do tabagismo e maus hábitos alimentares (Rozanski, Blumenthal, e Kaplan, 1999 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008).

6. Síntese teórica

A doença cardiovascular é a principal causa de morte e incapacidade no mundo, estima-se que em 2030, aproximadamente, 23.6 milhões de pessoas no mundo vão morrer de doenças cardiovasculares (WHO, 2011 in Widdershoven, Kessing, Schiffer, Denollet & Kupper, 2013). A síndrome clínica de insuficiência cardíaca crónica é a expressão mais sintomática das doenças cardiovasculares (Widdershoven et al., 2013). Sendo de destaque que a presença de depressão em doentes com insuficiência cardíaca está associada a um aumento dos custos gerais de saúde em cerca de 25 a 40% (Luber et al, 2001 in Cardoso, et al., 2008) e que o impacto da insuficiência cardíaca na qualidade de vida é considerável, pois é uma doença limitativa tanto a nível psicológico como, a nível físico e da 'vitalidade' do indivíduo (Martins, 2011).

O sofrimento emocional é altamente prevalente em pacientes com insuficiência cardíaca crónica. A inter-relação entre fatores psicológicos e os resultados adversos para a saúde, bem como os mecanismos que explicam estas relações, tem sido objeto de numerosos estudos. Existe uma evidência atual para a associação de depressão e personalidade tipo D com o estado de saúde, sendo estes importantes preditores de um pior estado de saúde na insuficiência cardíaca crónica, sendo que, os pacientes com depressão ou personalidade tipo D relatam um reduzido autocuidado (Widdershoven et al., 2013; Schiffer et al., 2005). Frequentemente os pacientes com personalidade tipo D relatam também sintomas de depressão. Mesmo após o controle de fatores como a idade, género, gravidade e etiologia da insuficiência cardíaca crónica, a personalidade tipo D permanece com uma associação significativa

a um pior estado de saúde e ao aumento dos sintomas depressivos (Schiffer et al., 2005). A personalidade tipo D é assumida como um preditor independente estável do estado de saúde em pacientes com insuficiência cardíaca crónica, mesmo após o ajuste para sintomas depressivos (Schiffer, Pedersen, Widdershoven, & Denollet, 2008).

II. Formulação do Problema e Método

1. Objetivo do estudo

O estudo do papel preponderante dos fatores psicológicos, em específico da depressão e da personalidade tipo D, na insuficiência cardíaca é ainda pouco explorado, principalmente no que concerne à realidade portuguesa, existindo poucos estudos relativamente a esta questão. O interesse por este fenómeno e o projeto do estudo exploratório surgiu após a realização de um levantamento do ‘estado da arte’ que denota que, apesar de escassos, os estudos preliminares revelam uma forte associação entre as variáveis psicológicas e a insuficiência cardíaca. Em específico, as principais variáveis, em análise neste estudo, são a depressão, a personalidade tipo D, o estado de saúde e o autocuidado.

Neste sentido, o presente estudo pretende essencialmente (numa amostra com diagnóstico de insuficiência cardíaca):

- Explorar qual a prevalência e o grau de depressão;
- Explorar qual a prevalência da personalidade tipo D;
- Explorar se existe relação entre depressão e/ou personalidade tipo D, estado de saúde e autocuidado;
- Explorar a relação entre depressão e/ou personalidade tipo D e presença/ausência de dispositivo;
- Explorar se existe relação entre depressão e personalidade tipo D;
- Explorar aspetos sociodemográficos e da vida mental que possam provocar interferências nas variáveis em análise.

3. Delineamento

Tendo em conta os objetivos desta investigação, trata-se de um estudo exploratório descritivo transversal com uma abordagem de natureza, essencialmente, quantitativa.

O carácter exploratório deste estudo justifica-se visto tratar-se de um estudo, no qual se pretende uma abordagem de fatores psicológicos, como a depressão e a personalidade tipo D na insuficiência cardíaca, com o intuito de reunir informações sobre a temática e as inter-relações entre o conjunto de variáveis (Pallant, 2005). A designação de estudo descritivo, é relativa à colocação de questões da natureza, incidência ou distribuição das variáveis e das relações dessas variáveis, no fundo, é efetuada uma descrição das variáveis e das suas relações (Lima, Vieira & Oliveira, 2007). A designação de estudo transversal, deve-se ao facto de os dados serem recolhidos num único momento (Alípio, 2006). A abordagem é quantitativa, visto que consiste num processo dedutivo, através do qual os dados numéricos proporcionam conhecimentos objetivos relativamente às variáveis em estudo (Fortin, 1999).

4. Amostra

A amostra do presente estudo foi recolhida no serviço de cardiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (CHUC), entre 30 de julho e 20 de novembro de 2013.

A amostra foi composta com recurso a uma amostragem não-probabilística ou não-aleatória, de natureza accidental, casual ou conveniente (Maroco, 2007). É constituída por 80 participantes, foi selecionada de acordo com os atos médicos marcados para o referido período de recolha. A amostra divide-se em dois subgrupos, definidos pela presença ou ausência de dispositivo (CDI/Pacemaker/valvula mecânica/bypass).

A constituição da amostra teve como critérios de inclusão: 1) a opção voluntária e informada para participar no estudo, 2) ter agendada uma consulta de insuficiência cardíaca para o período de recolha amostral, 3) possuir domínio da língua portuguesa, 4) Não apresentar défice sensorial auditivo, que impedissem a realização da entrevista.

5. Procedimentos e instrumentos

Primeiramente foi efetuado o pedido de colaboração ao serviço de cardiologia e obtida a devida aprovação.

Previamente à consulta de insuficiência cardíaca, os utentes foram informados do estudo e convidados a participar, foi apresentado a cada utente o objetivo do estudo e explicada a colaboração pretendida, sendo assegurada por completo a confidencialidade de todos os dados recolhidos, subsequentemente foi solicitado o consentimento informado, de seguida realizou-se uma entrevista semi-estruturada para recolha de dados sócio-demográficos e clínicos. Posteriormente, foi administrado, também através de entrevista, o protocolo de investigação previamente selecionado.

O protocolo de investigação é constituído por uma entrevista semi-estruturada, e por quatro instrumentos breves de auto-resposta: escala tipo D (DS14), inventário de depressão de Beck (BDI-II), questionário de estado de saúde (SF36v2), escala de autocuidado para a pessoa com insuficiência cardíaca (SCHFI). A entrevista semi-estruturada foi construída especificamente para este estudo, de forma a adaptar-se, de forma rigorosa, à população em questão. A opção pela utilização dos instrumentos mencionados teve como fundamento principal o facto de se encontrarem adaptados à população portuguesa e apresentarem uma boa validade psicométrica, sendo de relevo que a escala DS(14) foi construída especificamente com uma amostra de doentes cardíacos (em conjunto com a população geral e doentes hipertensos), sendo uma escala breve e facilmente incorporável na investigação epidemiológica e clínica (Denollet, 2005), o BDI-II é uma das medidas com maior aceitação tanto na comunidade académica e científica, como pelos profissionais de saúde mental, o SF36v2 é um dos instrumentos genéricos de medição de estado de saúde com maior potencial na utilização internacional e na avaliação de resulta dos clínicos (Ferreira, 2000), a SCHFI foi desenvolvida especificamente para a população com insuficiência cardíaca (Riegel, Lee, Dickson & Carlson, 2009), sendo a única adaptada para a população portuguesa.

Os instrumentos mencionados, foram aplicados pela ordem em que seguidamente são explicitados.

5.1. Entrevista semi-estruturada - (Anexo I - 2)

Tem em vista a caracterização mais específica da amostra, estando dividida em três partes. A primeira parte possibilita a obtenção de informações sócio-demográficas (idade, género, estado civil, agregado familiar, habilitações literárias, profissão, situação profissional, entre outras). A segunda parte é referente aos dados médicos, procura especificar, entre outras questões, o diagnóstico, possíveis diagnósticos associados, tempo de diagnóstico e presença ou ausência de dispositivo. A terceira parte é alusiva a dados psicológicos, permite a obtenção de informações relativas ao, possível, historial de acompanhamento psicológico.

5.2. Escala Tipo D (DS14) - (Anexo I - 3)

Permite avaliar a personalidade tipo D, especificamente, divide-se em duas sub-escalas, que permitem avaliar a afetividade negativa (tendência de sentimentos de disforia, ansiedade e irritabilidade) e a inibição social (desconforto nas interações sociais, falta de equilíbrio social, tendência a evitar o confronto na interação social que conduz à inexpressividade) (Denollet, 2005).

A escala é constituída por 14 itens, que representam um conjunto de afirmações. São cotadas de acordo com uma escala de Likert de cinco pontos, que variam entre 0 (falso) e 4 (verdadeiro), sendo o primeiro e o terceiro itens de cotação invertida. Para classificar os indivíduos com personalidade tipo D, utiliza-se um corte de 10 em ambas as sub-escalas (ou seja, a afetividade negativa e a inibição social tem de ser ambas cotadas com cotação superior ou igual a 10 para se classificar um indivíduo com personalidade tipo D) (Denollet, 2005).

Do estudo psicométrico das escalas, resultou um alfa de Cronbach de .88 para a sub-escala de afetividade negativa, e de .86 para a sub-escala de inibição social, o que indica um alto nível de consistência interna para ambas as sub-escalas (Denollet, 2005).

5.3. Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) - (Anexo I - 4)

Tem como objetivo avaliar a sintomatologia depressiva. O BDI-II é constituído por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, cada uma possui um grupo sintomatológico que abarca as manifestações existentes nas diversas intensidades do quadro clínico depressivo. Cada categoria é constituída por quatro frases, com valores de zero a três pontos (à exceção dos itens 16 e 18 com sete frases, no entanto, mantém-se a pontuação de 0 a 3), dispostas por ordem crescente de intensidade, o indivíduo seleciona a frase que melhor define o estado emocional vivenciado nas duas últimas semanas, incluindo o dia do questionário. A pontuação total do questionário situa-se entre os zero e os sessenta e três pontos, consoante as respostas dos indivíduos. Onze dimensões do questionário relacionam-se com aspetos cognitivos, cinco com comportamentos observáveis, duas com o afeto e uma com sintomas interpessoais (Ponciano, Cardoso & Pereira, 2004).

Considera-se que uma pontuação entre 0 e 9 é indicador de depressão mínima (ausência de depressão), um pontuação entre 10 e 16 é indicador de depressão ligeira, uma pontuação entre 17 e 29 é indicador de uma depressão moderada, uma pontuação entre 30 e 63 é indicador de depressão grave (Beck et al., 1993).

Do estudo psicométrico do instrumento, resultou um alfa de Cronbach de .93 o que revela uma excelente consistência interna (Ponciano, Cardoso & Pereira, 2004).

5.4. Questionário de estado de saúde (SF-36v2) - (Anexo I - 5)

É um instrumento de medição genérico de saúde, que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um, contém 36 itens, abrangendo 8 dimensões de estado de saúde, detetando tanto os estados positivos como os negativos de saúde (Ferreira, 2000):

Escala de função física - pretende medir desde a limitação para executar atividades físicas menores, até às atividades mais extenuantes. Um resultado alto indica um melhor desempenho físico (Ferreira, 2000).

Escalas de desempenhos físico e emocional - medem a limitação em saúde, em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas. Um resultado alto indica um menor impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos ou emocionais (Ferreira, 2000).

Escala de dor corporal - mede a intensidade e o desconforto causados pela dor e a forma como interfere nas actividades normais. Um resultado alto indica ausência de dor corporal (Ferreira, 2000).

Escala de saúde em geral - mede a percepção holística da saúde, inclui saúde atual, resistência à doença e aparência saudável. Um resultado alto indica melhor percepção do estado de saúde geral (Ferreira, 2000).

Escala de vitalidade - inclui os níveis de energia e de fadiga. Esta escala permite captar melhor as diferenças de bem-estar. Um resultado alto indica mais vitalidade (Ferreira, 2000).

Escala de função social - pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais (Ferreira, 2000).

Escala de saúde mental - avalia a ansiedade, depressão, perda de controlo (a nível comportamental ou emocional) e bem-estar psicológico. Um resultado alto indica uma melhor saúde mental (Ferreira, 2000).

Estas oito escalas podem ser agrupadas em duas componentes (saúde física e saúde mental). Por fim, a escala da transição ou mudança de saúde, não constituindo por si só uma dimensão, pretende medir a percepção de mudança na saúde, em geral (Ferreira, 2000).

Do estudo psicométrico das escalas, resultou um alfa de Cronbach de .87 para a função física, .75 para o desempenho físico, .84 para dor física, .87 para saúde geral, .82 para vitalidade, .60 para função social, .71 para desempenho emocional e .64 para saúde mental (Ferreira, 2000).

5.5. Escala de Autocuidado para a pessoa com insuficiência cardíaca (SCHFI) - (Anexo I - 6)

É uma medida de autocuidado que se divide em três secções, a secção A procura avaliar o processo que envolve a escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica (manutenção), a secção B procura avaliar a resposta aos sintomas quando estes ocorrem (gestão) e a secção C permite avaliar a confiança na capacidade de manutenção e gestão (confiança) (Riegel, Lee, Dickson, & Carlson, 2009).

Não deve ser efetuada uma pontuação total para a escala, os dados devem ser analisados individualmente para cada escala (manutenção, gestão, confiança) (Riegel, Lee, Dickson, & Carlson, 2009).

Cada escala é padronizado para a pontuação total possível de 100. A pontuação ≥ 70 é usada como ponto de corte para se considerar um boa adequação ao autocuidado (Riegel, Lee, Dickson, & Carlson, 2009).

Do estudo psicométrico das escalas, resultou um alfa de Cronbach de .82 para a escala de confiança, um alfa de Cronbach de .59 para a escala de gestão, um alfa de cronbach de .55 na escala de manutenção. Esta variação indica que num único entrevistado, a pontuação pode variar muito entre os itens de uma determinada escala, nomeadamente, na escala referente à manutenção (Riegel, Lee, Dickson, & Carlson, 2009). O baixo alfa de Cronbach na escala de manutenção era esperado, pois os itens refletem comportamentos conhecidos por variar nos indivíduos. Ainda assim, a confiabilidade e a validade da SCHFI são suficientes para suportar o seu uso em investigação clínica (Riegel et al., 2004).

6. Estratégia analítica

Os dados obtidos foram introduzidos numa base de dados e analisados estatisticamente, utilizando como *software* a versão 20.0 para MacOS do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Utilizam-se estatísticas descritivas, para efetuar o cálculo de frequências, percentagens, determinação de médias, desvios-padrão e valores máximos e mínimos, de forma a, caracterizar a amostra e os instrumentos.

De forma avaliar a normalidade da amostra recorre-se ao teste Shapiro-Wilk, para os casos em que a amostra (subgrupos) é inferior a 50 e ao teste Kolmogorov-Smirnov, com correção Lilliefors¹, para os casos em que a amostra é superior ou igual a 50. O teste Shapiro-Wilk é preferível ao Kolmogorov-Smirnov para amostras de pequena dimensão ($n < 30$) (Maroco, 2007). Analisaram-se as características da curva que a distribuição amostral segue, com base no valor do coeficiente de assimetria e de curtose, tendo como referencia o quociente entre Skewness e o seu std Error, e o quociente entre Kurtosis e o seu std error. Sendo que se rejeitou a existência de simetria ou achatamento mesocúrtico sempre que o resultado do quociente fosse inferior a -1,96 ou superior a 1,96 (Pestana & Gageiro, 2005).

A homogeneidade das variâncias foi aferida através do teste de Levene, visto que, é um dos testes mais potentes para este fim e é

¹ A correção Lilliefors, deve ser utilizada sempre que não se conhecem a média e o desvio-padrão do universo amostral (Pestana & Gageiro, 2005)

particularmente robusto aos desvios da normalidade (Maroco, 2007).

Verificou-se que para a amostra em estudo as variâncias populacionais para todas as escalas e subescalas, testando o grupo com dispositivo e sem dispositivo, são homogêneas, p é sempre superior a 0.05 (*cf.* anexo 4), estando desta forma cumprido o pressuposto da homogeneidade das variâncias (Maroco, 2007).

Ao nível do pressuposto da normalidade, este não se encontra cumprido para todas as escalas e subescalas (*cf.* anexo 5), no entanto, os métodos paramétricos são robusto à violação deste pressuposto, Cochran (1947 in Maroco, 2007) concluiu que a violação do pressuposto da normalidade apresenta um efeito reduzido sobre a inflação da probabilidade de erro de tipo I, sendo, no entanto, o efeito sobre a atenuação da potência do teste mais pronunciado. Genericamente, pode-se considerar que as estatísticas de testes paramétricas (F de ANOVA e t-Student) são robustas ao erro tipo I mesmo quando as distribuições apresentam enviesamento ou achatamento consideráveis. Apesar de ser a potência dos testes paramétricos o mais afetado pela violação do pressuposto da normalidade, diversos estudos demonstram que quando a violação do pressuposto da normalidade é devido unicamente ao enviesamento da distribuição, a potência dos testes não é consideravelmente afetada. No entanto, quando a violação do pressuposto da normalidade se deve ao achatamento, particularmente em distribuições platocúrticas, é que se verifica uma atenuação da potência do teste (Osolson, 1974; Sharma, 1996; in Maroco, 2007).

Assim sendo, neste estudo, opta-se por utilizar as estatísticas paramétricas, tendo em conta a dimensão da amostra (mesmo quando dividida em subgrupos a amostra mantêm-se superior ou igual a 30), o que atendendo ao Teorema do Limite Central, poderia sustentar a assunção da normalidade e a dispensa do teste de Kolmogorov-Smirnov (Pestana & Gageiro, 2005), e ao enviesamento não excessivo das distribuições, particularmente, ao não enviesamento substancial devido ao achatamento num sentido platicúrtico (*cf.* valor de curtose, anexo 5). Deste modo, mesmo quando a normalidade das distribuições não se verificou, como está cumprido o pressuposto de homogeneidade das variâncias, a estatística paramétrica foi calculada, dada a robustez quer do teste *t-student*, quer da ANOVA a esse tipo de violações de pressupostos. Recorre-se ao t-student para amostras independentes, para efetuar as comparações entre as médias do grupo com dispositivo ($n=30$) e sem dispositivo ($n=50$) para as pontuações nos instrumentos e para analisar influência das variáveis género e acompanhamento psicológico, nas pontuações dos instrumentos. Recorre-se à ANOVA *one way* para aferir a influência da idade, do estado civil, do agregado familiar, das habilitações literárias, da situação profissional e do tempo de diagnóstico, nas pontuações dos instrumentos. Quando através da ANOVA se verificam diferenças estatisticamente significativas, efetua-se o teste post-hoc Tukey para verificar quais as variáveis que diferem entre si, opta-se pelo Tukey visto ser um dos testes mais robustos aos desvios da normalidade e homogeneidade das variâncias (Maroco, 2007).

A associação entre as variáveis, foi testada através da medida de correlação paramétrica R de Pearson, por convenção um R menor que 0.2

indica uma associação muito baixa, entre 0.2 e 0.3 indica uma associação baixa, entre 0.4 e 0.69 indica uma associação moderada, entre 0.7 e 0.89 indica uma associação alta, entre 0.9 e 1 indica uma associação muito alta. Recorreu-se também ao coeficiente de determinação (r^2) para verificar qual a percentagem da variável que é explicada por outra (Pestana & Gageiro, 2005).

Por fim, analisou-se o efeito preditor da depressão e da afetividade negativa no estado de saúde através da regressão linear simples. Foi efetuada uma análise prévia para verificar a adequação dos dados à análise das regressões (Pestana & Gageiro, 2005).

III - Resultados

1. Caracterização da amostra

Na tabela 3, abaixo, apresenta-se uma leitura descritiva das características sociodemográficas amostra.

Na tabela 3, podemos observar que o género masculino se encontra em maior percentagem (77.5%), a idade dos participantes varia entre os 30 e os 88 anos, com uma média de 64.70 anos e um desvio padrão de 12.617. A grande maioria da amostra é casada/união de facto (72.6%), o agregado familiar é composto em maior proporção pelo conjugue (43.8%) ou pelo conjugue e filhos (28.7%). Ao nível das habilitações literárias, verifica-se que grande parte da amostra apresenta um nível reduzido de escolaridade, sendo que 45% apenas apresenta o 1º ciclo, 15% não apresenta qualquer nível de escolaridade e 16.3% apresenta o 3º ciclo. Ao nível da atual situação profissional a maior proporção da amostra é reformada (73.8%), 17.5% estão no ativo, 5% está desempregado e 3.8% está de baixa médica.

As especificações das características das diversas variáveis para os subgrupos com e sem dispositivos, estão também especificadas na tabela 3.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra total e dos subgrupos amostrais

Variáveis	Total (N=80)	Sem Dispositivo (N=50)	Com dispositivo (N=30)
Idade	N (%); M (DP)	N (%)	N (%)
30-40	3 (3.8)	2 (4.0)	1 (3.3)
41-50	11 (5.0)	10 (20.0)	1 (3.3)
51-60	9 (11.3)	5 (10.0)	4 (13.3)
61-70	29 (36.3)	19 (38.0)	10 (33.3)
71-80	23 (28.7)	12 (24.0)	11 (36.7)
81-90	5 (6.3)	2 (4.0)	3 (10.0)
	M=64.70 (DP=12.617)	M=62.66 (DP=12.953)	M=68.10 (DP=11.448)
	(valor min-max=30-88)	(valor min-max=30-82)	(valor min-max=36-88)
Género	N (%)	N (%)	N (%)
	Masculino = 62 (77.5)	Masculino=37 (74.0)	Masculino=25 (83.3)
	Feminino = 18 (22.5)	Feminino=13 (26.0)	Feminino=5 (16.7)
Estado Civil	N (%)	N (%)	N (%)

Solteiro	5 (6.3)	4 (8.0)	1 (3.3)
União de Facto	5 (6.3)	3 (6.0)	2 (6.7)
Casado	53 (66.3)	32 (64.0)	21 (70.0)
Divorciado	10 (12.5)	7 (14.0)	3 (10.0)
Viúvo	7 (8.8)	4 (8.0)	3 (10.0)
Agregado Familiar	N (%)	N (%)	N (%)
Sozinho	9 (11.3)	7 (14.0)	2 (6.7)
C/ cônjuge	35 (43.8)	22 (44.0)	13 (43.3)
C/ cônjuge e filhos	23 (28.7)	13 (26.0)	10 (33.3)
C/ filhos	7 (8.8)	3 (6.0)	4 (13.3)
C/ pais	3 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
Outros	3 (3.8)	2 (4.0)	1 (3.3)
Habilitações Literárias	N (%)		N (%)
Sem escolaridade	12 (15.0)	8 (16.0)	4 (13.3)
1º Ciclo	36 (45.0)	21 (42.0)	15 (50.0)
2º Ciclo	7 (8.8)	5 (10.0)	2 (6.7)
3º Ciclo	13 (16.3)	10 (20.0)	3 (10.0)
Ensino Secundário	6 (7.5)	2 (4.0)	4 (13.3)
Bacharelato	3 (3.8)	2 (4.0)	1 (3.3)
Licenciatura	3 (3.8)	2 (4.0)	1 (3.3)
Situação Profissional	N (%)	N (%)	N (%)
Ativo	14 (17.5)	13 (26.0)	1 (3.3)
Desempregado	4 (5.0)	3 (6.0)	1 (3.3)
Baixa Médica	3 (3.8)	3 (6.0)	0 (0)
Reformado	59 (73.8)	31 (62.0)	28 (93.3)

Na tabela 3.1, abaixo, apresenta-se uma leitura descritiva das características clínicas amostra.

O tempo de diagnóstico médio é de 9.834 anos, com um desvio padrão de 10.847. A maior porção da amostra não apresenta qualquer dispositivo (62.5%), sendo que 13.8% tem pacemaker, 12.5% tem CDI, 5% tem pacemaker e CDI, 2.5% tem válvula mecânica, os restantes distribuem-se de igual forma (1.3%) por bypass, e outro dispositivos que os participantes não sabem especificar.

A maioria dos participantes refere nunca ter tido qualquer tipo de acompanhamento psicológico (87.5%), sendo que apenas 12.5% refere já ter tido algum acompanhamento psicológico.

Tabela 3.1. Caracterização clínica da amostra total e dos subgrupos amostrais

	Total (N=80)	Sem Dispositivo (N=50)	Com dispositivo (N=30)
Tempo de Diagnóstico	N (%); M(DP);	N (%)	N (%)

0-2	22 (27.5)	19 (38.0)	3 (10.0)
2-5	16 (20.0)	10 (20.0)	6 (20.0)
5-10	14 (17.05)	9 (18.0)	5 (16.7)
10-15	12 (15.0)	5 (10.0)	7 (23.3)
15-20	7 (8.8)	4 (8.0)	3 (10.0)
20 ou mais	9 (11.3)	3 (6.0)	6 (20.0)
M=9.834; DP=10.847 (valor min-max:0-62)			
Dispositivo	N (%)	-	N (%)
Sem dispositivo	50 (62.5)	-	-
CDI	10 (12.5)		10 (33.3)
Pacemaker	11 (13.8)		11 (36.7)
Pacemaker / CDI	4 (5.0)		4 (13.3)
Baypass	1 (1.3)		1 (3.3)
Baypass e outro	1 (1.3)		1 (3.3)
Valvula Mecanica	2 (2.5)		2 (6.7)
Sim, mas não sabe especificar	1 (1.3)		1 (3.3)
Acompanhamento	N (%)	N (%)	N (%)
Psicológico			
Sim	10 (12.5)	7 (14.0)	3 (10.0)
Não	70 (87.5)	43 (86.0)	27 (90.0)

2. Análise descritiva das variáveis em estudo

Seguidamente pretende-se caracterizar a amostra, considerando os resultados obtidos nas escalas: DS14, BDI-II, SF36v.2, SCHFI, na amostra total e nos dois subgrupos (com dispositivo e sem dispositivo).

2.1. Personalidade tipo D (DS14)

A escala de personalidade tipo D (DS14), permitiu categorizar uma percentagem de 31.3% da amostra com personalidade tipo D, enquanto 68.8 % não poderiam ser categorizados com personalidade tipo D.

Ao nível da análise dos fatores a amostra pontua mais na afetividade negativa com uma média de 13.19 (D.P=7.819), os valores mínimo e máximo obtidos são 0 e 28, respetivamente, sendo a amplitude de variação de 28. O intervalo de confiança informa que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados obtidos se situar entre 11.45 e 14.93.

A análise dos percentis, para a escala de afetividade negativa indica que 25% dos participantes obtiveram, no máximo 8 pontos, 50% dos participantes obtiveram no máximo 12 pontos e 75% dos participantes obtiveram, no máximo 20 pontos.

O coeficiente de assimetria de .183 (st error=.269), revela a existência de simetria. O valor de curtose de -.996 (st error=.532), revela uma curva mesocúrtica, apesar da tendência a platicúrtica, ou seja a distribuição é mais achatada que o normal. Recorreu-se, no entanto, ao teste Kolmogorov-Smirnov, para testar a normalidade da distribuição, verificando-se que a distribuição não cumpre o pressuposto da normalidade

$p=.021$, se considerarmos o valor de significância de $.05$.

O fator inibição social apresenta uma média de 8.89 (DP=6.722), com o valor mínimo e máximo de 0 e 28, respectivamente, sendo a amplitude de variação de 28. O intervalo de confiança informa que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados obtidos se situar entre 7.39 e 10.38.

A análise dos percentis, para a escala de inibição social indica que 25% dos participantes obtiveram, no máximo 4 pontos, 50% dos participantes obtiveram no máximo 8 pontos, 75% dos participantes obtiveram no máximo 12 pontos.

O coeficiente de assimetria de 1.028 (st error=.269), revela a inexistência de simetria, verifica-se uma assimetria positiva, isto é, à esquerda. O valor de curtose, de .754 (st error=.532), revela uma curva mesocúrtica, apesar da tendência a leptocúrtica, isto é, uma distribuição mais aguçada. Recorreu-se ainda, ao teste Kolmogorov-Smirnov, para testar a normalidade da distribuição, verificando-se que a distribuição não cumpre o pressuposto da normalidade $p=.003$.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos, para a subescala afetividade negativa, evidencia que, apesar de existir um valor médio superior no grupo com dispositivo (M=13.83; DP=8.052) em comparação com o valor médio no grupo sem dispositivo (M=12.80; DP=7.733), esta diferença entre os grupos, para um intervalo de confiança de 95%, não é estatisticamente significativa ($t(78)=-.570$, $\alpha=.570$). Assim, não se pode concluir que o grupo com dispositivo apresente, de um modo substantivo, pontuações mais elevadas em afetividade negativa do que o grupo sem dispositivo.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos, para a subescala inibição social, evidencia que, apesar de existir um valor médio superior no grupo sem dispositivo (M=9.04; DP=6.553) em comparação com o valor médio no grupo com dispositivo (M=8.63; DP=7.103), esta diferença entre os grupos, para um intervalo de confiança de 95%, não é estatisticamente significativa ($t(78)=2.60$, $\alpha=.795$). Assim, não se pode concluir que o grupo sem dispositivo apresente, de um modo substantivo, pontuações mais elevadas em inibição social do que o grupo com dispositivo.

Tabela 4: Percentagens, médias e desvios-padrão para a DS14 e as suas subescalas

	Total (N=80)	Sem Dispositivo (N=50)	Com dispositivo (N=30)
DS14	N (%)	N (%)	N (%)
Personalidade Tipo D	25 (31.3)	15 (30.0)	10 (33.3)
Não Personalidade Tipo D	55 (68.8)	35 (70.0)	20 (66.7)
Afetividade Negativa	M (DP)	M (DP)	M (DP)
	M=13.19 (DP=7.819)	M=12.80 (DP:7.733)	M=13.83 (DP=8.052)
	(valor max-min:0-28)	(valor max-min:0-28)	(valor max-min:0-28)
Inibição Social	M (DP)	M (DP)	M (DP)

M=8.89 (DP=6.722)	M=9.04 (DP=6.553)	M=8.63 (DP=7.103)
(valor max-min:0-28)	(valor max-min:0-28)	(valor max-min: 0-27)

2.2. Depressão (BDI-II)

A escala de depressão de Beck (BDI-II), relativamente à amostra total, apresentou como média 18,60 (DP=12.519), os valores mínimo e máximos obtidos são, respetivamente, 0 e 54, sendo a amplitude de variação de 54 pontos. O intervalo de confiança informa que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados obtidos se situar entre 15.813 e 21.3862.

A análise dos percentis, indica que 25% dos participantes obtiveram, no máximo 9 pontos, 50% dos participantes obtiveram no máximo 15.5 pontos, 75% dos participantes obtiveram, no máximo 26.5 pontos.

O coeficiente de assimetria de .74 (std error=.269), revela a inexistência de simetria, verifica-se uma assimetria positiva, isto é, à esquerda. O valor de curtose, de .044 (std error=.532) revela uma curva mesocúrtica com ligeira tendência a leptocúrtica. Recorreu-se ainda ao teste Kolmogorov-Smirnov, para testar a normalidade da distribuição, verificando-se que a distribuição não cumpre o pressuposto da normalidade $p=.006$.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos, para a escala de depressão, evidencia que, apesar de existir um valor médio superior no grupo com dispositivo (M=18.766; DP=10.782) em comparação com o valor médio no grupo sem dispositivo (M=18.500; DP=13.560), esta diferença entre os grupos, para um intervalo de confiança de 95%, não é estatisticamente significativa ($t(78)=-.92$, $\alpha=.927$). Assim, não se pode concluir que o grupo com dispositivo apresente, de um modo substantivo, pontuações mais elevadas em depressão do que o grupo sem dispositivo

Tabela 5. Percentagens, médias e desvios-padrão de acordo com o grau de depressão

	Total (N=80)	Sem Dispositivo (N=50)	Com dispositivo (N=30)
BDI-II	N (%)	N (%)	N (%)
Depressão Mínima	21 (26.3)	15 (30.0)	6 (20.0)
Depressão Ligeira	22 (27.5)	12 (24.0)	10 (33.3)
Depressão Moderada	20 (25.0)	12 (24.0)	8 (26.7)
Depressão Grave	17 (21.3)	11 (22.0)	6 (20.0)
	M=18.60; DP=12.519 (valor max-min:0-54)	M=18.5; DP=13.560 (valor max-min:0-54)	M=18.7; DP=10.782 (valormax-min:3-44)

2.3. Estado de saúde (SF36v2)

O questionário de estado de saúde (SF36v2), relativamente à amostra total, apresentou como média 57.233 (DP=20.249), os valores mínimo e máximos obtidos são, 12.75 e 93.06, respetivamente, sendo a amplitude de variação de 80.31. O intervalo de confiança informa que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados obtidos se situar entre 52.727 e 61.740.

A análise dos percentis, indica que 25% dos participantes obtiveram,

no máximo 40.117 pontos, 50% dos participantes obtiveram no máximo 60.156 pontos, 75% dos participantes obtiveram, no máximo 73.726 pontos.

Ao nível dos diferentes domínios as médias e respetivos desvios-padrão, valores máximo e mínimo podem ser consultadas na tabela 6. É, no entanto, de frisar que o domínio em que a amostra menos pontuou é o domínio da saúde geral com uma média de 39.362 (DP=19.376), o domínio em que a amostra mais pontuou é o domínio da função social com uma média de 77.5 (DP=24.064).

O coeficiente de assimetria de $-.367$ (std error=.269), revela a existência de simetria, no entanto com uma tendência à assimetria negativa, isto é, à direita. O valor de curtose de $-.759$ (st error=.532), revela uma curva mesocúrtica com tendência a platicúrtica, isto é, mais achatada. Recorreu-se, também, ao teste Kolmogorov-Smirnov, para testar a normalidade da distribuição, verificando-se que a distribuição cumpre o pressuposto da normalidade $p=.182$.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos, para a escala estado de saúde, evidencia que, apesar de existir um valor médio superior no grupo sem dispositivo (M=58.843; DP=21.863) em comparação com o valor médio no grupo com dispositivo (M=54.550; DP=17.245), esta diferença entre os grupos, para um intervalo de confiança de 95%, não é estatisticamente significativa ($t(78)=.917$, $\alpha=.362$). Assim, não se pode concluir que o grupo sem dispositivo apresente, de um modo substantivo, pontuações mais elevadas em estado de saúde do que o grupo com dispositivo.

Tabela 6: Médias e desvios-padrão para o SF36v2 e os seus domínios

	Total (N=80)	Sem Dispositivo (N=50)	Com dispositivo (N=30)
SF36v2	M (DP)	M (DP)	M (DP)
	M=57.233 (DP=20.249)	M=58.843 (DP=21.863)	M=54.550
	(valor min-max=12.75-93.06)	(valor min-max: 12.75-93.06)	(DP=17.245) (Valor min-max: 23.09-80.97)
Função Física	M (DP)	M (DP)	M (DP)
	M=58.562 (DP=27.914)	M=60.500 (DP=29.5933)	M=55.333
	(valor min-max:5-100)	(valor min-max:5-100)	(DP=17.245) (Valor min-max:5-95)
Desempenho Físico	M (DP)	M (DP)	M (DP)
	M=43.125 (DP=34.332)	M=45.250 (DP=36.912)	M=39.583
	(valor min-max:0-100)	(valor min-max:0-100)	(DP=30.145) (valor min-max:0-100)
Dor Corporal	M (DP)	M (DP)	M (DP)
	M=63.675 (DP=35.227)	M=64.500 (DP=34.020)	M=62.300
	(valor min-max:0-100)	(valor min-max:0-100)	(DP=37.70) (valormin-max:0-100)
Saúde Geral	M (DP)	M (DP)	M (DP)

	M=39.362 (DP=19.376) (valor min-max:0-100)	M=40.900 (DP=19.9259) (valor min-max:0-100)	M=36.800 (DP=18.467) (valor min-max:0-92)
Função Social	M (DP) M=77.5 (DP=24.064) (valor min-max:12.5-100)	M (DP) M=81.750 (DP=23.174) (valor min-max: 12.5-100)	M (DP) M=70.416 (DP=70.416) (valor min-max: 12.50-100)
Desempenho Emocional	M (DP) M=64.583 (DP=35.836) (valor min-max:0-100)	M (DP) M=64.500 (DP=36.375) (valor min-max:0-100)	M (DP) M=64.722 (DP=35.536) (valor min-max:0-100)
Vitalidade	M (DP) M=46.250 (DP=15.166) (valor min-max:25-75)	M (DP) M=47.750 (DP=16.548) (valor min-max:25-75)	M (DP) M=43.750 (DP=12.391) (valor min-max: 25-62.5)
Saúde Mental	M (DP) M=64.812 (DP=29.835) (valor min-max:0-100)	M (DP) M=65.600 (DP=31.295) (valor min-max:0-100)	M (DP) M=63.500 (DP=27.703) (valor min-max:0-100)

2.4. Autocuidado (SCHFI)²

A escala de autocuidado para a pessoa com insuficiência cardíaca (SCHFI), relativamente à amostra total, no domínio da manutenção (n=80) apresenta uma média de 54.536 (DP=14.574), o valor mínimo e máximo, são respetivamente, 23.33-89.99, sendo a amplitude de variação de 66.66. O intervalo de confiança informa que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados obtidos se situar entre 51.292 e 57.779.

A análise dos percentis, indica, para a escala de manutenção que 25% dos participantes obtiveram, no máximo 43.329 pontos, 50% dos participantes obtiveram no máximo 53.328 pontos, 75% dos participantes obtiveram no máximo 63.327 pontos.

O coeficiente de assimetria de .171 (std error=.275), revela simetria. O valor de curtose de -.346 (std error=.269), revela uma curva mesocúrtica. Recorreu-se, também, ao teste Kolmogorov-Smirnov, para testar a normalidade da distribuição, verificando-se que a distribuição cumpre o pressuposto da normalidade $p=.200$.

A escala da gestão (n=26), apresenta uma média de 54.807 (DP=19.312), com os valor mínimo e máximo, de 15 e 100, sendo a amplitude de variação de 85.00. O intervalo de confiança informa que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados obtidos se situar entre 47.007 e 62.608.

Para a escala de gestão, a análise dos percentis, indica que 25% dos

² Devido ao baixo índice de consistência interna, para as escalas de manutenção e gestão (cf. ponto 3 dos resultados), todos os dados constantes neste estudo inferidos a partir destas duas subescalas, representam apenas uma possível tendência sem fidelidade constatada.

participantes obtiveram, no máximo 43.750 pontos, 50% dos participantes obtiveram no máximo 55.000 pontos, 75% dos participantes obtiveram, no máximo 65.000 pontos.

O coeficiente de assimetria de .275 (std error=.456) revela a existência de simetria. O valor de curtose de .809 (std. error=.887), revela uma curva mesocúrtica. Recorreu-se, também, ao teste Shapiro-Wilk, para testar a normalidade da distribuição, verificando-se que a distribuição cumpre o pressuposto da normalidade $p=.200$.

A escala da confiança ($n=79$), apresenta uma média de 79.529 (DP=16.255), com o valor mínimo e máximo 27.80-100, sendo a amplitude de variação de 72.28. O intervalo de confiança informa que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados obtidos se situar entre 75.888 e 83.170.

Para a escala de confiança, a análise dos percentis, indica que 25% dos participantes obtiveram no máximo 72.280 pontos, 50% dos participantes obtiveram no máximo 83.400 pontos, 75% dos participantes obtiveram no máximo 88.960 pontos.

O coeficiente de assimetria de -1.044 (std error=.271) revela a inexistência de simetria, há uma assimetria negativa, isto é, à direita. O valor de curtose de .832, revela uma curva mesocúrtica. Recorreu-se, também, ao teste Kolmogorov-Smirnov, para testar a normalidade da distribuição, verificando-se que a distribuição não cumpre o pressuposto da normalidade $p=.000$.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos, para a subescala manutenção, evidencia que, apesar de existir um valor médio superior no grupo sem dispositivo ($M=54.861$; $DP=14.031$) em comparação com o valor médio no grupo com dispositivo ($M=53.994$; $DP=15.667$), esta diferença entre os grupos, para um intervalo de confiança de 95%, não é estatisticamente significativa ($t(78)=.256$, $\alpha=.799$). Assim, não se pode concluir que o grupo sem dispositivo apresente, de um modo substantivo, pontuações mais elevadas em manutenção do que o grupo com dispositivo.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos, para a subescala gestão, evidencia que, apesar de existir um valor médio superior no grupo sem dispositivo ($M=55.000$; $DP=20.615$) em comparação com o valor médio no grupo com dispositivo ($M=54.545$; $DP=18.364$), esta diferença entre os grupos, para um intervalo de confiança de 95%, não é estatisticamente significativa ($t(24)=.058$, $\alpha=.954$). Assim, não se pode concluir que o grupo sem dispositivo apresente, de um modo substantivo, pontuações mais elevadas em gestão do que o grupo com dispositivo.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos, para a subescala confiança, evidencia que, apesar de existir um valor médio superior no grupo com dispositivo ($M=80.434$; $DP=15.084$) em comparação com o valor médio no grupo sem dispositivo ($M=78.974$; $DP=17.060$), esta diferença entre os grupos, para um intervalo de confiança de 95%, não é estatisticamente significativa ($t(77)=-.385$, $\alpha=.701$). Assim, não se pode concluir que o grupo com dispositivo apresente, de um modo substantivo, pontuações mais elevadas em confiança do que o grupo sem dispositivo.

Tabela 7: Médias e desvios-padrão para as escalas da SCHFI

	Total	Sem Dispositivo	Com dispositivo
Manutenção	M (DP) - (N=80)	M (DP) - (N=50)	M (DP) - (N=30)
	M=54.536 (DP=14.574)	M=54.861 (DP=14.031)	M=53.994 (DP=15.667)
	(valor min-max: 23.33-89.99)	(valor min-max: 23.33-89.99)	(valor min-max: 26.66-86.66)
Gestão	M (DP) - (N=26)	M (DP) - (N=15)	M (DP) - (N=11)
	M=54.807 (DP=19.312)	M=55.000 (DP=20.615)	M=54.545 (DP=18.364)
	(valor min-max:15-100)	(valor min-max:15-100)	(valor min-max:35-95)
Confiança	M (DP) - (N=79)	M (DP) - (N=49)	M (DP) - (N=30)
	M=79.529 (DP=16.255)	M=78.974 (DP=17.060)	M=80.434 (DP=15.084)
	(valor min-max:27.80-100)	(valor min-max:27-100)	(valor min-max: 50.04-100)

3. Análise da consistência interna

Apresenta-se, de seguida, os diversos índices de fidelidade, para cada escala em análise. A consistência interna foi examinada, através do alfa de Cronbach, para cada uma das escalas e subescalas, para a amostra total e para ambos os subgrupos. A consistência interna, para a amostra total, assume valores de alfa entre .462 e .966 (*cf.* tabela 8). Segundo Pestana e Gageiro (2005), o valor de α da BDI-II e da SF36v2, é considerado indicador de uma boa consistência interna, já as escalas da DS14 e a escala confiança da SCHFI apresentam um valor de consistência interna razoável, sendo que, as escalas manutenção e gestão da SCHFI apresentam valores de consistência interna fracos ³.

Assim sendo, pela análise dos indicadores de fidelidade, considera-se que os instrumentos BDI-II, SF36v2, DS14 e a escala de confiança da SCHFI apresentam valores que permitem a utilização das escalas para fins de investigação. Já respetivamente à escala de gestão e manutenção, os alfas são considerados fracos, o que faz com que passe a existir elevada probabilidade da medida não ser válida (isto é, o resultado pode nada dizer sobre o constructo que se pretendia medir), e mesmo que a medida seja válida, o erro de medida é elevado, pelo que a variabilidade observada afeta o poder de qualquer teste estatístico realizado, aumentando a probabilidade de resultados não-significativos (Maroco, 2006), desta forma, todos os dados e informações constantes neste estudo inferidos a partir dessas duas subescalas (manutenção e gestão), devem ser sempre interpretados como representando uma possível tendência sem fidelidade constatada.

A consistência interna foi também calculada para o conjunto dos itens das escalas, pode ser consultada no anexo 2 (tabela 1 a 5).

³ Analisando, também, a correlação inter-item, verifica-se que para a inibição social (DS14), o item DS14.3 assume valores a baixo de 0.3, e nas escalas manutenção e gestão (SCHFI), diversos itens assumem valores abaixo de 0.3, isto significa que há uma codificação errada dos itens ou mistura de itens de dimensões diferentes. Havendo um item na escala de gestão em que o alfa assume valores negativos, isto significa que as correlações inter-itens são elas próprias negativas. Um alfa negativo reflecte, normalmente, um erro na codificação dos pontos, isto é, os itens podem não estar codificados na mesma direcção conceptual (Maroco, 2006), o que viola o modelo de consistência interna e inviabiliza o seu uso (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 8: Consistência interna (alfa de Cronbach) das escalas em estudo para para o grupo total (n=80) e para os subgrupos com dispositivo (n=50) e sem dispositivo (n=30)

	Total	Sem Dispositivo	Com dispositivo
DS(14)			
Afectividade Negativa	.782	.769	.804
Inibição Social	.702	.684	.733
BDI-II			
	.899	.915	.857
SF36v2			
	.857	.885	.778
Função Física	.906	.913	.891
Desempenho Físico	.943	.965	.891
Dor Corporal	.966	.96	.975
Saúde Geral	.746	.739	.757
Função Social	.528	.57	.411
Desempenho Emocional	.941	.966	.904
Vitalidade	.851	.88	.773
Saúde Mental	.864	.89	.814
SCHFI			
Manutenção	.491	.402	.619
Gestão	.462	.516	.37
Confiança	.655	.666	.629

4. Análise da influência das variáveis sociodemográficas e clínicas nas pontuações dos instrumentos

A partir desta fase de análise, opta-se pela análise da amostra e não dos subgrupos previamente definidos (com dispositivo e sem dispositivo), uma vez que não foi encontrada qualquer distinção estatisticamente significativa entre estes.

4.1. Influência do género

A exploração das diferenças entre as médias para o género masculino e feminino, para todos as escalas e subescalas, para um intervalo de confiança de 95%, não apresenta diferenças estatisticamente significativas (depressão ($t(78)=-1.075$, $\alpha=.286$), afetividade negativa ($t(78)=-1.294$, $\alpha=.0200$), inibição social ($t(78)=-1.496$, $\alpha=.55$), estado de saúde ($t(78)=1.919$, $\alpha=.059$), função física ($t(78)=1.490$, $\alpha=.140$), desempenho físico ($t(78)=0.932$, $\alpha=.354$), dor corporal ($t(78)=1.597$, $\alpha=.114$), saúde geral ($t(78)=.779$, $\alpha=.438$), função social ($t(78)=1.923$, $\alpha=.058$), desempenho emocional ($t(78)=1.218$, $\alpha=.227$), saúde mental ($t(78)=1.884$, $\alpha=.063$), vitalidade ($t(78)=1.127$, $\alpha=.263$), confiança ($t(77)=1.812$, $\alpha=.074$)). Assim, não se pode concluir que o género masculino e feminino apresentem, de um modo substantivo, pontuações distintas nos instrumentos em análise.

4.2. Influência do historial de acompanhamento psicológico

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos (com historial de acompanhamento psicológico e sem historial de acompanhamento psicológico), para um intervalo de confiança de 95% não

apresenta diferenças estatisticamente significativas para a escala depressão ($t(78)=1.865$, $\alpha=.066$), afetividade negativa ($t(78)=1.758$, $\alpha=.083$), inibição social ($t(78)=.607$, $\alpha=.545$), função física ($t(78)=-1.222$, $\alpha=.225$), saúde geral ($t(78)=-0.288$, $\alpha=.774$), função social ($t(78)=-1.780$, $\alpha=.079$), saúde mental ($t(78)=-1.114$, $\alpha=.269$) e desempenho físico ($t(78)=-1.932$, $\alpha=.074$).

A exploração das diferenças entre as médias para os dois grupos, para a escala **estado de saúde**, evidencia que existe um valor médio inferior no grupo com historial de acompanhamento psicológico ($M=43.601$; $DP=15.324$) em comparação com o grupo sem historial de acompanhamento psicológico ($M=59.181$; $DP=21.200$), para um intervalo de confiança de 95% apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t(78)=-2.340$, $\alpha=.022$). Assim, existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo com historial de acompanhamento psicológico no estado de saúde são significativamente inferiores ao grupo sem historial de acompanhamento psicológico.

A exploração das diferenças entre as médias para os dois grupos, para a **dor corporal**, evidencia que existe um valor médio inferior no grupo com historial de acompanhamento psicológico ($M=39.900$; $DP=10.766$) em comparação com o grupo sem historial de acompanhamento psicológico ($M=67.071$; $DP=34.293$), para um intervalo de confiança de 95% apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t(78)=-2.346$, $\alpha=.022$). Assim, existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo com historial de acompanhamento psicológico na dor corporal são significativamente inferiores ao grupo sem historial de acompanhamento psicológico.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos, para o **desempenho emocional**, evidencia que existe um valor médio inferior no grupo com historial de acompanhamento psicológico ($M=38.333$; $DP=26.117$) em comparação com o grupo sem historial de acompanhamento psicológico ($M=68.333$; $DP=35.599$), para um intervalo de confiança de 95% apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t(78)=-2.562$, $\alpha=.012$). Assim, existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo com historial de acompanhamento psicológico no desempenho emocional são significativamente inferiores ao grupo sem historial de acompanhamento psicológico.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos, para a **vitalidade**, evidencia que existe um valor médio inferior no grupo com historial de acompanhamento psicológico ($M=36.875$; $DP=15.436$) em comparação com o grupo sem historial de acompanhamento psicológico ($M=47.5893$; $DP=14.755$), para um intervalo de confiança de 95% apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t(78)=-2.136$, $\alpha=.36$). Assim, existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo com historial de acompanhamento psicológico na vitalidade são significativamente inferiores ao grupo sem historial de acompanhamento psicológico.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos, para a **confiança**, evidencia que existe um valor médio inferior no grupo com historial de acompanhamento psicológico ($M=69.500$; $DP=22.584$) em

comparação com o grupo sem historial de acompanhamento psicológico ($M=80.982$; $DP=14.786$), para um intervalo de confiança de 95% apresenta diferenças estatisticamente significativas ($t(78)=-2.135$, $\alpha=.36$). Assim, existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo com historial de acompanhamento psicológico na confiança são significativamente inferiores ao grupo sem historial a de acompanhamento psicológico.

4.3. Influência do faixa etária⁴

A exploração das diferenças entre médias para os intervalos de idade, não apresenta diferenças estatisticamente significativas para as escalas depressão ($F(5;74)=2.107$, $p=.074$), afetividade negativa ($F(5;74)=.775$, $p=.571$), inibição social ($F(5;74)=1.736$ $p=.137$), função física ($F(5;74)=2.068$, $P=.079$), desempenho físico ($F(5;74)=2.137$, $p=.070$), saúde geral ($F(5;74)=1.550$; $p=.185$), função social ($F(5;74)=.769$; $p=.575$), vitalidade ($F(5;74)=2.024$; $p=.085$), saúde mental ($F(5;74)=1.969$; $p=.093$) e confiança ($F(5;74)=.916$, $p=.476$), desta forma conclui-se que as pontuações nos domínios acima mencionados não apresentam diferenças significativas consoante as idades.

A exploração das diferenças entre médias para os intervalos de idade, apresenta diferenças estatisticamente significativas para a escala estado de saúde ($F(5,74)=2.768$, $p=.024$), desta forma conclui-se que as pontuações no questionário de estado de saúde diferem de forma estatisticamente significativa pelo menos entre duas faixas etárias. No entanto, no teste de comparações múltiplas não possível detetar diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias e as pontuações no estado de saúde⁵.

4.4. Influência do tempo de diagnóstico

A exploração das diferenças entre médias para os intervalos de tempo de diagnóstico, não apresenta diferenças estatisticamente significativas para as escalas depressão ($F(5;74)=.736$ $p=.599$), afetividade negativa ($F(5;74)=.321$, $p=.889$), inibição social ($F(5;74)=.704$, $p=.622$), estado de saúde ($F(5;74)=.994$; $p=.427$), função física ($F(5;74)=2.004$, $p=.088$), desempenho físico ($F(5;74)=.968$, $p=.443$); dor corporal ($F(5,74)=.274$, $p=.926$), saúde geral ($F(5;74)=.871$, $p=.505$), função social ($F(5;74)=2.195$, $p=.64$), desempenho emocional ($F(5, 74)=.595$, $p=.704$), saúde mental ($F(5;74)=.205$, $p=.959$), vitalidade ($F(5;74)=2.227$, $p=.060$), confiança ($F(5;74)=2.080$, $p=.078$), desta forma conclui-se que para nenhuma das pontuações nos instrumentos, existem diferenças estatisticamente significativas de acordo com o tempo de diagnóstico.

⁴ Não se testaram as diferenças para os domínios da dor corporal e do desempenho emocional por não respeitarem o pressuposto da homogeneidade da variância.

⁵ É possível, apesar pouco provável, rejeitar H_0 na ANOVA e não se conseguir detetar diferenças entre pares de médias pelo teste de comparação múltipla das médias. Tal deve-se ao facto de que a ANOVA é um teste mais potente (isto é, a probabilidade de rejeitar H_0 , correctamente, é maior) do que as comparações múltiplas (que tem associada maiores probabilidades de erro de tipo II) (Maroco, 2007).

4.5. Influência do estado civil⁶

A exploração das diferenças entre médias para o estado civil na escala **depressão**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(4;75)=4.780$, $p=.002$).

Analisando as comparações múltiplas, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo casado (diferença entre médias=18.865; std error=4.612, $p=.001$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo viúvo na escala de depressão são significativamente superiores ao grupo casado.

Existem, também, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo divorciado (diferença entre médias=22.114; std error=5.652, $p=.002$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo viúvo, na escala de depressão, são significativamente superiores ao grupo divorciado.

Sendo que os restantes grupos não apresentam diferenças entre médias estatisticamente significativas para a escala depressão.

A exploração das diferenças entre médias para o estado civil na escala **estado de saúde**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(4;75)=4.708$, $p=.002$).

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo casado (diferença entre médias=-31.052; std error=7.472, $p=.001$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo viúvo na escala de estado de saúde são significativamente inferiores ao grupo casado.

Existem, também, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo divorciado (diferença entre médias=-35.187; std error=9.156, $p=.002$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo viúvo, na escala de estado de saúde, são significativamente inferiores ao grupo divorciado.

Sendo que os restantes grupos não apresentam diferenças entre médias estatisticamente significativas para a escala estado de saúde.

A exploração das diferenças entre médias para o estado civil na **dor corporal**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(4;75)=4.631$, $p=.002$).

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo divorciado (diferença entre médias=-63.2571; std error=15.955, $p=.002$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo viúvo na escala de dor corporal são significativamente inferiores ao grupo divorciado.

Existem, também, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo casado (diferença entre

⁶ Não se testou as diferenças para o domínio da função social, visto que não respeita o pressuposto da homogeneidade das variâncias.

médias=-49.687; std error=13.020, $p=.002$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo viúvo na escala de dor corporal são significativamente inferiores ao grupo casado.

Sendo que os restantes grupos não apresentam diferenças entre médias estatisticamente significativas para a dor corporal.

A exploração das diferenças entre médias para o estado civil no **desempenho emocional**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(4;75)=4.444$, $p=.003$).

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo divorciado (diferença entre médias=-64.166; std error=16.296, $p=.002$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo viúvo na escala desempenho emocional são significativamente inferiores ao grupo divorciado.

Observa-se que existem, também, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo casado (diferença entre médias=-49.842; std error=13.298, $p=.003$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo viúvo na escala desempenho emocional são significativamente inferiores ao grupo casado.

Observa-se que existem, também, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo união de facto (diferença entre médias=-56.666; std error=19.363, $p=.036$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo viúvo na escala desempenho emocional são significativamente inferiores ao grupo união de facto.

A exploração das diferenças entre médias para o estado civil na **saúde mental**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(4;75)=5.340$, $p=.001$).

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo divorciado (diferença entre médias=-41.642; std error=13.312, $p=.021$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo viúvo, na escala saúde mental, são significativamente inferiores ao grupo divorciado.

Observa-se que existem, também, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo casado (diferença entre médias=-48.180; std error=10.863, $p=.000$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo viúvo na escala saúde mental são significativamente inferiores ao grupo casado.

Observa-se que existem, também, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo viúvo e do grupo solteiro (diferença entre médias=-49.142; std error=15.818, $p=.022$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo viúvo na escala saúde mental são significativamente inferiores ao grupo solteiro.

A exploração das diferenças entre médias para o estado civil, não

apresenta diferenças estatisticamente significativas para a para a afetividade negativa ($F(4;75)=1.714$, $p=.156$), inibição social ($F(4;75)=1.538$, $p=.200$), função física ($F(4;75)=1.097$; $p=.364$), desempenho físico ($F(4;75)=1.582$; $p=.188$), saúde geral ($F(4;75)=1.533$, $p=.201$), vitalidade ($F(4;75)=2.293$, $p=.067$), confiança ($F(4;75)=2.208$, $p=.076$), desta forma conclui-se que para as escalas acima mencionadas, as pontuações não diferem significativamente, consoante o estado civil.

4.6. Influência do agregado familiar⁷

A exploração das diferenças entre médias para o agregado familiar, não apresenta diferenças estatisticamente significativas para a para as escalas depressão ($F(5;74)=1.039$, $p=0.401$), inibição social ($F(5;74)=.760$, $p=.575$), estado de saúde ($F(5;74)=1.250$, $p=.295$), nem para nenhum dos domínios do sf36v2, desta forma conclui-se que para nenhuma escala, as pontuações diferem significativamente consoante o agregado familiar.

4.7. Influência das habilitações literárias⁸

A exploração das diferenças entre médias para as habilitações literárias na **depressão**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(6;73)=4.637$, $p=.000$)

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo sem escolaridade e do grupo 3º ciclo (diferença entre médias=15.147; std error=4.436, $p=.017$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo sem escolaridade na escala depressão são significativamente superiores ao grupo 3º ciclo.

Observa-se que existem, também, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo sem escolaridade e do grupo ensino secundário (diferença entre médias=17.083; std error=5.541, $p=.044$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo sem escolaridade na escala depressão são significativamente superiores ao grupo ensino secundário.

Observa-se que existem, também, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo sem escolaridade e do grupo licenciatura (diferença entre médias=24.250; std error=7.153, $p=.019$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo sem escolaridade na escala depressão são significativamente superiores ao grupo licenciatura.

A exploração das diferenças entre médias para as habilitações literárias na **afetividade negativa**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(6;73)=5.941$, $p=.000$).

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do

⁷ Não se testou as diferenças para a subescala da afetividade negativa, para a subescala da confiança e para o domínio do desempenho emocional, visto que não respeitam o pressuposto da homogeneidade das variâncias.

⁸ Não se testou as diferenças para os domínios da dor corporal e desempenho emocional, visto que não respeitam o pressuposto da homogeneidade das variâncias.

grupo sem escolaridade e do grupo 2º ciclo (diferença entre médias=9.702; std error=3.171, p=.047). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo sem escolaridade na escala afetividade negativa são significativamente superiores ao grupo 2º ciclo.

Observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo sem escolaridade e do grupo ensino secundário (diferença entre médias=13.917; std error=3.334, p=.02). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo sem escolaridade na escala afetividade negativa são significativamente superiores ao grupo ensino secundário.

Observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo sem escolaridade e do grupo licenciatura (diferença entre médias=16.417; std error=4.304, p=.05). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo sem escolaridade na escala afetividade negativa são significativamente superiores ao grupo licenciatura.

Observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do 1º ciclo e do grupo ensino secundário (diferença entre médias=11.083; std error=2.940, p=.006). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo 1º ciclo na escala afetividade negativa são significativamente superiores ao grupo ensino secundário.

Observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do 1º ciclo e do grupo licenciatura (diferença entre médias=13.583; std error=4.007, p=.019). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo 1º ciclo na escala afetividade negativa são significativamente superiores ao grupo licenciatura.

A exploração das diferenças entre médias para as habilitações literárias no **estado de saúde**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(6;73)=3.510$, $p=.004$).

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo sem escolaridade e do grupo licenciatura (diferença entre médias=-38.262; std error=11.978, $p=.032$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo sem escolaridade na escala estado de saúde são significativamente inferiores ao grupo com licenciatura.

A exploração das diferenças entre médias para as habilitações literárias, apresenta pelo menos duas médias com diferenças significativas na função física ($F(6;73)=2.701$, $p=.020$), saúde mental ($F(6;73)=2.689$, $p=.021$) e vitalidade ($F(6;73)=2.921$, $p=.013$). No entanto, no teste de comparações múltiplas não foi possível detetar diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias para a escala e domínios mencionados⁹.

A exploração das diferenças entre médias para as habilitações

⁹ cf. nota 5

literárias na confiança, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(6;72)=4.030$, $p=.002$).

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo sem escolaridade e do grupo com 1º ciclo (diferença entre médias=-17.452; std error=4.879, $p=.011$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo sem escolaridade na escala confiança são significativamente inferiores ao grupo com 1º ciclo.

Observa-se, também, que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo sem escolaridade e do grupo com ensino secundário (diferença entre médias=-23.166; std error=7.319, $p=.035$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no do grupo sem escolaridade na escala confiança são significativamente inferiores às do grupo com ensino secundário.

A exploração das diferenças entre médias para as habilitações literárias, não apresenta diferenças estatisticamente significativas para a para a inibição social ($F(6;73)=1.729$, $p=.126$), desempenho físico ($F(6;73)=1.948$, $p=.084$), saúde geral ($F(6;73)=1.975$, $p=.080$) e função social ($F(6;73)=.358$, $p=.903$), desta forma conclui-se que para as escalas acima mencionadas, as pontuações não diferem significativamente consoante as habilitações literárias.

4.8. Influência da situação profissional¹⁰

A exploração das diferenças entre médias para a situação profissional, para a escala **depressão**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(3;76)=3.903$, $p=.012$).

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo ativo e do grupo reformado (diferença entre médias=-11.076; std error=3.532, $p=.013$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no grupo ativo na escala depressão são significativamente inferiores ao grupo reformado.

A exploração das diferenças entre médias para a situação profissional na **afetividade negativa**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(3;76)=4.530$, $p=.006$).

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo ativo e do grupo baixa médica (diferença entre médias=-15.214; std error=4.671, $p=.009$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no grupo ativo na escala afetividade negativa são significativamente inferiores ao grupo baixa médica.

Observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo ativo e do grupo reformado (diferença entre médias=-6.096; std error=2.183, $p=.033$). O que significa

¹⁰ Não se testou as diferenças para a escala do estado de saúde e para os domínios da função física, desempenho emocional e saúde mental, visto que não respeitam o pressuposto da homogeneidade das variâncias.

que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no grupo ativo na escala afetividade negativa são significativamente inferiores ao grupo reformado.

A exploração das diferenças entre médias para a situação profissional no **desempenho físico**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(3;76)=6.725$ $p=.000$).

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo ativo e do grupo baixa médica (diferença entre médias=62.202; std error=19.860, $p=.013$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no grupo ativo na escala desempenho físico são significativamente superiores ao grupo baixa médica.

Observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo ativo e do grupo reformado (diferença entre médias=33.989; std error=9.280, $p=.003$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no grupo ativo na escala desempenho físico são significativamente superiores ao reformado.

A exploração das diferenças entre médias para a situação profissional na **vitalidade**, apresenta pelo menos duas médias com diferenças estatisticamente significativas ($F(3;76)=5.682$ $p=.001$).

Analisando as comparações múltiplas observa-se que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo ativo e do grupo baixa médica (diferença entre médias=30.059; std error=8.891, $p=.006$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações no grupo ativo na escala vitalidade são significativamente superiores ao grupo baixa médica.

Observa-se, também, que existem, diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação das médias do grupo ativo e do grupo reformado (diferença entre médias=13.075; std error=4.154, $p=.012$). O que significa que existe evidência estatística para afirmar que as pontuações do grupo activo na escala vitalidade são significativamente superiores às do grupo reformado.

A exploração das diferenças entre médias para a situação profissional, não apresenta diferenças estatisticamente significativas para as escalas inibição social ($F(3;75)=1.170$, $p=.327$), dor corporal ($F(3;76)=.991$, $p=.402$), saúde geral ($F(3;76)=2.581$, $p=.60$), função social ($F(3;76)=1.935$, $p=.131$) e confiança ($F(3;75)=1.170$, $p=.327$), desta forma conclui-se que para as escalas acima mencionadas, as pontuações não diferem significativamente consoante as situação profissional.

5. Personalidade tipo D, depressão e estado de saúde

De seguida, procura-se averiguar qual o grau de depressão nas pessoas categorizadas como tendo personalidade tipo D e nas pessoas sem personalidade tipo D (*cf.* tabela 9) e aferir se existem diferenças estatisticamente significativas na média da pontuação na depressão e no estado de saúde, entre os grupos com e sem personalidade tipo D.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos (com e sem personalidade tipo D), para a escala depressão, evidência que, existe um valor médio superior no grupo com personalidade tipo D (M=26.440; DP=12.918) em comparação com o valor médio no grupo sem personalidade tipo D (M=15.036; DP=10.664), esta diferença entre os grupos, para um intervalo de confiança de 95%, é estatisticamente significativa ($t(78)=-4.145$, $\alpha=.000$). Assim, pode-se concluir que o grupo com personalidade tipo D apresenta, de um modo substantivo, pontuações mais elevadas em depressão do que o grupo sem personalidade tipo D.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos (com e sem personalidade tipo D), para a escala estado de saúde, evidência que, existe um valor médio inferior no grupo com personalidade tipo D (M=47.197; DP=22.782) em comparação com o valor médio no grupo sem personalidade tipo D (M=61.795; DP=17.359), esta diferença entre os grupos, para um intervalo de confiança de 95%, é estatisticamente significativa ($t(78)=3.153$, $\alpha=.002$). Assim, pode-se concluir que o grupo com personalidade tipo D apresenta, de um modo substantivo, pontuações mais baixas no estado de saúde do que o grupo sem personalidade tipo D.

Tabela 9. Médias, desvios-padrão e percentagens das depressão e estado de saúde, nos indivíduos com personalidade tipo D e nos indivíduos sem personalidade tipo D

	Personalidade tipo D (N=25)	Sem Personalidade tipo D (N=55)
Depressão	M (DP) M=26.440 (DP=12.918) (valor max-min=0-53)	M (DP) M=15.036 (DP=10.664) (valor max-min=0-54)
Depressão Mínima	N (%) 3 (12%)	(N%) 18 (32.7%)
Depressão Ligeira	N (%) 2 (8%)	N (%) 20 (36.4%)
Depressão Moderada	N (%) 9 (36%)	N (%) 11 (20%)
Depressão Grave	N (%) 11 (44%)	N (%) 6 (10.9%)
Estado de Saúde	M (DP) M=47.197 (DP=22.782)	M(DP) M=61.795 (DP=17.359)

6. Associações entre as diversas medidas

Através da correlação de Pearson, pretende-se avaliar a magnitude e grandeza das correlações entre as diversas medidas.

6.1. Associação entre depressão e as diversas medidas¹¹

A escala depressão, encontra-se negativamente associada com a escala do estado de saúde ($r_p = -0.793$, $p=.000$), e com a escala da confiança ($r_p = -.507$, $p=.000$), isto significa que à medida que as pontuações na escala depressão aumentam, as pontuações na escala estado de saúde e na escala confiança, diminuem, e vice-versa.

¹¹ Não se verificam associações estatisticamente significativas entre a escala depressão e as subescalas manutenção e gestão.

Considera-se que a associação negativa entre depressão e estado de saúde é alta, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$).

Considera-se que a associação negativa entre depressão e confiança é moderada, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$). Analisando o coeficiente de determinação (r^2), verifica-se que 25% da variação de uma variável é explicada por outra.

A escala depressão encontra-se positivamente associada à subescala afetividade negativa ($r_p = .685$, $p = .000$) e à subescala inibição social ($r_p = .44$, $p = .000$), isto significa que à medida que as pontuações na escala depressão aumentam, as pontuações na escala afetividade negativa e inibição social também aumentam, e vice-versa.

Considera-se que a associação positiva entre depressão e afetividade negativa e entre depressão e inibição social é moderada, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$).

Analisando o coeficiente de determinação (r^2), verifica-se, para a associação depressão e afetividade negativa, que 47% da variação de uma variável é explicada por outra.

Analisando o coeficiente de determinação (r^2), verifica-se, para a associação depressão e inibição social, que 19% da variação de uma variável é explicada por outra.

6.2. Associação entre as subescalas da personalidade tipo D e as diversas medidas¹²

A subescala afetividade negativa, encontra-se negativamente associada com a escala do estado de saúde ($r_p = -.578$, $p = .000$), com a escala da manutenção ($r_p = -.329$, $p = .000$), e com a escala da confiança ($r_p = -.349$, $p = .000$), isto significa que à medida que as pontuações na escala afetividade negativa aumentam, as pontuações na escala estado de saúde, manutenção e confiança, diminuem, e vice-versa.

Considera-se que a associação negativa entre afetividade negativa e estado de saúde é moderada, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$).

Considera-se que a associação negativa entre afetividade negativa e manutenção e confiança é baixa, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$).

Analisando o coeficiente de determinação (r^2) para a associação afetividade negativa e manutenção, verifica-se que 11% da variação de uma variável é explicada por outra.

Analisando o coeficiente de determinação (r^2) para a associação afetividade negativa e confiança, verifica-se que 12% da variação de uma variável é explicada por outra.

A escala afetividade negativa encontra-se positivamente associada à subescala inibição social ($r_p = .527$, $p = .000$), isto significa que à medida que as pontuações na escala afetividade negativa aumentam, as pontuações na escala inibição social também aumentam, e vice-versa.

Considera-se que a associação positiva entre afetividade negativa e inibição social é moderada, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$).

¹² Não se verificam associações estatisticamente significativas entre a escala inibição social e a subescala gestão.

Analisando o coeficiente de determinação (r^2) para a associação afetividade negativa e manutenção, verifica-se que 28% da variação de uma variável é explicada por outra.

Não se verificam associações estatisticamente significativas entre a escala afetividade negativa e a subescala gestão.

A subescala inibição social, encontra-se negativamente associada com a escala do estado de saúde ($r_p = -.411$, $p = .000$), manutenção ($r_p = -.324$, $p = .000$) e confiança ($r_p = -.375$, $p = .000$) isto significa que à medida que as pontuações na escala inibição social aumentam, as pontuações na escala estado de saúde, manutenção e confiança, diminuem, e vice-versa.

Considera-se que a associação negativa entre inibição social e estado de saúde é moderada, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$). Analisando o coeficiente de determinação (r^2), verifica-se que 16% da variação de uma variável é explicada por outra.

Considera-se que a associação negativa entre inibição social, manutenção e confiança é baixa, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$).

Analisando o coeficiente de determinação (r^2) para a associação inibição social e manutenção, verifica-se que 10% da variação de uma variável é explicada por outra.

Analisando o coeficiente de determinação (r^2) para a associação inibição social e confiança, verifica-se que 14% da variação de uma variável é explicada por outra.

6.3. Associação entre o estado de saúde e as diversas medidas¹³

A escala estado de saúde, encontra-se positivamente associada com a escala de confiança ($r_p = .498$, $p = .000$), isto significa que à medida que as pontuações na escala estado saúde aumentam, as pontuações na escala confiança, aumentam, e vice-versa.

Considera-se que a associação positiva entre estado de saúde e confiança é moderada, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$). Analisando o coeficiente de determinação (r^2), verificamos que 24% da variação de uma variável é explicada por outra.

6.4. Associação entre depressão e os domínios do estado de saúde

A escala depressão, encontra-se negativamente associada com todos os domínios do questionário de estado de saúde: domínio função física ($r_p = -0.505$, $p = 0.000$), desempenho físico ($r_p = -.522$, $p = .000$), dor corporal ($r_p = -.468$, $p = .000$), saúde geral ($r_p = -.502$, $p = .000$), função social ($r_p = -.512$, $p = .000$), desempenho emocional ($r_p = -.707$, $p = .000$), vitalidade ($r_p = -.613$, $p = .000$), saúde mental ($r_p = -.777$, $p = .000$), isto significa que à medida que as pontuações na escala depressão aumentam, as pontuações em todos os domínios do questionário de estado de saúde, diminuem, e vice-versa.

Considera-se que a associação negativa entre depressão e os

¹³ Não se verificam associações estatisticamente significativas entre a escala estado de saúde e as escalas de manutenção e gestão.

domínios da função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, função social e vitalidade é moderada, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$). Enquanto, a associação negativa entre depressão e os domínios do desempenho emocional e saúde mental é alta, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$).

Analisando o coeficiente de determinação (r^2), para associação entre a depressão e os diversos domínios, verifica-se que para a associação função física e depressão, 25% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação desempenho físico e depressão, 27% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação dor corporal e depressão, 21% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação saúde geral e depressão, 25% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação função social e depressão, 26% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação desempenho emocional e depressão, 49% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação entre vitalidade e depressão, 37% de uma variável é explicada por outra. Para a associação saúde mental e depressão, 60% da variação de uma variável é explicada por outra.

6.5. Associação das subescalas da personalidade tipo D com os domínios do estado de saúde

A subescala afetividade negativa, encontra-se negativamente associada a todos os domínios do questionário de estado de saúde: domínio função física ($r_p = -.281$, $p = .012$), desempenho físico ($r_p = -.322$, $p = .004$), dor corporal ($r_p = -.405$, $p = .000$), saúde geral ($r_p = -.352$, $p = .000$), função social ($r_p = -.425$, $p = .000$), desempenho emocional ($r_p = -.463$, $p = .000$), vitalidade ($r_p = -.486$, $p = .000$), saúde mental ($r_p = -.649$, $p = .000$), isto significa que à medida que as pontuações na escala afetividade negativa aumentam, as pontuações em todos os domínios do questionário de estado de saúde, diminuem, e vice-versa.

Considera-se que a associação negativa entre afetividade negativa e o domínio da função física é muito baixa, a um nível de confiança de 95% ($p < .05$). A associação afetividade negativa e os domínios do desempenho físico, saúde geral é baixa, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$). A associação entre afetividade negativa e os domínios de dor corporal, função social, desempenho emocional, vitalidade e saúde mental é moderada, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$).

Analisando o coeficiente de determinação (r^2), para associação entre a afetividade negativa e os diversos domínios, verifica-se que para a associação função física e afetividade negativa 7% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação desempenho físico e afetividade negativa, 10% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação dor corporal e afetividade negativa, 16% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação saúde geral e afetividade negativa, 12% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação função social e afetividade negativa, 18% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação desempenho emocional e afetividade negativa, 21% da variação de uma

variável é explicada por outra. Para a associação vitalidade e afetividade negativa, 23% de uma variável é explicada por outra. Para a associação saúde mental e afetividade negativa, 42% da variação de uma variável é explicada por outra.

A subescala inibição social, encontra-se negativamente associada a todos os domínios do questionário de estado de saúde: domínio função física ($r_p = -.258$, $p = .021$), dor corporal ($r_p = -.306$, $p = .006$), saúde geral ($r_p = -.238$, $p = .033$), função social ($r_p = -.393$, $p = .000$), desempenho emocional ($r_p = -.334$, $p = .002$), vitalidade ($r_p = -.303$, $p = .006$), saúde mental ($r_p = -.458$, $p = .000$), isto significa que à medida que as pontuações na escala inibição social aumentam, as pontuações em todos os domínios do questionário de estado de saúde, diminuem, e vice-versa. Existindo uma exceção no que se refere à associação da inibição social com o desempenho físico, em não se verifica nenhuma associação estatisticamente significativa ($r_p = -.126$, $p = .264$).

Considera-se que a associação negativa entre inibição social e o domínios da função física e o domínio da saúde geral é muito baixa, a um nível de confiança de 95% ($p < .05$). A associação inibição social e os domínios de dor corporal, função social, desempenho emocional, vitalidade e saúde mental é baixa, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$). A associação entre afetividade negativa e os domínios de, função social, desempenho emocional, vitalidade e saúde mental é moderada, a um nível de confiança de 99% ($p < .01$).

Analisando o coeficiente de determinação (r^2), para associação entre a inibição social e os diversos domínios, verifica-se que para a associação função física e inibição social, 6% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação dor corporal e inibição social, 9% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação saúde geral e inibição social, 5% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação função social e inibição social, 15% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação desempenho emocional e inibição social 11% da variação de uma variável é explicada por outra. Para a associação vitalidade e inibição social, 9% de uma variável é explicada por outra. Para a associação saúde mental e inibição social, 20% da variação de uma variável é explicada por outra.

7. Efeito preditor das variáveis depressão e afetividade negativa na variável estado de saúde

Efetou-se uma análise de regressão linear simples, para a escala depressão e para a sub-escala afetividade negativa, para estudar o efeito destas relativamente ao estado de saúde.

Foram efetuadas análises preliminares para aferir a adequação dos dados à realização das análises de regressão linear simples. A inspeção gráfica da dispersão dos resíduos confirmou que os resíduos apresentavam uma distribuição linear (através do diagrama de dispersão), normal (através do gráfico normal Q-Q Plot), e que cumpria a homostedasticidade (através da relação entre resíduos estudantizados SRESID e os resíduos standardizados ZPRED). A normalidade dos resíduos foi também testada através do teste Kolmogorov-Smirnov com a correção lilliefors, tendo sido

verificado o cumprimento deste pressuposto ($p=.200$). A covariância nula, ou seja, a existência de independência das variáveis aleatórias residuais foi analisada e validada através da análise gráfica (através da relação dos resíduos estudantizados SRESID e dos resíduos estandardizados ZPRED) e do valor de Durbin-Watson, onde p é a autocorrelação dos resíduos (depressão e estado saúde $p=1.911$; afetividade negativa e estado saúde $p=1.988$), o que confirma a inexistência de autocorrelação dos resíduos, ou seja a covariância entre os resíduos é nula (Pestana & Gageiro, 2005).

7.1. Efeito preditor da variável depressão na variável estado de saúde

Realizou-se a análise de regressão com a escala depressão (BDI-II), como variável independente e com o total do estado de saúde (SF36v2) como variável dependente. A correlação entre as variáveis é alta ($r_p=0.793$) e o coeficiente de determinação (r^2) é .624. Ou seja, 62.4% da variação do estado de saúde (variável dependente), é explicada pela variação da depressão (variável independente). Sendo que, a restante variação do estado saúde é explicada por factores não especificados e que estão incluídos na variável aleatória.

Interpretando o Beta, pode afirmar-se que, por cada aumento de uma unidade no estado de saúde a depressão diminui em média 1.282. Interpretando o alfa, pode afirmar-se que, para uma depressão nula a média do estado de saúde seria 81.086.

O teste F (Anova) dá-nos informação sobre a adequabilidade do modelo, testando a hipótese do coeficiente de determinação r^2 ser 0 na população. Neste caso ($F(1)=132.042$; $p=.000$), rejeita-se a hipótese de isso acontecer, como $p=.000$, confirma-se a adequabilidade do teste, ou seja, confirma-se que a depressão explica a variação observada no estado de saúde.

Os testes t (no quadro dos Coefficients), testam a hipótese dos parâmetros do universo alfa e beta serem iguais a um determinado valor fixo, isto é, a nulidade dos coeficientes. No primeiro caso ($t=32.470$; $p=.000$) testa a probabilidade de a constante (recta de regressão na origem) ser 0, e no segundo caso ($t=-11.491$, $p=.000$) testa a probabilidade do coeficiente de regressão ser 0. Em ambos os testes os níveis de significância são de .000, o que nos leva a rejeitar as hipóteses nulas, isto é, confirmar-se que a recta de regressão passa na origem, e o coeficiente da depressão é 0.

7.2. Efeito preditor da variável afectividade negativa na variável estado de saúde

Realizou-se a análise de regressão com a subescala afectividade negativa (DS14), como variável independente e com o total do estado de saúde (SF36v2) como variável dependente. A correlação entre as variáveis é moderada ($r_p=-.578$) e o coeficiente de determinação é muito (r^2) é .334. Ou seja, 33.4% da variação do estado de saúde (variável dependente), é explicada pela variação da afectividade negativa (variável independente). Sendo que, a restante variação do estado saúde é explicada por factores não especificados e que estão incluídos na variável aleatória.

Interpretando o Beta, pode afirmar-se que, por cada aumento de uma unidade no estado de saúde a afectividade negativa diminui em média 1.496. Interpretando o alfa, pode afirmar-se que, para uma afectividade negativa nula a média do estado de saúde seria 76.961.

O teste F (Anova) dá-nos informação sobre a adequabilidade do modelo, testando a hipótese do coeficiente de determinação r^2 ser 0 na população. Neste caso ($F(1)=39.060$; $p=.000$), rejeita-se a hipótese de isso acontecer, como $p=.000$, confirma-se a adequabilidade do teste, ou seja, confirma-se que a afectividade negativa explica a variação observada no estado de saúde.

Os testes t (no quadro dos Coefficients), testam a hipótese dos parâmetros do universo alfa e beta serem iguais a um determinado valor fixo, isto é, a nulidade dos coeficientes. No primeiro caso ($t=21.007$; $p=.000$) testa a probabilidade de a constante (reta de regressão na origem) ser 0, e no segundo caso ($t=-6.250$, $p=.000$) testa a probabilidade do coeficiente de regressão ser 0. Em ambos os testes os níveis de significância são de .000, o que nos leva a rejeitar as hipóteses nulas, isto é, confirma-se que a reta de regressão passa na origem, e o coeficiente da afectividade negativa é 0.

8. Síntese dos principais resultados

Na tabela 10, abaixo, apresenta-se uma síntese dos principais resultados.

Tabela 10: Síntese dos principais resultados

Principais resultados
Depressão (BDI-II)
Depressão Mínima (ausência de depressão) - 26.3%
Depressão Ligeira - 27.5%
Depressão Moderada - 25.0%
Depressão Grave - 21.3%
Personalidade tipo D (DS(14))
31.3% da amostra pode ser categorizada com personalidade tipo D
Estado de saúde (sf36v2) / Confiança (SCHFI)
M=57.233 (DP=20.249) / M=79.529 (DP=16.255)
Influência das variáveis sociodemográficas
Historial de acompanhamento psicológico
- A média da pontuação no estado de saúde , na dor corporal , no desempenho emocional , e na confiança é superior no grupo de indivíduos sem historial de acompanhamento psicológico.

Estado civil

- A média da pontuação da **depressão** é superior nos indivíduos viúvos, comparativamente com os indivíduos casados e com os indivíduos divorciados;
- A média da pontuação no **estado de saúde** é inferior nos indivíduos viúvos, comparativamente com os indivíduos casados e com os indivíduos divorciados;
- A média na pontuação na **dor corporal** é inferior nos indivíduos viúvos, comparativamente com os indivíduos divorciados e casados;
- A média das pontuações no **desempenho emocional** é inferior nos indivíduos viúvos, comparativamente com os indivíduos divorciados, com os indivíduos casados, e com os indivíduos em união de facto;
- A média das pontuações na **saúde mental**, é inferior nos indivíduos viúvos, comparativamente com os indivíduos divorciados, casados e em união de facto.

Habilitações Literárias

- A média das pontuações na **depressão** é superior nos indivíduos sem escolaridade, comparativamente com os indivíduos com 3º ciclo, ensino secundário e licenciatura;
- A média das pontuações na **afetividade negativa** é superior no grupo sem escolaridade, comparativamente com os indivíduos com o 2º ciclo, ensino secundário e licenciatura;
- A média das pontuações na **afetividade negativa** é superior nos indivíduos com 1º ciclo, comparativamente com os indivíduos com ensino secundário e licenciatura;
- A média das pontuações no **estado de saúde** é inferior nos indivíduos sem escolaridade, comparativamente aos indivíduos com licenciatura;
- A média das pontuações na **confiança** é inferior nos indivíduos sem escolaridade, comparativamente com os indivíduos com o 1º ciclo;
- A média das pontuações na **confiança** é superior nos indivíduos com o ensino secundário, comparativamente com os indivíduos sem escolaridade.

Situação Profissional

- A média das pontuações na **depressão** é superior nos indivíduos reformados, comparativamente com os indivíduos no ativo;
- A média das pontuações na **afetividade negativa** é superior nos indivíduos com baixa médica, comparativamente com os indivíduos no ativo;
- A média das pontuações na **afetividade negativa** é superior nos indivíduos reformados, comparativamente com os indivíduos no ativo;
- A média das pontuações no **desempenho físico** é superior nos indivíduos no ativo, comparativamente com os indivíduos com baixa médica;
- A média das pontuações no **desempenho físico** é superior nos indivíduos no ativo, comparativamente com os indivíduos reformados;
- A média das pontuações na **vitalidade** é superiores nos indivíduos no ativo, comparativamente aos indivíduos com baixa médica ou reformados.

Personalidade tipo D, depressão e estado de saúde

- O grupo com personalidade tipo D (M=26.440; DP=12.918) apresenta, de modo estatisticamente significativo, pontuações mais elevadas em depressão do que o grupo sem personalidade tipo D (M=15.036; DP=10.664).
- O grupo com personalidade tipo D (M=47.197; DP=22.782) apresenta, de um modo substantivo, pontuações mais baixas no estado de saúde do que o grupo sem personalidade tipo D (M=61.795; DP=17.359).

Associação entre variáveis*

Depressão**Associação negativa:**

- com o estado de saúde (associação alta; 62%);
- com a confiança (associação moderada; 25%);
- com todos os domínios do estado de saúde;

Associação positiva:

- com a afetividade negativa (associação moderada; 47%);
 - com a inibição social (associação moderada; 19%).
-

Personalidade Tipo D**Afetividade Negativa****Associação negativa:**

- com o estado de saúde (associação moderada; 33%);
- com a confiança (associação baixa; 12%);
- com todos os domínios do estado de saúde;

Associação positiva:

- com a inibição social (associação moderada; 28%);

Inibição Social**Associação negativa:**

- com o estado de saúde (associação moderada; 19%)
 - com a confiança (associação baixa; 14%);
 - com todos os domínios do estado de saúde.
-

Estado de saúde**Associação Positiva:**

- com a confiança (associação moderada; 24%)
-

Efeito preditor da depressão no estado de saúde

- 62.4% da variação do estado de saúde, é explicada pela variação da depressão;
 - Por cada aumento de uma unidade no estado de saúde a depressão diminui, em média, 1.282 pontos.
 - Para uma depressão nula a média do estado de saúde seria 81.086.
-

Efeito preditor da Afetividade Negativa no estado de saúde

- 33.4% da variação do estado de saúde, é explicada pela variação da afetividade negativa;
 - Por cada aumento de uma unidade no estado de saúde a afetividade negativa diminui, em média, 1.496 pontos;
 - Para uma afetividade negativa nula a média do estado de saúde seria 76.961.
-

* as percentagens, referem-se ao coeficiente de determinação (r^2)

IV - Discussão

A leitura dos resultados indica que, na amostra em estudo, constituída por pacientes com insuficiência cardíaca, existe evidência estatística que corrobora a existência de uma relação entre a depressão, a personalidade tipo D e o estado de saúde, tal como é sugerido pela revisão da literatura.

No que se refere às características sociodemográficas, ao nível do género, estas não se coadunam na perfeição com as características referidas em alguns estudos epidemiológicos (Ceia et al., 2002). Isto é, no presente estudo, o género masculino existe em percentagem bastante superior ao género feminino. No entanto, estes resultados vão ao encontro dos dados de

Mosterd & Hoes (2007), que apontam para o facto de que a insuficiência cardíaca ocorre mais frequentemente no género masculino do que no género feminino (incidência: 15 e 12 por 1000 pessoas/ano, respetivamente). Confirma-se, tal como é mencionado na literatura, o aumento exponencial sensivelmente a partir da faixa etária dos 61 anos, já que se verificou que a maioria da amostra (82.6%) apresenta mais de 50 anos de idade, confirmando assim que a insuficiência cardíaca é uma patologia com maior incidência nas faixas etárias mais avançadas (Redfied et al., 2003 in Mosterd & Hoes, 2007; Kalogeropoulos, et al., 2009; Ceia et al., 2002; Tendra, 2005).

Ao nível das características clínicas da amostra, conclui-se que a divisão em dois grupos (com dispositivo e sem dispositivo), não se mostrou relevante. Ou seja, nenhum instrumento utilizado permitiu verificar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Identifica-se, como fator de risco, o facto de ter historial de acompanhamento psicológico, ser viúvo, não ter habilitações literárias ou ter um nível escolar reduzido (1º ciclo), estar de baixa médica, ou ser reformado. Especificando, na variável depressão há uma interferência negativa por parte de fatores socio-demográficos como ser viúvo, não ter escolaridade ou ser reformado. A variável estado de saúde é negativamente influenciada pelo historial de acompanhamento psicológico, ser viúvo e não ter escolaridade. A variável afetividade negativa é negativamente influenciada por fatores como não ter escolaridade ou ter apenas o 1º ciclo, estar de baixa médica e ser reformado. A variável desempenho emocional e a variável dor corporal são negativamente influenciadas por ter historial de acompanhamento psicológico e ser viúvo. A variável saúde mental é negativamente influenciada pelo facto de se ser viúvo. As variáveis desempenho físico e vitalidade são negativamente influenciadas por se estar de baixa médica ou ser reformado. A variável confiança é negativamente influenciada pelo historial de acompanhamento psicológico e por não ter escolaridade. Algumas destas interferências são facilmente compreendidas, como o facto de os indivíduos que se encontram de baixa médica ou reformados apresentam um desempenho físico e uma vitalidade piores. Contudo, não deixa de ser importante ter em consideração que para as diversas faixas etárias não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas e que, como tal, não se considera que tais diferenças aqui apresentadas sejam devidas a idades mais avançadas. Deste modo, ser viúvo, possuir baixas habilitações literárias (ou ausência das mesmas), historial de acompanhamento psicológico e ser reformado devem, efectivamente, ser interpretados como possíveis fatores de risco acrescido.

A análise dos resultados permitiu aferir que apenas 26.3% da amostra não apresenta indícios de sintomatologia depressiva, sendo que 73.7% apresenta algum grau de sintomatologia depressiva. Estes resultados vão ao encontro dos dados presentes na literatura que confirmam a alta prevalência de depressão na insuficiência cardíaca (Faller et al., 2007; Moudgil & Haddad, 2013; Guallar-Castollón et al., 2006; Pena et al., 2011).

Verifica-se, ainda, na amostra em estudo, uma prevalência de personalidade tipo D de 31.3%, que vai ao encontro do estudo de Pedersen,

Herrmann-Lingen, Jonge & Scherer (2010) e de Dennollet (2005), que verificaram, em doentes cardíacos, uma prevalência de personalidade tipo D de 31.9% e 29%, respetivamente. Verificou-se que o grupo com personalidade tipo D apresenta, de modo estatisticamente significativo, pontuações mais elevadas em depressão e pontuações em estado de saúde substancialmente mais baixas do que o grupo sem personalidade tipo D, o que corrobora os resultados apresetados por Schiffer et al. (2005) e Widdershoven et al. (2013).

As associações, estatisticamente significativas, permitem afirmar que sempre que a depressão e/ou a personalidade tipo D aumenta, o estado de saúde, todos os seus domínios e a confiança diminuem; e sempre que a depressão aumenta, a personalidade tipo D também aumenta, e vice-versa. Isto está de acordo com os resultados de diversos estudos que encontram relações entre personalidade tipo D, depressão e insuficiência cardíaca, sendo estes preditores de um pior estado de saúde e de um reduzido autocuidado (Widdershoven et al., 2013; Schiffer et al., 2005).

Através do estudo das regressões, procurou-se verificar se as pontuações na depressão e na afetividade negativa têm poder para predizer a variância das pontuações no estado de saúde, tendo-se concluído que 62.4% da variação das pontuações do estado de saúde é explicada pela variação das pontuações da depressão. Constatou-se que, por cada aumento de uma unidade nas pontuações do estado de saúde a depressão diminui em média 1.282 pontos; para uma depressão nula a média das pontuações do estado de saúde seria 81.086. Estes dados corroboram diversos estudos que relacionam a depressão com a insuficiência cardíaca (Cardoso et al., 2008; Rutledge, 2006; Casey et al., 2008; Rumsfeld et al., 2003; Faller et al., 2007; Vaccarino et al., 2001). Relativamente à afetividade negativa verificou-se que 33.4% da variação das pontuações do estado de saúde, é explicada pela variação da afetividade negativa: por cada aumento de uma unidade nas pontuações do estado de saúde, a afetividade negativa diminui em média 1.496 pontos; para uma afetividade negativa nula a média das pontuações do estado de saúde seria 76.96 pontos. Estes dados não permitem verificar o valor preditivo da personalidade tipo D, permitindo apenas verificar o valor preditivo da subescala afetividade negativa. No entanto vai de encontro à tendência verificada por diversos estudos que relacionam a personalidade tipo D com a insuficiência cardíaca (Denollet & Conraadas, 2011; Pelle et al., 2009; Schiffer et al., 2010).

A leitura clínica dos resultados indica, deste modo, que os sujeitos com insuficiência cardíaca, da amostra em estudo, têm um funcionamento mental muito marcado pela sintomatologia depressiva, afetividade negativa e inibição social (personalidade tipo D). E que este funcionamento mental, típico dos doentes com insuficiência cardíaca, interfere significativamente com o estado de saúde (em todos os seus domínios) e aponta uma tendência para um reduzido autocuidado.

Numa tentativa de perceber o psiquismo de uma pessoa e, neste caso em particular, dos doentes com insuficiência cardíaca, é necessário compreender a saúde como bem-estar bio-psico-social, “o sofrimento psíquico gera sintomas que calcificam e contribuem para sequelas cognitivas

e emocionais, ou seja, o psiquismo enviesado, muitas vezes, o estado de saúde e torna-se crônico” (Sá, 2012, p. n.d.). Neste sentido, mostra-se importante analisar as variáveis psíquicas preponderantes de quadros psíquicos e as variáveis preponderantes na boa ou na má evolução de um quadro clínico, tendo em consideração que interferem e são preponderantes na evolução da doença variáveis como a dinâmica familiar e o perfil psicológico (tipo de personalidade) (Sá, 2012).

É essencial ter em consideração que o aparelho cardiovascular desempenha um papel importante na vida psíquica por ser a expressão motora da ansiedade e outros afetos. O coração é a metáfora do mundo emocional e dos sentimentos, sendo entendido como o órgão mais vital do corpo (Monteiro, 2007). Deste modo, é sempre atribuída uma representação simbólica ao coração, revestindo-o de um significado ou função subjetivos. A resultante ação do psíquico sobre o corpo expressará sempre algo de muito pessoal, ligado à história de vida do indivíduo e certamente marcado pelas injunções da dinâmica inconsciente (Campos, 2008). Considera-se que as pessoas têm tendência a somatizar sempre que as circunstâncias internas ou externas ultrapassam os seus modos de resistência habituais (McDougall, 1996).

Tanto as situações mobilizadoras de angústia, stress, emoções violentas podem ocasionar crises de angústia com consequências cardiovasculares, umas vezes funcionais, outras vezes patológicas. Como as próprias doenças do aparelho cardiovascular podem provocar crises de angústia. A título de exemplo, basta ter em consideração o sofrimento do paciente com insuficiência cardíaca aguda ou edema agudo de pulmão nas crises dolorosas de enfarte ou episódios de taquicardia, ou os quadros de dispneia intensa, ou ainda a dor constritiva no peito que costumam sugerir a sensação de morte iminente. Considerando-se que as emoções despertam ou se associam a alterações circulatórias, e vice-versa, a carga psicológica intensifica-se devido a vários fatores como o início abrupto dos sintomas (de entre os quais se destaca as sensações de dispneia, tonturas, dor constritiva no peito e palpitações), a ameaça contida no diagnóstico (medo da invalidez, medo da morte, medo do tratamento doloroso, da internação e das limitações). Muitos indivíduos passam a temer ou até evitar a atividade sexual pela dispneia que o esforço ocasiona, vivendo o conflito entre o medo e o desejo (note-se que esta questão foi referida por vários dos participantes do presente estudo). Os pacientes com indicação cirúrgica vivem a expectativa de não necessitarem da operação, por um lado, e o desejo de serem operados, por outro; há ainda aqueles bastante deprimidos pelas limitações ou invalidez, que consideram a cirurgia um ‘suicídio sancionado’ (Monteiro, 2007).

O carácter do presente estudo não permite verificar se a sintomatologia depressiva ou a personalidade tipo D existiam previamente ao surgimento da doença cardíaca ou se são reativos à mesma. No entanto, estudos prévios denotam que existem evidências empíricas para afirmar que as interações emoções / coração, têm correspondentes bioquímicos bem definidos, e que são mediadas principalmente pelo sistema simpático e parassimpático, e por hormonas que integram funções cerebrais cardíacas e

suprarrenais. Estimulações do simpático, de um modo geral, excitam o coração, aumentando a frequência cardíaca, a força de contração e a tensão arterial; estimulações do parassimpático modulam estas respostas e têm, dirreccionalmente, um sentido oposto (Oliveira & Luz, 2008).

Os estudos oriundos da psiconeuroendocrinologia revelam que a depressão pode agravar a inflamação vascular, afetando negativamente o sistema cardiovascular (Broadley, Korszun, Jones & Frenneaux, 2002 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008). Os pacientes com insuficiência cardíaca crónica e personalidade tipo D são caracterizados por um aumento do stress oxidativo e diminuição dos níveis de antioxidantes, podendo este mecanismo ser responsável por um pior prognóstico (Kupper, Gidron, Winter, Denollet, 2009). A personalidade tipo D foi consistentemente associada a uma pior autoavaliação do estado de saúde ao longo de 18 meses, e aumentou os níveis de biomarcadores inflamatórios (TNF- α e TNFr2) (Mommersteeg et al., 2012). O cortisol pode ser também tido em consideração como um fator de grande mediação destas relações: tanto da relação depressão / insuficiência cardíaca (Sher, 2005), como da relação personalidade tipo D / insuficiência cardíaca (Williams, O'Carroll & O'Connor, 2009; Habra, Linden, Anderson & Weinberg, 2003; Habra, Linden, Anderson & Weinberg, 2003 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010).

Se se adicionar a esta leitura a visão altamente integradora das descobertas em neurobiologia, em imonologia e na teoria da relação entre os sujeitos, que corroboram cada vez mais, os laços existentes entre o sistema imunitário e o sistema nervoso, entre a genética, os ritmos biológicos, os ritmos corporais e a relação com o outro, poder-se-á considerar-se que o relacional e o biológico são dois aspetos complementares de uma mesma realidade, e como tal, devem ser sempre integrados numa visão holística (Sami-Ali et al., 2001). Nestas interações as emoções são os principais mediadores que estabelecem a ligação entre o corpo e o psiquismo, e entre os comportamentos externos e outras respostas internas (Damásio, 2001 in Sá, 2009).

Se considerandos ainda os conhecimentos que provêm da psicologia clínica, e tendo em conta que falamos de indivíduos com alta prevalência de sintomatologia depressiva e que em parte se verifica a personalidade tipo D, que pressupõe a vivência crónica de emoções negativas paralelamente com forte inibição social, baseando-se na noção de que a inibição social modula o efeito das emoções negativas sobre o prognóstico cardíaco (Denollet et al., 2006 in Denollet & Conraadas, 2011), o que significa que estes indivíduos além de vivenciarem mais as emoções negativas, são menos propensos a expressar essas mesmas emoções (Denollet, 2005).

Revela-se primeiramente importante sublinhar, que existem fatores biológicos que predis põem uma pessoa para determinadas doenças. Mas, “a interação do sofrimento com a estrutura da personalidade pode potenciá-los, sobretudo se o sofrimento em vez de mobilizar competências para a integração mental, levar a movimentos de encapsulamento relacional e de silenciamento emocional” (Sá, 2009, p.38). Neste sentido, quanto maior for o silenciamento emocional, mais as repostas autonómicas parecem ser amplificadas para se fazerem ouvir e, assim, promoverem os sinais de

proteção que fazem chegar ao córtex. Se uma pessoa acaba por não conviver, pelo pensamento hipotético-dedutivo com as suas emoções, não as interpretando e não resolvendo os distúrbios que daí decorrem, a eficácia temporizada da defesa obsessiva (silenciamento emocional) e a emergência das próprias emoções torna-se motivo de hipervigilância, gerando stress crónico e originando consequências orgânicas (Sá, 2009).

As emoções negativas serão, no fundo, algo que impede a mente de apurar a realidade tal como ela é. Todas as emoções que não se manifestam são negativas, primeiramente porque não cumprem a sua função sinalizadora e comunicativa e porque acabam por desencadear, secundariamente, uma reação paradoxal do sistema nervoso que, desse modo, interpreta como, potencialmente, ameaçadoras as informações que originariamente seriam protetoras. A repressão das emoções predispõe o indivíduo a respostas mal adaptadas, como sintomas depressivos, fadiga, atitude de fatalismo e desamparo. A partir do momento em que o indivíduo se desliga das suas emoções, passa a estar mais vulnerável à doença, que acaba por ter espaço para se instalar na sequência de um vazio mental e da pobreza imaginária, e torna-se também inapto para lidar com o sofrimento inerente ao choque de um diagnóstico (Sá, 2009).

Em síntese, o que desbloqueia um quadro psicossomático será a forma contida como uma pessoa vive a depressão ou a psicose e não a depressão ou a psicose em si mesmas (Sá, 2009). Se perspetivarmos a interação que as emoções desencadeiam no psiquismo, poderemos afirmar que “crucial será, pois, libertar as emoções no momento em que surgem na nossa mente” (Sá, 2009, p.52).

Atualmente, é possível confirmar através de métodos científicos, que a frequência cardíaca aumenta com a angústia e com a cólera, tal como no esforço ou por antecipação de situações. Deste modo, diversos estudos mostram que a antecipação de um conflito ou a evocação de temas conflituosos têm efeito nos parâmetros do sistema cardiovascular. O stress psicológico (alusão a conflitos) atua sobre parâmetros como o pulso e a tensão arterial, estímulos como o ruído ou o terror, utilizados em condições experimentais alteram menos o pulso e a tensão do que os diálogos que apresentam como tema os conflitos. Fisiologicamente, o sistema cardiovascular está diretamente ligado às regulações consecutivas e a stress de diferentes tipos, o que explica as reações imediatas deste sistema às mudanças de afetividade (Haynal, 1998).

Unificado, pode-se considerar que, subjacente aos quadros psicossomáticos, será possível conceber um colorido depressivo, e um conjunto de ‘defesas obsessivas’ (silenciamento emocional) que “leva a um alerta permanente, sem resolução nem alívio, criando condições para verdadeiros acidentes somáticos, por resposta do corpo a uma sobredosagem de emoções ‘corporizadas’ (e não mentalizáveis, sem contrapartida psíquica)” (Sá, 2009, p.52).

E voltando a ter em consideração a participação do sistema cardiovascular nas situações de stress, verificamos que este sistema é fundamental à manutenção do equilíbrio homeostático do organismo. A ele compete manter uma perfusão tecidual adequada às necessidades orgânicas,

estando, por isso, a todo o momento, sujeito a influências internas e externas, aumentando, diminuindo ou redistribuindo o fluxo, conforme as circunstâncias. Por tudo isto se deduz a profunda sensibilidade do sistema cardiovascular a qualquer agente que possa, de algum modo, por em risco a integridade do organismo (ou o seu equilíbrio homeostático). Quanto mais duradoura e intensa for a ação dos agentes causadores de stress mais significativa será a repercussão sobre o sistema cardiovascular. Salienta-se, de novo, que a existência de defeitos constitucionais na estrutura desse sistema certamente o tornará mais vulnerável à ação do stress (Campos, 2008).

A análise integrada dos dados obtidos e dos estudos prévios permite considerar o não afastamento da hipótese da depressão e da personalidade tipo D serem prévias à doença, aumentando assim a probabilidade do seu surgimento. Seguindo as interações funcionamento psíquico / sistema cardiovascular um caminho bi-direcional. Contudo, segundo Damásio (2009), normalmente, as consequências psicológicas das doenças físicas, são ignoradas ou tidas em consideração muito tarde. E mais negligenciado ainda, são os efeitos dos conflitos psicológicos no corpo.

Após a análise do cruzamento dos resultados obtidos com o essencial dos estudos nesta área, a questão que emerge é se uma possível integração de um técnico de saúde mental nas equipas de cardiologia, faria alguma diferença e traria eventuais benefícios ao estado de saúde e prognóstico dos pacientes com insuficiência cardíaca. Neste sentido, de acordo com Sá (2012, p. n.d.),

se considerarmos a saúde como um bem-estar bio-psico-social (...), a variável psíquica, deixada à margem dos cuidados integrados, contamina os cuidados médicos, enviesa muitas vezes a saúde, e, em inúmeras situações, inquina-a, mesmo. Um sofrimento psíquico que se enovela e se croniciza e que, em consequência, gera sintomas que, ao ‘calcificarem’, contribuem para uma espécie de ‘osteoporose cognitiva’ e para sequelas emocionais que geram, contribuem, parasitam ou complexificam todos os quadros da clínica médica.

Também, diversos estudos apontam no sentido da necessidade de equipas multidisciplinares, pois os fatores psicossociais estão associados ao aumento de risco de diversas doenças cardíacas, e novos estudos devem incentivar programas de psicologia da saúde a fim de obter as condições psicológicas necessárias de modo a diminuir o risco e os danos sociopsicossomáticos (Moraes, 2005; Pedrolo, 2006; Rosengreen et al., 2004 in Pereira, Pedrollo & Rosa, 2007), Moraes (2005 in Pereira, Pedrollo & Rosa, 2007), ao investigar os fatores de risco da doença arterial coronária,

concluiu que as situações de crise emocional representam uma ameaça para a instalação e evolução da doença, e que a mudança de estilo de vida e a melhor gestão dos conflitos e da sua expressividade emocional reduzem os factores de risco.

Em termos práticos, é importante traduzir um sinal ou um sintoma (físico ou comportamental) como parte de um processo emocional, reconhecer-lhe a função expressiva e adaptativa e identificar a dinâmica avaliativa e os factores que a desencadearam. Na verdade, a manifestação cardíaca (funcional ou orgânica) constitui-se muitas vezes na parte visível de um grande complexo subjetivo (Campos, 2008).

A fomentar a necessidade de equipas multidisciplinares,

a Organização Mundial de Saúde considera que mais de 80% dos casos de doenças coronárias, (...), poderiam ser evitadas pela alteração o de hábitos alimentares, atividade física e consumo de tabaco, o que reforça a importância da capacitação dos indivíduos para a gestão responsável da sua própria saúde. Por outras palavras: há variáveis psicológicas (que não serão nem tão exuberantes nem tão incapacitantes a ponto de as considerarmos, empiricamente, doença psiquiátrica) que são muito preponderantes para dados tão esmagadores quanto estes. Não tomar em consideração estes fatores de natureza psicológica pode comprometer a promoção da saúde, a prevenção da doença e, já agora, a gestão incisiva e eficaz dos recursos ao dispor dos doentes nos cuidados médicos (Sá, 2012,p.n.d.).

Isto torna-se ainda mais relevante quando se tem em consideração que principalmente a personalidade tipo D, mas também a sintomatologia depressiva, são responsáveis por induzir um estilo de vida pouco saudável (Williams et al., 2008 in Denollet, Schiffer & Spek, 2010; Rozanski, Blumenthal, e Kaplan, 1999 in Antoni, Schneiderman & Penedo, 2008).

Em suma, considera-se que as afeções do sistema cardiovascular, incluem dimensões psicológicas que desempenham um papel e podem dar lugar a uma intervenção psicossocial (Haynal, 1998).

V - Conclusões, limitações e estudos futuros

O objetivo primordial desta dissertação é contribuir para o conhecimento acerca de qual o papel dos fatores psicológicos, nomeadamente a personalidade tipo D e a depressão, no circulatório

complexo que é a insuficiência cardíaca. Deste modo, os dados obtidos, indicam que tanto a sintomatologia depressiva como a personalidade tipo D (afetividade negativa e inibição social) são características prevalentes no funcionamento mental da amostra em estudo, e que interferem, de forma substancial e negativa, com o estado de saúde em todos os seus domínios. Assim, os resultados desta dissertação, sustentam e dão ênfase à extensa literatura que aponta para a intervenção dos fatores psicológicos no desenvolvimento e pior prognóstico da doença cardíaca em geral e da insuficiência cardíaca, em particular. Os resultados apontam primeiramente a alta prevalência e influência da sintomatologia depressiva num pior prognóstico, e em segundo plano, mas de forma significativa, a personalidade tipo D (afetividade negativa e inibição social). Devendo estes dados ser interpretados como um tipo de funcionamento mental que, em conjunto com algumas variáveis socio-demográficas, com os comportamentos de autocuidado e em interação com as variáveis biomédicas, se torna um fator de risco adicional a um pior prognóstico.

A interpretação destes resultados deve, no entanto, ter em consideração possíveis limitações ao estudo, de entre as quais se destacam, o tamanho reduzido da amostra global (n=80) e dos subgrupos (sem dispositivo n=50; com dispositivo n=30), relativamente ao total da população com insuficiência cardíaca. É também uma limitação de relevo, não ter sido possível inserir na estratégia analítica variáveis médicas, como por exemplo, a classificação funcional de cada doente, o que permitiria saber o grau da doença e de limitação provocada pela insuficiência cardíaca em cada doente e que se mostraria de especial interesse. Considera-se também um fator limitativo a administração do protocolo de investigação num único momento temporal. Outras aplicações, diferidas no tempo, seriam especialmente importantes, de forma a, confirmar os resultados no sentido de contornar a possibilidade de ter em consideração um estado psicológico transitório, ao invés de, uma característica psicológica estável, sobretudo para as variáveis depressão e estado de saúde que são avaliadas, pelo menos em alguns itens, tendo em consideração sintomas circunscritos no tempo (últimas duas e últimas quatro semanas, respetivamente). Poder-se-ia apontar como outra limitação o método de recolha de amostra, através de entrevista, no sentido em que poderia aumentar a probabilidade das respostas serem pautadas pela deseabilidade social. No entanto, foi uma opção baseada nas dificuldades dos participantes, principalmente no reduzido grau de escolaridade, que fazia com que muitos não soubessem ler. Deste modo, por uma questão de uniformidade, todos os dados foram recolhidos através de entrevista. Para além das limitações mencionadas, é importante referir que os resultados obtidos provêm, em alguns casos, de respostas de participantes que se encontram a tomar medicação psicotrópica (principalmente para dormir), uma variável que não foi considerada no estudo, e que pode enviesar respostas como, por exemplo, ao item 16 da BDI-II que se refere às alterações do padrão de sono.

Apesar das limitações mencionadas, este estudo contribui para uma melhor conceção dos possíveis fatores psicológicos intervenientes no processo do adoecer cardiológico e da insuficiência cardíaca, deixando uma

linha orientadora para novas investigações neste âmbito. Assim, para uma compreensão mais afinada e sustentada da influência dos fatores psicológicos na insuficiência cardíaca, sugere-se a elaboração de novos estudos que incorporem uma amostra de maior dimensão, especialmente no que se refere aos doentes com dispositivo, para que se possa analisar diferenciadamente os doentes com os diferentes dispositivos. Sugere-se ainda a integração na análise de variáveis médicas relacionando, por exemplo, o nível de atividade funcional com as diversas variáveis, e o controlo de fatores como a toma de medicação psicotrópica e patologias associadas. Considera-se ainda pertinente que seja efetuada a aplicação do protocolo de investigação de forma diferida no tempo (teste-reteste) em estudos futuros. No protocolo poderia revelar-se vantajoso a inclusão de uma escala de medida de desejabilidade social, de forma a, contornar o seu possível efeito de interferência nos resultados. Seria ainda de interesse efetuar um estudo comparativo da população com insuficiência cardíaca, com um grupo de controlo de adultos saudáveis, de modo a, verificar e identificar características psicológicas distintivas nos doentes com insuficiência cardíaca. Sugere-se ainda a validação e aferição para a população portuguesa da *Cardiac Depression Scale* (Hare, & Davis, 1996; Kiropoulos, Meredith, Tokin, Clarke, Antonis, & Plunkett, 2012), para se avaliar a depressão nesta população tão específica de uma forma mais fidedigna, visto que alguns dos sintomas da depressão se podem confundir com sintomas de insuficiência cardíaca (Moudgil & Haddad, 2013).

Denota-se que urge desenvolver novos estudos que permitam aprofundar e clarificar esta temática, e atribuir consistência aos dados já existentes, ou detetar novas dimensões intervenientes no processo da insuficiência cardíaca. E a partir daí, retirar consequências práticas que possibilitem uma diminuição do impacto adverso de fatores como a personalidade tipo D, ou a depressão na evolução e no prognóstico da doença, fomentando assim uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

Em suma, é importante frisar que uma compreensão da forma de como os fatores emocionais podem desencadear o desequilíbrio funcional do coração pode sustentar estratégias terapêuticas mais eficazes (Bonomo & Araujo, 2009), devendo a saúde ser considerada de forma holística como um bem-estar bio-psico-social (Sá, 2012), sendo que as relações entre fatores psicológicos e insuficiência cardíaca assumem um caminho bi-direccional.

Referências

- Albert, N., Fonarow, G., Abraham, W., Gheorghide, M., Greenberg, B., Nunez, E., O'Connor, C., Stough, W., Yancy, C. & Young, J. (2009). Depression and clinical outcomes in heart failure: An OPTIMIZE-HF analysis. *The American Journal of Medicine*, 122, 366-373. doi:10.1016/j.amjmed.2008.09.046
- Antoni, M., Schneiderman, N., Penedo, F. (2008). Behavioral Interventions: Immunologic mediators and disease outcomes. In R. Ader, *Psychoneuroimmunology* (pp. 675-703). Londres: Academic Press.

- Alípio, B. (2006). Estudo transversal e/ou longitudinal. *Revista Paraense de Medicina*, 20(4), 5.
- Beutel, M., Wiltink, J., Till, Y., Munzel, T., Ojeda, F., Zeller, T., Schnabel, R., Lackner, K., Blettner, M., Zwiener, I., Michal, M. (2012). Type D Personality as a Cardiovascular Risk Marker in the General Population: Results from the Gutenberg Health Study. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 81, 1008-117. Doi: 10.1159/000331776
- Bonomo, A. & Araujo, T. (2009). Psicologia aplicada à cardiologia: Um estudo sobre emoções relatadas em exame de Holter. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25 (1), 065-074
- Bradwin, M., Trask, P., Schwartz, S. & Clifford, M. (2000). Personality predictors of mortality in cardiac transplant candidates and recipients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 141-147
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Cardoso, G., Trancas, B., Luengo, A. & Reis. (2008). Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com relevância clínica. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (1), 91-109
- Correia, J., Silva, F., Roque, C., Vieira, H. & Providência, L. (2007). Impacto de uma consulta diferenciada de insuficiência cardíaca, na frequência de hospitalizações e capacidade funcional de doentes com insuficiência cardíaca avançada. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26 (4), 335-343
- Casey, E., Hughes, J., Waechter, D., Josephson, R., Rosneck, J. (2008). Depression predicts failure to complete phase-II cardiac rehabilitation. *Journal Behavior Medicine*, (31), 421-431. doi: 10.1007/s10865-008-9168-1
- Ceia, F., Fonseca, C., Mota, T., Morais, H., Matias, F., Sousa, A., Oliveira, A., et al. (2002). Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *The European Journal of Heart Failure*, 4, 531-539
- Campos, E. (2008). Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In J.M. Filho (pp.377-408). *Psicossomática Hoje*. Lisboa: Fim de século.
- Doron, R. & Parot, F. (2012). *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi Editors
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89-97. doi: 0033-3174/05/6701-0089
- Denollet, J., Conraadas, V. (2011). Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78 (1), 13-19. doi:10.3949/ccjm.78.s1.02
- Denollet, J., Schiffer, A., Spek, V. (2010). A General Propensity to Psychological Distress Affects Cardiovascular Outcomes - Evidence from research on the Type D (Distresses) Personality profile. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3, 546-557. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.934406
- Damásio, A. (2009). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Mem Martins: Europa América.

- Faller, H., Stork, S., Schowalter, M., Steinbuchel, T., Wollner, V., Ertl, G. & Angermann, C. (2007). Depression and survival in chronic heart failure: Does gender play a role? *European Journal of Heart Failure*, 9, 1018-1023. doi:10.1016/j.ejheart.2007.06.011
- Ferreira, P. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66
- Ferreira, S., Almeida, R., Guerreiro, H., Lourenço-Ferreira, S., Fonseca, L., Rocha, R., Rocha-Gonçalves, F., Ferreira, A. & Bettencourt, P. (2007). Prognóstico na insuficiência cardíaca descompensada: Papel do NT-proBNP, *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28 (5), 535-545
- Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência
- Guallar-Castollón, P., et al. (2006). Prevalencia de depresión, y factores y biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España, *Revista Espanhola de Cardiologia*, 59 (8), 770-778
- Havik, O., Sivertsen, B., Relbo, A., Hellesvik, M., Grov, I., Geiran, O., Adreassen, A., Simonsen, S., Gullestad, L. (2007). Depressive symptoms and all-cause mortality after heart transplantation. *Transplantation*, 88 (1), 97-103. doi:10.1097/01.tp.0000268816.90672.a0
- Haynal, A. (1998). *Medicina psicossomática: perspectivas psicossociais*. Lisboa: Climepsi
- Hare, D. & Davis, C. (1996). Cardiac depression scale: validation a new depression scale for cardiac patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40 (4), 379-386
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Anuário Estatístico de Portugal - 2011*. Lisboa: Portugal
- Jiang W. et al. (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1849 – 1856
- Junger J. et al. (2005). Depression increasingly predicts mortality in the course of congestive heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 7, 261 – 267. doi:10.1016/j.ejheart.2004.05.011
- Lima, M., Vieira, C. & Oliveira, A. (org) (2007). *Metodologia da Investigação Científica. Cadernos de textos de apoio - 8ª Edição*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Martins, N. (2011). Impacto da insuficiência cardíaca na qualidade de vida da pessoa adulta. *Revista Nursing*, 12-18
- Moudgil, R. & Haddad, H. (2013). Depression in heart failure. *Current Opinion in Cardiology*, 28 (2), 249-258. doi:10.1097/HCO.0b013e32835ced80
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90
- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mosterd, A., Hoes, A. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*, 93, 1137-1146. doi: 10.1136/hrt.2003.025270
- Murberg T., Furze G. (2004). Depressive symptoms and mortality in patients with congestive heart failure: a six-year follow-up study. *Medical Science Monitor*, 10 (12), 643-648.
- Mommersteeg, P., Pelle, A., Ranakers, C., Szabó, B., Denollet, J. & Kupper, N. (2012). Type D personality and course of health status over 18 months in outpatients with heart failure: Multiple mediating inflammatory biomarkers. *Brain, Behaviour, and Immunity*, 26, 301-310, doi:10.1016/j.bbi.2011.09.010
- Monteiro, M. (2007). Psicanálise e cardiologia: Um (en)contro impossível ou um (en)canto possível). *Cogito*, 8, 9-13.
- Kalogeropoulos, A., et al. (2009). Epidemiology of incident heart failure in a contemporary elderly cohort. *Archives Internacionais de Medicina*, 169(7), 708-715
- Kop, W., Cohen, N. (2008). Psychoneuroimmunological Pathways Involved in Acute Coronary Syndromes. In R. Ader, *Psychoneuroimmunology* (pp. 921-943). Londres: Academic Press.
- Kupper, N., Gidron, Y., Winter, J., Denollet, J. (2009). Association between type D personality, depression, and oxidative stress in patients with chronic heart failure. *Psychosomatic Medicine*, 71, 973-980. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181bee6dc
- Kiropoulos, L., Meredith, I., Tokin, A., Clarke, D., Antonis, P. & Plunkett, J. (2012). Psychometric properties of the cardiac depression scale in patients with coronary heart disease. *BMC Psychiatry*, 12, 216. doi: 10.1186/1471-244X-12-216
- Oliveira, M. & Luz, P. (2008). O impacto da cirurgia cardíaca. In J.M. Filho (pp. 409-417). *Psicossomática Hoje*. Lisboa: Fim de Século
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pelle, A., Pedersen, S., Szabó, B., Denollet, J. (2009). Beyond Type D personality: reduced positive affect (anhedonia) predicts impaired health status in chronic heart failure. *Quality Life Research*, 18, 689-698. Doi: 10.1007/s11136-009-9485-z
- Pena, F. et al. (2011). Prevalence and variables predictive of depressive symptoms in patients hospitalized for heart failure. *Cardiology Journal*, 18 -25(1), 18
- Pereira, A., Pedrolo, A. & Rosa, J. (2007). Interfaces entre factores sociopsicossomáticos e a cardiologia, sob o enfoque da psicologia psicanalítica. In M. M. Siqueira (Org). *Psicologia da Saúde: Teoria*

- e Pesquisa* (pp. 337-349). São Bernardo do campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (version 12)*. Australia: Allen & Unwin
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J. (2003). Intervenções junto de pessoas com doença cardíaca inflamatória crónica, insuficiência cardíaca, e pessoas submetidas a cirurgia cardíaca. In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem médico-cirúrgica - Conceitos e prática clínica* (pp. 783-846). Loures: Lusociência.
- Pedersen, S., Herrmann-Lingen, C., Jonge, P., Scherer, M. (2010). Type D personality is a predictor of poor emotional quality of life in primary care heart failure patients independent of depressive symptoms and New York Heart Association functional class. *Journal Behavioral Medicine*, 33, 72-80. Doi: 10.1007/s10865-009-9236-1.
- Ponciano, E.; Cardoso, I. & Pereira, A. (2004). Adaptação de uma versão experimental em língua portuguesa do Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) em estudantes do Ensino superior. In A. Pereira & Decq Motta (eds): *Acção social e aconselhamento psicológico no ensino superior e intervenção*. Coimbra: SASUC, pp. 329-337
- Riegel, B., Lee, C., Dickson, V. & Carlson, B. (2009). An Update on the Self-Care of Heart Failure Index. *Journal Cardiovascular Nursing*, 24(6), 485-497. doi:10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0.
- Riegel, B., Carlson, B., Moser, D., Sebern, M., Hicks, F. & Roland, V. (2004). Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*, 10(4). doi: 10.1016/j.cardfail.2003.12.001.
- Rutledge, T., Reis, V., Linke, S., Greenberg, B., Mills, P. (2006). Depression in Heart Failure: A Meta-Analytic Review of Prevalence, Intervention Effects, and Associations With Clinical Outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(8), 1527-1537. doi:10.1016/j.jacc.2006.06.055
- Rumsfeld, J., Havranek, E., Masoudi, F., Peterson, E., Jones, P., Tooley, J., Krumholz, H. & Spertus, J. (2003). Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), 1811-1817. doi: 10.1016/j.jacc.2003.07.013
- Sá, E. (2009). *Esboço para uma nova psicanálise*. Coimbra: Almedina
- Sá, E. (2012, Outubro). *Um estranho coração*. Comunicação oral apresentada no XI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação, Hotel Vila Galé, 4 a 6 de Outubro de 2012: Coimbra
- Sami-Ali et al. (2001). *Sonho e Psicossomática*. Lisboa: Danalivro
- Santos, F. (2010). *Insuficiência Cardíaca no Idoso: etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal

- Schiffer, A., Smith, O., Pedersen, S., Widdershoven, J., Denollet, J. (2010). Type D personality and cardiac mortality in patients with chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, (142), 230-235. doi:10.1016/j.ijcard.2008.12.090
- Schiffer, A., Pedersen, 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 (4), 341- 346
- Schiffer, A., Pedersen, S., Widdershoven, J. & Denollet, J. (2008). Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure, *European Journal of Heart Failure*, (10), 922-930, doi: 10.1016/j.ejheart.2008.07.010
- Svansdottir, E., Broek, K., Karlsson, H., Gudnason, T., Denollet, J. (2012) Type D personality is associated with impaired psychological status and unhealthy lifestyle in Icelandic cardiac patients: .A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12 (42), 1471-2458. doi.:10.1186/1471-2458-12-42
- Sher, L. (2005). Type D personality: the heart, stress and cortisol. *QJ Med*, 98, 323-329. doi: 10.1093/qjmed/hci064
- Sequeira, M. (2009). Aposentações por doença cardíaca em Portugal (2002-2008). *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28 (5), 561-565
- Tendera, M. (2005). Epidemiology, treatment, and guidelines for the treatment of heart failure in Europe. *European Heart Journal Supplements*, 7 (J), J5-J9. doi:10.1093/eurheartj/sui056
- Vaccariano, V., Kasl, S., Abramson, J. & Krumholz, H. (2001). Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 38 (1), 199-205
- Widdershoven, J., Kessing, D., Schiffer, A., Denollet, J. & Kupper, N. (2013). How are depression and type D personality associated with outcomes in chronic heart failure patients? *Current Heart Failure Reports*, (10), 244-253, doi: 10.1007/s11897-013-0139-7

Anexos

Anexo I - Protocolo de Investigação

1- Consentimento Informado

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado e esclarecido acerca da presente investigação, que tem como objectivo explorar o papel preponderante dos Factores Psicológicos na Insuficiência Cardíaca, e que aceito participar na mesma. No âmbito da qual, permito a utilização dos meus dados para o uso exclusivo da investigação, os quais serão confidenciais e apenas utilizados para a investigação em curso.

(Data)

(Assinatura do paciente integrado na investigação)

(Assinatura do responsável pela investigação)

2- Entrevista semi-estruturada

Código: _____

Dados Sócio-Demográficos

1. **Data de Nascimento:** ____ (dia) ____ (mês) ____ (ano)

2. **Género:**

Masculino

Feminino

3. **Nacionalidade:** _____

4. **Naturalidade:** _____

5. **Zona de residência:** _____

6. **Estado Civil:**

Casado (a) / União de facto

Viúvo (a)

Divorciado (a)

Solteiro (a)

7. **Agregado Familiar:**

Sozinho (a)

Com o cônjuge

Com o cônjuge e filhos

Com os filhos

Com os pais

Outros (s): _____

8. **Escolaridade:**

Ensino Primário

Ensino Básico

Ensino Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

9. **Profissão:** _____

10. **Situação Profissional:**

- Activo
- Desempregado
- Baixa médica (_____ tempo)
- Reformado (_____ tempo)

Dados médicos

11. **Diagnóstico:** _____

12. **Diagnosticado à quanto tempo:** _____

13. **Historial de cirurgia cardíaca:** _____

14. **Considera que tem uma compreensão satisfatória do seu quadro clínico:**

- Sim
- Não

Dados Psicológicos

15. **Já teve acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico:**

- Sim
- Não

16. **Se sim:**

16.1. **Durante quanto tempo:** _____

16.2. **Em que ano (s):** _____

16.3. **Diagnóstico:** _____

17. Outros dados que considere relevantes acerca da sua condição clínica e/ou psicológica:

3 - Escala de Avaliação da Personalidade Tipo D (DS14)

DS¹⁴

ID#

Site #

Nome : _____

Data de hoje: _____

0=FALSO 1=QUASE FALSO 2=NEUTRO 3= QUASE VERDADEIRO 4=VERDADEIRO

¹ Relaciono-me facilmente quando conheço 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

Copyright © 2001 by J. Denollet, Copyright © 1998 by Society of Behavioral Medicine, USA.
 Reproduction of this questionnaire or any portion thereof by any process without written permission is prohibited.

4- Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

BDI – II

(Beck, 1971, versão portuguesa Ponciano et al, 2004)

INSTRUÇÕES

Este questionário é constituído por 21 grupos de afirmações. Leia cuidadosamente cada grupo e escolha a frase, **apenas uma frase**, em cada grupo que melhor descreve a maneira como se tem sentido nas **últimas duas semanas, incluindo hoje**. Faça um círculo em torno do algarismo junto da afirmação que escolheu. Se várias afirmações, no mesmo grupo, lhe parecem igualmente adequadas assinale o algarismo mais elevado para esse grupo. Verifique se só respondeu a uma afirmação em cada grupo, incluindo o grupo 16 (Alterações do Padrão do Sono) ou o grupo 18 (Alterações do Apetite).

<p>1. Tristeza 0 Não me sinto triste 1 Sinto-me triste a maior parte do tempo 2 Estou sempre triste 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p> <p>2. Pessimismo 0 Não estou desanimado quanto ao futuro 1 Sinto-me mais desanimado quanto ao futuro do que habitualmente 2 Não tenho esperança que as coisas se resolvam para mim 3 Não tenho esperança no meu futuro e penso que só pode piorar</p> <p>3. Fracasso 0 Não me sinto um fracasso 1 Falhei mais do que devia 2 Quando olho para trás o que vejo é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um fracasso total</p> <p>4. Perda de Prazer 0 Tiro prazer das coisas de que gosto como sempre tirei 1 Não tiro prazer das coisas como costumava tirar 2 Tiro muito pouco prazer das coisas de que costumava gostar 3 Não consigo tirar nenhum prazer das coisas de que costumava gostar</p> <p>5. Sentimentos de Culpa 0 Não me sinto particularmente culpado 1 Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou que deveria ter feito 2 Sinto-me culpado na maior parte do tempo 3 Sinto-me permanentemente culpado</p> <p>6. Sentimentos de Punição 0 Não acho que esteja a ser punido 1 Acho que posso ser punido 2 Estou à espera de ser punido 3 Acho que estou a ser punido</p>	<p>7. Auto-Depreciação 0 Sinto o que sempre senti em relação a mim mesmo 1 Perdi a confiança em mim mesmo 2 Estou decepcionado comigo mesmo 3 Não gosto de mim</p> <p>8. Auto-Crítica 0 Não me critico ou culpo mais do que o habitual 1 Sou mais crítico comigo do que costumava ser 2 Critico-me por todas as minhas faltas 3 Culpo-me por tudo o que de mal me acontece</p> <p>9. Pensamentos ou Desejos Suicidas 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Matava-me se tivesse oportunidade</p> <p>10. Choro 0 Não choro mais do que o costume 1 Choro mais do que costumava 2 Choro por pequenas coisas 3 Sinto vontade de chorar mas não consigo</p> <p>11. Agitação 0 Não estou mais inquieto ou agitado do que o costume 1 Sinto-me mais inquieto do que o costume 2 Estou tão inquieto ou agitado que é difícil manter-me quieto 3 Estou tão inquieto ou agitado que tenho de estar constantemente a mexer-me ou a fazer alguma coisa</p> <p>12. Perda de Interesse 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou actividades 1 Estou menos interessado noutras pessoas ou coisas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do interesse por outras pessoas ou coisas 3 É difícil interessar-me por qualquer coisa</p>
--	---

<p>13. Incapacidade de Decidir</p> <p>0 Tomo tão bem decisões como sempre</p> <p>1 Acho mais difícil tomar decisões do que o costume</p> <p>2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que costumava ter</p> <p>3 Tenho dificuldade em tomar qualquer decisão</p> <p>14. Falta de valor pessoal</p> <p>0 Sinto que não sou um inútil</p> <p>1 Não me considero tão valioso como antes</p> <p>2 Sinto-me inútil quando me comparo com outras pessoas</p> <p>3 Sinto-me completamente inútil</p> <p>15. Perda de energia</p> <p>0 Tenho tanta energia como sempre tive</p> <p>1 Tenho menos energia do que costumava ter</p> <p>2 Não tenho energia suficiente para fazer grande coisa</p> <p>3 Não tenho energia suficiente para fazer qualquer coisa, seja o que for</p> <p>16. Alterações do Padrão do Sono</p> <p>0 Não sofri nenhuma alteração do meu padrão de sono</p> <p>1a Durmo um pouco mais que o habitual</p> <p>1b Durmo um pouco menos que o habitual</p> <p>2a Durmo bastante menos que o habitual</p> <p>2b Durmo bastante mais que o habitual</p> <p>3a Durmo a maior parte do dia</p> <p>3b Acordo 1 a 2 horas mais cedo e não consigo voltar a adormecer</p> <p>17. Irritabilidade</p> <p>0 Não ando mais irritável do que o costume</p> <p>1 Ando mais irritável do que o costume</p> <p>2 Ando muito mais irritável do que o costume</p> <p>3 Ando permanentemente irritável</p>	<p>18. Alterações do Apetite</p> <p>0 Não notei nenhuma mudança no meu apetite</p> <p>1a Tenho um pouco menos de apetite do que o costume</p> <p>1b Tenho um pouco mais de apetite do que o costume</p> <p>2a Tenho muito menos apetite do que antes</p> <p>2b Tenho muito mais apetite do que antes</p> <p>3a Não tenho apetite nenhum</p> <p>3b Tenho um desejo constante de comer</p> <p>19. Dificuldade de Concentração</p> <p>0 Consigo concentrar-me tão bem como sempre</p> <p>1 Não consigo concentrar-me tão bem como de costume</p> <p>2 É difícil manter a minha atenção, nalguma coisa, por muito tempo</p> <p>3 Noto que não me consigo concentrar em nada</p> <p>20. Cansaço ou Fadiga</p> <p>0 Não estou mais cansado ou fatigado do que o costume</p> <p>1 Canso-me ou fatigo-me mais do que o costume</p> <p>2 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer muitas das coisas que costumava fazer</p> <p>3 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer</p> <p>21. Perda de interesse em Sexo</p> <p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessada por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessada por sexo, agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
---	---

5- Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:				
Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:				
Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?			
<i>(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)</i>			
	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes ...	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

Copyright © 1992. New England Medical Center Hospitals, fac All rights reserved.
Copyright © 1997. Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados.

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve difficuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume.....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6,7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
L. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO!

Data: _____
Código: _____

6- Escala de Autocuidado para a Pessoa com Insuficiência Cardíaca (SCHFI)

Escala de auto-cuidado para a pessoa com insuficiência cardíaca

Todas as respostas são confidenciais

Pense na forma como se tem sentido durante o último mês ou desde a última vez que conversámos enquanto responde aos itens.

SECÇÃO A:

Em baixo estão listadas instruções comuns dadas a pessoas com insuficiência cardíaca. Com que frequência as cumpre?

	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou diariamente
1. Pesa-se sozinho?	1	2	3	4
2. Inspecciona os seus tornozelos à procura de inchaço?	1	2	3	4
3. Evita adoecer (e.g., faz vacina da gripe, evita contacto com pessoas doentes)?	1	2	3	4
4. Pratica algum tipo de actividade física?	1	2	3	4
5. Cumpre as orientações dos médicos ou dos enfermeiros?	1	2	3	4
6. Pratica uma alimentação com baixo teor de sal?	1	2	3	4
7. Exercita-se por 30 minutos dia?	1	2	3	4
8. Esquece-se de tomar algum dos seus medicamentos?	1	2	3	4
9. Pede alimentos com baixo teor de sal quando faz refeições fora de casa?	1	2	3	4
10. Usa um sistema (caixa de comprimidos, lembrete) para o ajudar a controlar a toma dos medicamentos?	1	2	3	4

SECÇÃO B:

Muitos pacientes têm sintomas devido à sua insuficiência cardíaca. Dificuldades respiratórias e inchaço nos tornozelos são sintomas comuns de insuficiência cardíaca.

No mês passado, teve problemas respiratórios ou inchaço dos tornozelos? Assinale com um **círculo**.

Não

0)

Sim

11. Teve problemas de respiração ou de inchaço nos tornozelos no último mês...

(assinale com um **círculo** um dos números)

	Não tive estes sintomas	Não reconheci estes problemas	De forma lenta	De forma normal	Rapidamente	De forma muito rápida
Com que rapidez reconheceu estes sintomas como de insuficiência cardíaca?	N/A	0	1	2	3	4

Listados abaixo estão procedimentos que as pessoas com insuficiência cardíaca utilizam. Se tem problemas respiratórios ou inchaço nos tornozelos, qual é a probabilidade de usar um destes procedimentos?

(assinale com um **círculo** um número para cada procedimento)

	Nada Provável	Pouco Provável	Provável	Muito Provável
12. Reduzir o sal na sua dieta	1	2	3	4
13. Reduzir a quantidade de líquidos por si ingeridos	1	2	3	4
14. Tomar um diurético (comprimido para eliminar líquidos) extra	1	2	3	4
15. Contactar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento	1	2	3	4

16. Pense num procedimento por si tentado na última vez que teve problemas respiratórios ou inchaço nos tornozelos,

(assinale com um **círculo** um número)

	Não tentei nada	Não tenho a certeza	Tenho uma vaga ideia	Tenho a certeza	Tenho a certeza absoluta
Está <u>certo</u> sobre o facto do procedimento ter ajudado ou não?	0	1	2	3	4

SECÇÃO C:

No geral, está confiante de que consegue:

	Nada confiante	Pouco confiante	Muito confiante	Extremamente confiante
17. Manter-se livre de sintomas de insuficiência cardíaca?	1	2	3	4
18. Seguir o tratamento que lhe tenha sido aconselhado?	1	2	3	4
19. Avaliar a importância dos seus sintomas?	1	2	3	4
20. Reconhecer mudanças na sua saúde se estas ocorrerem?	1	2	3	4
21. Fazer alguma coisa que alivie os seus sintomas?	1	2	3	4
22. Avaliar a eficácia de um qualquer procedimento?	1	2	3	4

Anexo 2: Tabelas com os valores da consistência interna

Tabela 1: Valores de correlação Item-Total e de alfa de Cronbach se o item for eliminado para os itens Afetividade Negativa e Inibição Social (DS14), para a amostra total

	Correlação Total do item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
Afetividade Negativa (DS14)		
DS14.2	. 313	. 792
DS14.4	. 685	. 718
DS14.5	. 553	. 745
DS14.7	. 559	. 744
DS14.9	. 451	. 765
DS14.12	. 367	. 78
DS14.13	. 635	. 728
Inibição Social (DS14)		
DS14.1	. 44	. 672
DS14.3	. 161	. 741
DS14.6	. 332	. 688
DS14.8	. 544	. 635
DS14.10	. 38	. 679
DS14.11	. 529	. 637
DS14.14	. 614	. 61

Tabela 2: Valores de correlação Item-Total e de alfa de Cronbach se o item for eliminado para os itens BDI-II, para amostra total

	Correlação Total do item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
Depressão (BDI-II)		
Item1_Tristeza	. 627	. 892
Item2_Pessimismo	. 635	. 891
Item3_Fracassos	. 512	. 894
Item4_Perda de Prazer	. 658	. 89
Item5_Sentimentos de Culpa	. 484	. 895
Item6_Sentimentos de Punição	. 335	. 899
Item7_Auto-depreciação	. 418	. 897
Item8_Auto-Crítica	. 439	. 896
Item9_Pensamentos ou Desejos	. 386	. 898
Suicidas		
Item10_Choro	. 537	. 894
Item11_Agitação	. 533	. 894
Item12_Perda de Prazer	. 526	. 894
Item13_Incapacidade de Decidir	. 558	. 893
Item14_Falta de Valor Pessoal	. 546	. 894
Item15_Perda de Energia	. 624	. 892
Item16_Alteração do Padrão de	. 558	. 893
Sono		
Item17_Irritabilidade	. 7	. 889
Item18_Alterações do Apetite	. 401	. 897

Item19_Dificuldade de Concentração	. 524	. 894
Item20_Cansaço ou Fadiga	. 634	. 891
Item21_Perda de Interesse em Sexo	. 37	. 899

Tabela 3: Valores de correlação Item-Total e de alfa de Cronbach se o item for eliminado para o questionário de estado de saúde (SF36v2), para amostra total

	Correlação Total do item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
Estado de Saúde (SF36v2)		
Função Física	. 664	. 832
Desempenho Físico	. 648	. 835
Dor Corporal	. 558	. 848
Saúde Geral	. 622	. 842
Função Social	. 381	. 861
Desempenho Emocional	. 692	. 829
Vitalidade	. 763	. 839
Saúde Mental	. 711	. 826

Tabela 4: Valores de correlação Item-Total e de alfa de Cronbach se o item for eliminado para os domínios do questionário de estado de saúde (SF36v2), para amostra total

	Correlação Total do item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
Função Física		
Item 3a	. 389	. 91
Item 3b	. 669	. 896
Item 3c	. 773	. 889
Item 3d	. 727	. 892
Item 3e	. 793	. 888
Item 3f	. 618	. 899
Item 3g	. 732	. 892
Item 3h	. 794	. 888
Item 3i	. 681	. 896
Item 3j	. 449	. 908
Desempenho Físico		
Item 4a	. 857	. 928
Item 4b	. 852	. 929
Item 4c	. 9	. 915
Item 4d	. 847	. 931
Dor Corporal		
Item 7	. 943	-
Item 8	. 943	-
Saúde Geral		
Item 1	. 602	. 687
Item 11a	. 339	. 772
Item 11b	. 662	. 645

Item 11c	.484	.715
Item 11d	.56	.682
Função Social		
Item 6	.378	-
Item 10	.378	-
Desempenho Emocional		
Item 5a	.899	.898
Item 5b	.888	.906
Item 5c	.846	.939
Vitalidade		
Item 9a	.687	.812
Item 9e	.702	.806
Item 9g	.64	.834
Item 9i	.739	.789
Saúde Mental		
Item 9b	.719	.826
Item 9c	.686	.835
Item 9d	.681	.837
Item 9f	.772	.812
Item 9h	.567	.863

Tabela 5: Valores de correlação Item-Total e de alfa de Cronbach se o item for eliminado para as escalas Manutenção, Gestão e Confiança (SCHFI), para amostra total

	Correlação Total do item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
Manutenção (SCHFI)		
Secção A.1	.202	.465
Secção A.2	.219	.459
Secção A.3	.16	.485
Secção A.4	.278	.442
Secção A.5	.014	.499
Secção A.6	.213	.461
Secção A.7	.244	.451
Secção A.8	.072	.495
Secção A.9	.309	.425
Secção A.10	.239	.452
Gestão (SCHFI)		
Secção B.11	.074	.63
Secção B.12	.457	.296
Secção B.13	.53	.272
Secção B.14	.335	.364
Secção B.15	.173	.453
Secção B.16	.236	.424
Confiança (SCHFI)		
Secção C.17	.312	.659
Secção C.18	.434	.624
Secção C.19	.465	.582

Secção C.20	. 275	. 647
Secção C.21	. 422	. 6
Secção C.22	. 557	. 556

Anexo 3: Tabelas da análise da normalidade

Tabela 6: Estudo da normalidade para a amostra total

	Kolmogorov -Smirnov ^a	Shapiro- Wilk	Coefficiente de	std. Error	Curtose	std. Error
	Significânci a	Significânci a	Assimetria			
DS(14)						
Afectividade Negativa	.021	-	.183	.269	-.996	.532
Inibição Social	.003	-	1.028	.269	.754	.532
BDI-II						
	.006	-	.74	.269	.044	.532
SF36v2						
	.182 ^b	-	-.367	.269	.759	.532
SCHFI						
Manutenção	.200 ^b	-	.171	.269	-.346	.532
Gestão	-	.556 ^b	.275	.456	.809	.887
Confiança	.000	-	-1.044	.271	.832	.535

a. Correção de Liliefors

b. a distribuição cumpre o pressuposto da normalidade (P>.05)

Tabela 7: Estudo da normalidade para o subgrupo com dispositivo

	Kolmogorov -Smirnov ^a	Shapiro- Wilk	Coefficiente de	std. Error	Curtose	std. Error
	Significânci a	Significânci a	Assimetria			
DS(14)						
Afectividade Negativa	-	.303 ^b	.000	.427	-1.015	.833
Inibição Social	-	.006	1.036	.427	.411	.833
BDI-II						
	-	.100 ^b	.698	.427	-.292	.833
SF36v2						
	-	.087 ^b	-.481	.427	-.737	.833
SCHFI						
Manutenção	-	.391 ^b	.439	.427	.427	.833
Gestão	-	.235 ^b	1.109	.661	.661	1.279
Confiança	-	.022	-.555	.427	-.804	.833

a. Correção de Liliefors

b. a distribuição cumpre o pressuposto da normalidade (P>.05)

Tabela 8: Estudo da normalidade para o subgrupo sem dispositivo

	Kolmogorov -Smirnov ^a	Shapiro- Wilk	Coefficiente de	std. Error	Curtose	std. Error
	Significânci a	Significânci a	Assimetria			
DS(14)						
Afectividade Negativa	.063 ^b	-	.299	.337	-.913	.662
Inibição Social	.014	-	1.070	.337	1.245	.662
BDI-II						
	.019	-	.762	.337	.038	.662
SF36v2						
	.051 ^b	-	-.43	.337	-.819	.662
SCHFI						

Manutenção	.200 ^b	-	-.022	.337	-.141	.662
Gestão	-	-.349 ^b	-.106	.580	1.309	1.121
Confiança	-	.000	-1.243	.340	1.353	.668

a. Correção Lilliefors

b. a distribuição cumpre o pressuposto da normalidade ($P > .05$)

Anexo 4: Tabelas da análise da homogeneidade da variância

Tabela 8: Estudo da homogeneidade da variância, através do teste de Levene, para os subgrupos com e sem dispositivo

		F	sig ^a
DS(14)			
Afectividade Negativa	Baseado na Média	.05	.823
	Baseado na Mediana	.048	.827
	Baseado na Média ajustada	.048	.827
	Baseado na Média aparada	.055	.815
Inibição Social	Baseado na Média	.808	.372
	Baseado na Mediana	.294	.589
	Baseado na Média ajustada	.294	.589
	Baseado na Média aparada	.694	.407
BDI-II			
	Baseado na Média	18.57	.177
	Baseado na Mediana	15.23	.221
	Baseado na Média ajustada	15.23	.221
	Baseado na Média aparada	1.8	.184
SF36v2			
	Baseado na Média	27.44	.102
	Baseado na Mediana	2.55	.114
	Baseado na Média ajustada	2.55	.114
	Baseado na Média aparada	2.674	.106
SCHFI			
Manutenção	Baseado na Média	.595	.443
	Baseado na Mediana	.584	.447
	Baseado na Média ajustada	.584	.447
	Baseado na Média aparada	.572	.452
Gestão	Baseado na Média	.015	.904
	Baseado na Mediana	.015	.092
	Baseado na Média ajustada	.015	.092
	Baseado na Média aparada	.023	.88
Confiança	Baseado na Média	.117	.734
	Baseado na Mediana	.079	.78
	Baseado na Média ajustada	.079	.78
	Baseado na Média aparada	.082	.775

a. todas as escalas e subescalas cumprem o pressuposto da homogeneidade das variâncias, $p > .05$.

**Anexo 5: Tabelas de análise das diferenças de médias entre grupos
(com e sem dispositivo)**

Tabela 9: t-student para os grupos com e sem dispositivo

	Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias		t	GI	α
	F	α			
DS(14)					
Afectividade Negativa	.05	.823	-.57	78	.57
Inibição Social	.808	.372	.260	78	.795
BDI-II					
	1.857	.177	-.92	78	.927
SF36v2					
	2.744	.102		78	.362
SCHFI					
Manutenção	.595	.443	.256	78	.799
Gestão	.015	.904	.058	24	.954
Confiança	.117	.734	-.385	77	.701

Anexo 6: Tabelas de análise das associações entre as variáveis (r de Pearson)

Tabela 10: Correlação entre as escalas e subescalas

		Correlações						
		Esta do de saúde	Depress ão	Afectivid ade negativa	Inibição social	Manute nção	Gestão	Confianç a
Estado de Saúde	r_p	1	-.793**	-.578**	-.411**	.194	.14	-.489**
	p		.000	.000	.000	.085	.945	.000
	N	80	80	80	80	80	26	79
Depress ão	r_p	-	1	.685**	.444**	-.170	.098	-.507**
	p			.000	.000	.133	.634	.000
	N		80	80	80	80	26	79
Afectivi dade Negativ a	r_p	-		1	.527**	-.329**	-.018	-.349**
	p				.000	.003	.932	.002
	N			80	80	80	26	79
Inibição social	r_p	-		-	1	-.324**	-.060	-.375**
	p					.003	.769	0,001
	N				80	80	26	79
Manute nção	r_p	-	-	-	-	1	.127	-.306**
	p						.535	.006
	N					80	26	79
Gestão	r_p	-	-	-	-	-	1	.118
	p							.566
	N						26	26
Confian ça	r_p	-	-	-	-	-	-	1
	p							
	N							79

**Correlação significativa ao nível .01

Tabela 11: Correlação entre a depressão e os domínios do SF36v2

Correlações		
Depressão		
Função Física	r_p	-. 505**
	p	.000
	N	80
Desempenho Físico	r_p	-. 522**
	p	.000
	N	80
Dor corporal	r_p	-. 468**
	p	.000
	N	80
Saúde Geral	r_p	-. 502**
	p	.000
	N	80
Função Social	r_p	-. 512**
	p	.000
	N	80
Desempenho Emocional	r_p	-. 707**
	p	.000
	N	80
Vitalidade	r_p	-. 613**
	p	.000
	N	80
Saúde Mental	r_p	-. 777**
	p	.000
	N	80

**Correlação significativa ao nível .01