

Eficácia de uma Intervenção Psicológica no Estilo de Vida para Redução do Risco Coronariano

Efficacy of Lifestyle Change Psychological Intervention in Coronary Risk Reduction

Rita Pugliese¹, Maria Tereza Zanella¹, Sérgio Luís Blay², Frida Plavinik¹, Marco Antonio Andrade¹, Roberto Galvão¹

Clínica de Hipertensão e Diabetes do Hospital do Rim e Hipertensão¹-UNIFESP - Disciplina de Psicoterapia e Psicodinâmica²-UNIFESP - São Paulo, SP - Brasil

Resumo

Objetivo: Avaliar a eficácia de um programa destinado a promover mudanças no estilo de vida por meio de intervenção psicológica associado à terapia farmacológica para redução do risco coronariano em pacientes com hipertensão não-controlada, sobrepeso e dislipidemia acompanhados durante 11 meses.

Métodos: Estudo controlado e aleatório com 74 pacientes distribuídos para três programas de tratamento distintos. Um grupo (TC) recebeu exclusivamente tratamento farmacológico convencional. O grupo de orientação (GO) recebeu tratamento farmacológico e participou de um programa de orientação para controle dos fatores de risco cardiovascular. O terceiro grupo (IPEV) recebeu tratamento farmacológico e participou de um programa de intervenção psicológica breve destinado a reduzir o nível de estresse e mudar o comportamento alimentar. A principal medida de avaliação foi o índice de risco de Framingham.

Resultados: Os pacientes do grupo TC obtiveram uma redução média de 18% ($p = 0,001$) no risco coronariano; os pacientes do grupo GO apresentaram um aumento de risco de 0,8% (NS); e os pacientes do grupo IPEV obtiveram uma redução média de 27% no índice de risco de Framingham ($p = 0,001$).

Conclusão: O tratamento farmacológico aliado a um programa de intervenção psicológica destinado a reduzir o nível de estresse e mudar o comportamento alimentar resultou em benefícios adicionais na redução de risco coronariano. (Arq Bras Cardiol 2007;89(4):225-230)

Palavras-chave: Hipertensão, dislipidemias, redução de peso, psicologia em saúde, prevenção primária.

Summary

Objective: To evaluate the efficacy of a program of lifestyle change through psychological intervention, combined with pharmacological therapy, for coronary risk reduction in uncontrolled hypertensive patients with overweight and dyslipidemia over 11 months of follow-up.

Methods: A randomized controlled trial with 74 patients assigned to three different treatment programs. One group (CT) only received conventional pharmacological treatment. Another group (OG) received pharmacological treatment and participated in a guidance program to control cardiovascular risk factors. A third group (LSPI) received pharmacological treatment and participated in a brief psychological intervention program for reduction of estresse levels and changing of eating behavior. The main measure was the Framingham risk index.

Results: CT patients presented an average reduction of 18% ($p = 0.001$) in coronary risk; OG patients elevated the risk by 0.8% (NS) and the LSPI group showed an average reduction of 27% on the Framingham risk index ($p = 0.001$).

Conclusion: Pharmacological treatment combined with psychological intervention for reduction of estresse level and changing of eating behavior resulted in additional benefits in coronary risk reduction. (Arq Bras Cardiol 2007;89(4):204-209)

Key words: Hypertension; dyslipidemias; weight loss; primary prevention; behavioral medicine.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Introdução

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em países desenvolvidos e em desenvolvimento^{1,2}. Estudos anteriores demonstraram que o emprego de uma abordagem conjunta composta por tratamento clínico aliado

a um programa de intervenção para controle de diversos fatores de risco, por meio de orientação educativa^{3,4} ou intervenção comportamental^{5,6,7}, é mais eficaz na redução da taxa de morbidade e mortalidade cardiovascular do que um tratamento exclusivamente farmacológico.

Este estudo avalia o efeito de um programa de intervenção psicológica para redução do nível de estresse e mudança do comportamento alimentar associado à terapia farmacológica, comparado com tratamento exclusivamente farmacológico e com tratamento farmacológico aliado a um programa de

Correspondência: Rita Pugliese •

Rua Duarte da Costa, 171 – 06706-060 – Cotia, SP - Brasil

E-mail: rita@menorrisko.com.br

Artigo recebido em 03/04/06; revisado recebido em 19/03/07; aceito em 09/05/07.

Artigo Original

orientação para redução de risco coronariano em pacientes hipertensos com sobrepeso e dislipidêmicos, sem controle pressórico adequado, tratados durante 11 meses.

Métodos

Desenho do estudo - O objetivo deste estudo aleatório foi comparar os efeitos de uma intervenção psicológica no estilo de vida (IPEV) para redução do nível de estresse e mudança do comportamento alimentar associada à terapia farmacológica com uma abordagem convencional para redução de risco coronariano durante um período de 11 meses. O estudo de 42 semanas foi realizado em uma clínica ambulatorial de hipertensão e dividido em duas fases: uma fase de intervenção com duração de 18 semanas e uma fase de consolidação dos resultados com duração de 24 semanas. A equipe foi composta por quatro médicos, um psicólogo e dois estudantes de psicologia. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

Amostra - Os critérios de inclusão no estudo foram: 1) pacientes hipertensos sob medicação anti-hipertensiva com pressão arterial diastólica (PAD) média entre 90 e 109 mm Hg ou pressão arterial sistólica (PAS) média entre 140 e 179 mm Hg obtidas em duas consultas de triagem feitas com um intervalo de dois meses e realizadas pelo mesmo médico; 2) indivíduos dos dois sexos entre 35 e 63 anos; 3) índice de massa corpórea (IMC) de 25 a 34,9 Kg/m²; 4) colesterol LDL \geq 130 mg/dl e colesterol HDL \leq 40 mg/dl. Os critérios de exclusão foram pacientes com história ou evidências eletrocardiográficas de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, obstrução arterial periférica, insuficiência renal, diabetes (glicemia de jejum \geq 126 mg/dl) e IMC acima de 35 Kg/m².

Foram excluídos também pacientes que obtiveram sete pontos ou mais no questionário para detecção de transtornos psiquiátricos^{8,9} (Self-Report Questionnaire 20 - SRQ 20), pacientes com prejuízo intelectual, pacientes com história antiga ou atual de psicose e pacientes com problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas (a atividade da gamaglutamil-transferase sérica foi determinada como um marcador do consumo de álcool).

Todos os pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido depois de receberem informações verbais e escritas sobre o estudo. Um programa de computador centralizado distribuiu aleatoriamente os pacientes em três grupos: um grupo de tratamento convencional (TC, n = 21), um grupo de orientação (GO, n = 29) e um grupo de intervenção psicológica no estilo de vida (IPEV, n = 24).

Os participantes foram devidamente informados de que não poderiam exceder o limite de três faltas durante todo o estudo, nem em consultas médicas e nem em intervenções em grupo.

A elegibilidade para o estudo foi avaliada a partir de uma amostra representativa de pacientes da clínica de hipertensão.

A intervenção psicológica e o programa de orientação foram desenvolvidos pelo psicólogo que não avaliou os

pacientes. Ambos foram documentados em manuais para referência durante o estudo. A amostra foi composta da seguinte forma: 82% dos pacientes eram mulheres e 38% eram brancos; a média de idade foi 50 (8,5) anos; os valores médios da pressão arterial sistólica e diastólica foram 136 (15) e 87 (11) mm Hg, respectivamente, de acordo com a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA); o IMC médio foi 28,4 (3,4) Kg/m²; a concentração média de colesterol LDL foi 138,6 (29,6) mg/dl; a concentração média de colesterol HDL foi 42,3 (10,5) mg/dl; 55% dos pacientes apresentaram estresse; 80% foram considerados sedentários; e 5% eram fumantes.

Métodos de avaliação e procedimentos - Os seguintes parâmetros foram avaliados no início do estudo e entre as semanas 18 e 42: concentrações séricas de colesterol total, lipoproteínas de alta densidade e triglicérides (avaliadas por técnica enzimática), concentração sérica de lipoproteínas de baixa densidade (de acordo com a fórmula de Friedewald), índice de massa corpórea (IMC - Kg/m²), creatinina (avaliação colorimétrica), monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA- Spacelabs, modelo 90207, Ecafix), glicemia (com sangue venoso coletado após jejum noturno) e ECG.

Os seguintes parâmetros foram avaliados no início do estudo e na semana 42: índice de risco de Framingham de cada indivíduo¹⁰; adesão à medicação anti-hipertensiva, por meio de um questionário anônimo (o paciente foi considerado adepto ao tratamento quando tomava a medicação pelo menos cinco dias por semana); atividade física (aqueles que relataram por meio de um pequeno questionário que faziam atividade física três vezes por semana durante pelo menos trinta minutos foram considerados fisicamente ativos); Inventário de Sintomas de Estresse (ISS)¹¹ e tabagismo (por meio de um pequeno questionário que analisava o número de cigarros fumados no último mês).

Pacientes com colesterol LDL \geq 160 mg/dl receberam prescrição de sinvastatina.

Tratamento convencional (n = 21) - Todos os pacientes tiveram acompanhamento médico a cada dois ou três meses e realizado sempre pelo mesmo médico. O objetivo para todos os grupos foi reduzir a pressão arterial sistólica e diastólica para níveis abaixo de 140 e 90 mm Hg, respectivamente. Pacientes com sobrepeso ou hipercolesterolemia foram tratados de acordo com a prática clínica usual.

Grupo de orientação (n = 29) - Além do tratamento convencional, os pacientes participaram de um Programa de Orientação realizado por um psicólogo. Esse programa foi estruturado em duas fases e teve o intuito de conscientizar os pacientes sobre os fatores de risco cardiovascular e suas associações com a doença coronariana, bem como estimulá-los a efetuar mudanças no estilo de vida em duas fases. Na fase de intervenção, os pacientes receberam informações durante 18 sessões de sessenta minutos realizadas uma vez por semana. Foi permitido até dez participantes por sessão de grupo. O programa incluiu também informações sobre hipertensão, adesão ao tratamento farmacológico, doença arterial coronariana, colesterol, limite de consumo de álcool, tabagismo, restrição ao uso do sal, controle de estresse, controle de peso e sedentarismo. Na fase de consolidação dos

resultados, as mesmas informações foram enfatizadas em seis sessões de sessenta minutos realizadas uma vez por mês.

Grupo de intervenção psicológica no estilo de vida (n = 24) - Além de receberem tratamento convencional, todos os pacientes participaram de uma intervenção psicológica dinâmica breve planejada antecipadamente e realizada pelo mesmo psicólogo^{12,13}. Os objetivos dessa intervenção foram: 1) transmitir as mesmas informações fornecidas ao grupo GO; 2) aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, reduzir os níveis de estresse, reduzir o IMC em pelo menos 5%¹⁴, estimular a realização de caminhadas pelo menos três vezes por semana durante 30 minutos; e 3) identificar e abordar os conflitos psicológicos associados às dificuldades em promover mudanças no estilo de vida e em atingir os objetivos mencionados acima.

A fase de intervenção foi realizada em 18 reuniões de sessenta minutos realizadas uma vez por semana, como no GO. Foram formados três grupos de oito pacientes. Com base no trabalho em grupo, foram identificados fatores geradores de estresse e propiciada a mudança de comportamentos. Foram também abordadas questões psicológicas associadas ao consumo excessivo de alimentos e a um estilo de vida sedentário. Todos os pacientes se comprometeram a atingir as metas de redução dos níveis de estresse, redução de peso e aumento da atividade física.

Em seguida, teve início a fase de consolidação dos resultados, que consistiu em seis reuniões em grupo de sessenta minutos realizadas uma vez por mês. Os objetivos foram manter os novos comportamentos adquiridos e atingir as metas. Depois de cada sessão foram feitas anotações para análise posterior.

Métodos estatísticos - Os dados foram analisados de acordo com o princípio de intenção de tratar. Todos os dados disponíveis foram utilizados. Para comparação dos valores no início do tratamento, foi empregada a análise de variância, análise de variância para medidas repetidas e teste de qui-quadrado, independentemente de os dados terem distribuição normal ou não. Para análises intragrupo, foi empregado o teste t de Student para dados pareados e análise de variância para medidas repetidas e, para os demais dados, o teste do sinal de Wilcoxon e o teste de Fisher. Foi aplicado o coeficiente de correlação de Pearson para cada grupo a fim de comparar as diferenças iniciais e finais no índice de risco de Framingham e nos valores de PAD, PAS, colesterol HDL e colesterol LDL. Para analisar a associação entre elevação do colesterol HDL e sinvastatina e entre atividade física e perda de peso, empregamos o teste qui-quadrado. Apenas diferenças com valor de $p < 0,05$ foram consideradas estatisticamente significantes.

Resultados

A amostra foi composta por 74 pacientes, dos quais 5% eram fumantes. Os valores médios de PAS e PAD foram 148 mm Hg e 94 mm Hg, obtidos em consultas de triagem.

No primeiro mês do estudo, seis pacientes abandonaram o tratamento (cinco do grupo TC e um do grupo GO). A perda estatística foi irrelevante ($p = 0,729$), uma vez que 92% dos pacientes completaram o estudo sem exceder três faltas.

As características demográficas da amostra no início do estudo são apresentadas na Tabela 1. Não houve diferenças significantes entre os três grupos no início do estudo (tabs. 1, 2 e 3), exceto em relação aos valores de triglicérides, que foram mais elevados no grupo TC, e ao maior número de pacientes sedentários no grupo IPEV. Os valores pressóricos apresentados na Tabela 2 foram obtidos por meio de monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA).

O grupo TC não atingiu a meta de PAS e PAD abaixo de 140 mm Hg e 90 mm Hg, respectivamente (tab. 2). A adesão à medicação anti-hipertensiva no grupo de TC, informada pelos pacientes, permaneceu constante em 21%. Análises intragrupo revelaram reduções de 6% nos níveis de colesterol total e de 12% e nos níveis de colesterol LDL, além de 13% de aumento nos níveis de colesterol HDL (tab. 2). A sinvastatina foi prescrita para dois pacientes (10%) no início do estudo, enquanto sete pacientes (33%) receberam essa prescrição ao final do estudo ($p = 0,017$). Os dois fumantes mantiveram o hábito durante todo o período de estudo. O grupo TC apresentou uma redução significativa de 18% no índice de risco de Framingham ($p = 0,001$) (tab. 3), e 50% dos pacientes conseguiram reduzir o risco coronariano (fig. 1).

O grupo GO não atingiu a meta de PAS e PAD abaixo de 140 mm Hg e 90 mm Hg, respectivamente (tab. 2). Comparações intragrupo (tab. 2) mostraram que os índices de adesão à medicação anti-hipertensiva subiram de 18% para 24% ($p < 0,001$). Houve tendência de elevação dos níveis séricos de colesterol HDL ($p = 0,066$). A sinvastatina foi

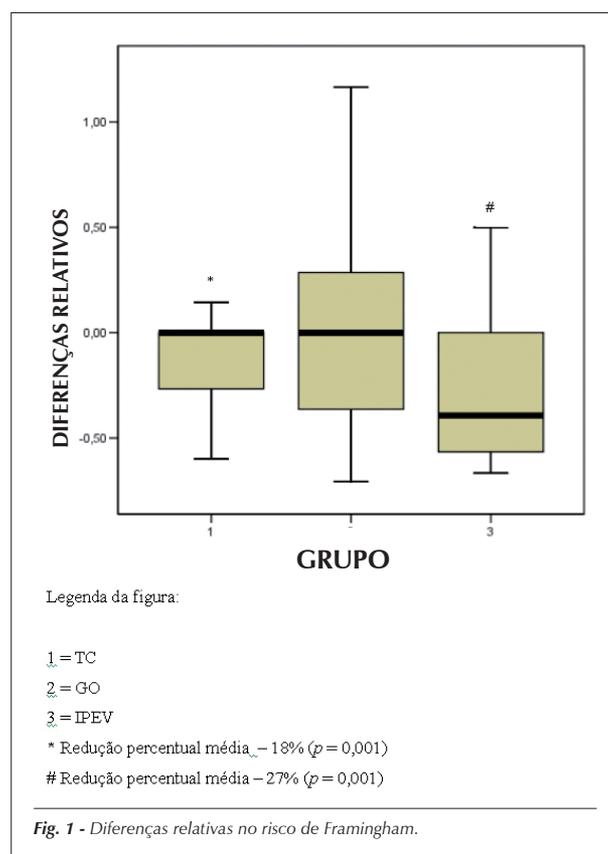


Tabela 1 – Distribuição das características demográficas

Características	TC (n = 21)	GO (n = 29)	IPEV (n = 24)	p
Sexo (%)				
Feminino	15 (71)	27 (93)	19 (80)	0,122
Masculino	6 (29)	2 (7)	5 (20)	
Grupo étnico (%)				
Branco	9 (43%)	12 (41)	7 (30)	
Negro/mestiço	12 (57%)	17 (59)	17 (70)	0,564
Idade (média ± SD)	48 ± 9,8	50 ± 8,19	53 ± 8	0,143

prescrita para dois pacientes (6%) no início do estudo e para quatro pacientes (13%) no final do estudo (NS). Observamos uma redução significativa no número de pacientes sedentários: 20 pacientes no início e 12 ($p = 0,008$) no final do estudo. Os dois fumantes mantiveram o hábito durante todo o período de estudo. Assim, o grupo GO não obteve uma redução significativa no índice de risco de Framingham (tab. 3).

O grupo IPEV atingiu a meta de PAS e PAD abaixo de 140 mm Hg e 90 mm Hg, respectivamente, mas só a PAD sofreu redução significativa ($p = 0,026$) (tab. 2). Análises intragrupo (tab. 2) mostraram que o índice de adesão à medicação anti-hipertensiva subiu dos 34% iniciais para 55% no final do estudo ($p = 0,002$). Houve redução de 5% na concentração sérica de colesterol total e de 11,6% na concentração sérica de colesterol LDL, enquanto a concentração sérica de colesterol HDL mostrou elevação de 10%. A sinvastatina foi prescrita para dois pacientes (10%) no início do estudo e para três pacientes (13%) no final do estudo (NS). Cinquenta por cento dos pacientes tiveram redução de 5% ou mais no índice de massa corpórea (IMC), e 75% se tornaram fisicamente ativos (tab. 2). Foi observada uma redução significativa na média percentual do Inventário de Sintomas de Estresse (tab. 2). O grupo IPEV apresentou uma redução de 27% no índice de risco de Framingham ($p = 0,001$) (tab. 3), e 75% dos pacientes tiveram seu risco coronariano reduzido (fig.1).

Do ponto de vista psicológico, os seguintes aspectos foram recorrentes em todos os grupos: negação da hipertensão (“Por que devo tomar medicamento se não sinto nada?”, “Minha pressão arterial já está sob controle e não preciso mais tomar medicamento”); negação de ingestão excessiva de alimentos (“Não como para engordar”, quando os pacientes estão visivelmente com sobrepeso ou obesos); aspectos relacionados à voracidade (comer até se sentir empanturrado, comer depressa para poder repetir, comer excessivamente em momentos de ansiedade); negação da obesidade (“Não sou obeso, só estou um pouquinho acima do peso”); negação das conseqüências da obesidade (“As pessoas magras também vão morrer, portanto prefiro morrer gordo”); negação do risco coronariano (“Acho que você está exagerando meu risco de infartar”, “Se eu infartar, tenho certeza de que me recuperarei logo”).

Em relação ao controle de estresse, foram observados os seguintes comportamentos: ansiedade e pressa no desempenho de tarefas; rigidez para rever prazos e prioridades, tendência

a acumular tarefas e atribuições e tendência a superestimar ou subestimar a capacidade de resolver problemas.

A correlação de Pearson entre as diferenças relativas observadas nos valores do colesterol HDL e do risco coronariano foi de $-0,61$ ($p = 0,003$) para o grupo TC, $-0,46$ ($p = 0,01$) para o grupo GO e $-0,62$ ($p = 0,001$) para o grupo IPEV. As elevações nos níveis de colesterol HDL foram associadas com introdução ou aumento da dose de sinvastatina ($p = 0,071$) no grupo TC, com aumento da atividade física ($p = 0,016$) no grupo GO e com perda de peso ($p < 0,001$) no grupo IPEV.

Discussão

Os pacientes do grupo de tratamento convencional obtiveram uma redução média de 18% no índice de risco de Framingham. Essa redução foi correlacionada com um aumento dos níveis séricos de colesterol HDL, que, por sua vez, foi associado à introdução ou aumento da dose de sinvastatina. A importância de níveis baixos de colesterol HDL como fator de risco cardiovascular foi relatada nos estudos de Planas e cols.¹⁵, e Orso e cols.¹⁶. Embora essa abordagem terapêutica seja eficiente, o custo do tratamento se torna mais elevado e os riscos de efeitos colaterais são maiores¹⁷. É necessário orientar os pacientes a mudar hábitos de vida e aumentar sua adesão ao tratamento.

Entretanto, no grupo de orientação essa medida não foi suficiente para promover mudanças comportamentais capazes de reduzir os fatores de risco de Framingham. Alguns estudos com metodologia semelhante e acompanhamento de um ano apresentaram resultados controversos¹⁸. Outros, que tiveram duração de cinco anos, produziram resultados positivos¹⁸.

Embora a porcentagem final de indivíduos sedentários no grupo de orientação fosse alta (43%), o aumento da atividade física foi associado com elevação dos níveis de colesterol HDL. Esse achado é compatível com os resultados da metanálise realizada por Thompson e cols.¹⁹.

Os participantes do grupo de intervenção psicológica no estilo de vida obtiveram uma redução média de 27% no índice de risco de Framingham, e 75% dos pacientes apresentaram redução do risco coronariano. Essa redução foi correlacionada com um aumento nos níveis de colesterol HDL, obtido por meio de mudanças no estilo de vida, uma

Tabela 2 - Características técnicas e sintomas clínicos dos 54 pacientes coronariopatas em exodontias convencionais

		Semana 0	Semana 18	Semana 42	p Semana 0 vs. semana 42
PAS	TC (n = 21)	140 ± 16,0	138 ± 14,4	142 ± 14,7	0,67
	(MAPA) GO (n = 29)	136 ± 18,7	135 ± 19,5	140 ± 18,6	0,456
	IPEV (n = 24)	132 ± 11,3	130 ± 12,9	127 ± 13,8	0,062
PAD	TC	90 ± 11,1	88 ± 9,0	91 ± 7,6	0,927
	(MAPA) GO	88 ± 13,0	88 ± 13,9	91 ± 13,4	0,58
	IPEV	84 ± 8,2	84 ± 8,6	80,5 ± 8,8	0,026
Colesterol total (mg/dl)	TC	204 ± 34	195 ± 22	192 ± 35	0,014
	GO	205 ± 32	208 ± 46	204 ± 38	0,868
	IPEV	217 ± 42	208 ± 40	206 ± 30	0,024
HDL-C (mg/dl)	TC	38 ± 8,9	43 ± 14	44 ± 12,9	0,004
	GO	43 ± 11,5	48 ± 12,8	51 ± 17	0,066
	IPEV	46 ± 11,2	51 ± 10,7	57 ± 13	< 0,001
LDL-C (mg/dl)	TC	133 ± 25	121 ± 21,5	117 ± 36,3	0,003
	GO	136 ± 30	130 ± 32	125 ± 33,7	0,203
	IPEV	147 ± 34	132 ± 33,4	130 ± 31,6	<0,001
Triglicérides (mg/dl)	TC	171 ± 109,4	154 ± 89,3	148 ± 85,6	0,069
	GO	137 ± 64,4	145 ± 88	139 ± 64,8	0,928
	IPEV	120 ± 80	123 ± 55	116 ± 41	0,368
Glicemia de jejum (mg/dl)	TC	91 ± 8,1	99 ± 21,2	89 ± 8,2	0,433
	GO	95 ± 12,0	96 ± 10,1	94 ± 15,7	0,654
	IPEV	91 ± 14,3	91 ± 11,4	91 ± 12,7	0,916
Índice de massa corpórea (Kg/m²)	TC	27,8 ± 3,5	27,3 ± 2,7	27,3 ± 2,7	0,706
	GO	28,4 ± 3,7	28 ± 3,8	28,2 ± 3,8	0,557
	IPEV	29,0 ± 3,0	27,8 ± 2,8	27,4 ± 2,8	<0,001
Cintura / quadril (cm)	TC	0,91 ± 0,06		0,89 ± 0,06	0,332
	GO	0,88 ± 0,06		0,88 ± 0,05	0,722
	IPEV	0,90 ± 0,06		0,86 ± 0,06	0,013
Estresse [% no teste de ISS]	TC	15,9 ± 22,9		13,5 ± 21,1	0,54
	GO	21,3 ± 26,5		17,5 ± 25,4	0,625
	IPEV	18,4 ± 23,2		6,6 ± 12,5	0,003
Sedentarismo (n)	TC	14		13	0,187
	GO	20		12	0,008
	IPEV	24		6	<0,001

vez que se associou com redução de peso. Ginsberg e cols.²⁰ salientaram esse efeito. No final do estudo, 10% dos pacientes com sobrepeso estavam com peso normal ($\leq 24,9 \text{ Kg/m}^2$) e 20% dos pacientes considerados obesos inicialmente ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) apresentaram índice de massa corpórea compatível com sobrepeso (25 para $29,9 \text{ Kg/m}^2$).

O tratamento convencional parece ter sido útil para pacientes com perfil de adesão ao tratamento farmacológico,

enquanto o tratamento clínico associado com intervenção psicológica no estilo de vida foi útil para pacientes hipertensos com dois ou mais fatores de risco cardiovascular, como estresse, sobrepeso/obesidade e dislipidemia, pois essa estratégia foi capaz de alterar um grande número de fatores de risco, reduzindo a exposição aos efeitos colaterais dos medicamentos.

Os fatores psicológicos que podem ter contribuído são:

Tabela 3 – Risco de evento coronariano em dez anos

Tratamento	Início do estudo	Após 42 semanas	Valor de p
	Média (%)	Redução média comparativa (%)	
TC	9,95	18	0,001
GO	7,65	—	NS
IPEV	9,25	27	0,001

redução da ansiedade do grupo como um todo; abordagem da relação entre estresse e aumento da ingestão de comida; identificação e controle do comportamento alimentar voraz; abordagem das defesas maníacas, como se opor à realidade e se considerar imune às conseqüências advindas dos problema de saúde.

Este estudo mostra que os pacientes que apresentam as características psicológicas mencionadas acima precisam não apenas de uma abordagem clínica, mas também de uma abordagem psicológica, pois essas características podem constituir um obstáculo ao êxito do tratamento.

Referências

1. Uemura K, Piza Z. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. *World Health Stat Q.* 1988; 41: 155-78.
2. Thom TJ. International mortality from heart disease: rates and trends. *Int J Epidemiol.* 1989; 18 (Suppl 1): 520-9.
3. Agewall S, Wikstrand J, Samuelsson O, Persson B, Andersson OK, Fagerberg B. The efficacy of multiple risk factor intervention in treated hypertensive men during long-term follow up. *J Intern Med.* 1994; 236: 651-9.
4. Fagerberg B, Wikstrand J, Berglund G, Samuelsson O, Agewall S. Mortality rates in treated hypertensive men with additional risk factors are high but can be reduced: a randomized intervention study. *Am J Hypertens.* 1998; 11: 14-22.
5. Benfari RC. The Multiple Risk Factor Intervention Trial: MRFIT. *Prev Med.* 1981; 10: 426-42.
6. MRFIT- Mortality rates after 10,5 years for participants in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Findings related to a priori hypothes of the trial. The Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *JAMA.* 1990; 263 (13): 1795-801.
7. Kjelsberg MO, Cutler JA, Dolecek TA. Brief description of the multiple risk factor intervention trial. *Am J Clin Nutr.* 1997; 65 (Suppl 1): 191S-195S.
8. Iacoponi E, Mari JJ. Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. *Int J Soc Psychiatry.* 1989; 35 (3): 213-22.
9. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986; 148: 23-6.
10. Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation.* 1998; 97: 1837-47.
11. Lipp MN, Guevara AH. Validação empírica do inventário de sintomas de estresse (ISS). *Estudos de Psicologia.* 1994; 11(3): 43-9.
12. Hobbs M. An introduction to the psychotherapies. In: Bloch S (ed). *Short-term dynamic psychotherapies.* 3rd ed. Oxford Medical Publication; 1996. p. 52-83.
13. Sífneos P. *Psicoterapia dinâmica breve – avaliação e técnica.* São Paulo: Artes Médicas; 1989.
14. Hutton B, Fergusson D. Changes in body weight and serum lipid profile in obese patients treated with orlistat in addition to a hypocaloric diet: a systematic review of randomized clinical trials. *Am J Clin Nutr.* 2004; 80 (6): 1461-8.
15. Planas E, Fiol C, Sabate I. HDL cholesterol as a risk factor for arteriosclerosis. *Med Clin.* 1980; 75 (8): 331-3.
16. Orso GG. Cholesterol bound to high-density lipoproteins: critical review of methods of analysis and personal data. *Ann Osp Maria Vittoria Torino.* 1982; 24 (7-12): 286-306.
17. Pezzilli R, Ceciliato R, Corinaldesi R, Barakat B. Acute pancreatitis due to simvastatin therapy: increased severity after rechallenge. *Dig Liver Dis.* 2004; 36 (9): 639-40.
18. Ebrahim S, Smith GD. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 2: CD 001561.
19. Thompson PD, Buchner D, Piña IL, Balady GJ, Williams MA, Marcus BH, et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease. *Circulation.* 2003; 107 (24): 3109-16.
20. Ginsberg HN. Nonpharmacologic management of low levels of high-density lipoprotein cholesterol. *Am J Cardiol.* 2000; 86 (12A): 41L-45L.

Novos estudos nessa linha de pesquisa poderão propiciar maior aprofundamento das estratégias terapêuticas destinadas aos vários subgrupos de pacientes que apresentam risco coronariano de moderado a alto.

Agradecimentos

Agradecemos aos participantes do estudo, por sua colaboração.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Vinculação Acadêmica

Esse artigo é parte de tese de doutorado de Rita Pugliese, pela Escola Paulista de Medicina.