

Adaptação e prevenção terciária em doentes com coronariopatia isquémica

M. LUÍSA ALCÂNTARA * / MANUELA PEREIRA ** / LUÍS MOURÃO *** / A. LEMA SANTOS *** / A. SALLES LUÍS **** / J. MACHADO NUNES *****

INTRODUÇÃO

A doença tem sido sempre considerada uma ameaça à integridade da pessoa, um sinal de destruição.

A reacção à doença assume os mais variados modos, dependendo de múltiplos factores, de entre os quais podemos referir a idade, as influências económicas, sociais e culturais, a personalidade prévia, as limitações fisiológicas e patológicas impostas pela própria doença.

Tal como refere Caldas de Almeida (1985), o indivíduo saudável tem uma relação harmoniosa com o seu corpo. Há uma continuidade entre si e o exterior que ele sabe delimitar. Essa ligação entre o seu *self* e o mundo exterior, essa liberdade de se controlar internamente permitindo-lhe uma individualidade rodeada de afecto, favorece o equilíbrio que se afirma pela sensação de bem-estar.

No indivíduo doente, essa harmonia é perturbada. Ele sente o seu *self* separado do mundo exterior. A

ligação harmoniosa com esse exterior quebra-se. A angústia pode surgir quando sente que esse distanciamento cada vez maior o vai desintegrando, deixando-o cada vez mais só com os seus objectos internos agressivos e ameaçadores.

O sofrimento na doença remete-nos para as primeiras experiências de vida, experiência da lacuna básica (Balint, 1977).

A relevância da personalidade na maneira de experienciar a doença tem sido referida por vários autores. Dunbar (1943) caracteriza o tipo particular de perfil coronário no estudo que realizou, contrastando esses pacientes com pacientes com fracturas. Os coronários seriam pessoas apresentando um modo de estar calmo que mascarava uma agressividade latente, um investimento profissional maciço visando o sucesso. Os pacientes com fracturas seriam impulsivos, desorganizados, ousados, vivendo o momento presente. Mais tarde, Rosenman e Friedman (1959), dois cardiologistas, verificam que os seus pacientes tinham grande tendência para a competição, uma incapacidade para se relaxar nos tempos de lazer, uma grande necessidade de fazer mais coisas em cada vez menos tempo. Este padrão, a que chamaram comportamento tipo A, corresponde às formulações dinâmicas de Arlow (1945).

A especificidade de alguns destes traços da personalidade que aparentemente predispõe à doença coronária determina ainda uma vulnerabilidade acrescentada a acontecimentos significativos para o próprio, ocorrendo na matriz social e familiar. Essa personalidade com traços agressivos, num contexto

* Interna de Psiquiatria, Departamento da Ajuda do Hospital Miguel Bombarda.

** Psiquiatra, Departamento da Ajuda do Hospital Miguel Bombarda.

*** Cardiologistas, Hospital de S. Francisco Xavier.

**** Professor Catedrático da Faculdade de Ciências Médicas da UNL, Director Clínico do Hospital de S. Francisco Xavier.

***** Professor Auxiliar de Psiquiatria e Saúde Mental da F.C.M.L da U.N.L., Chefe de Serviço do Centro de Saúde Mental Lisboa — Oeiras.

relacional centrado numa relação em que o paciente consciente ou inconscientemente desempenha um papel dominador, vai interferir na homeostasia familiar. A pobreza da comunicação, a incapacidade de partilhar, de participar, de apoiar, são responsáveis pelo estabelecimento de um campo emocional que não permite um entendimento significativo recíproco. O cônjuge doente, que anteriormente assumia uma posição de líder, após a doença pode sentir-se desvalorizado e admitir que tem de reconhecer a sua submissão perante o outro. Esta troca de posições pode desencadear condutas em que existe uma agressividade manifesta que se pode exprimir na relação com o outro cônjuge. A preservação deste nível de comunicação pode criar frustração, ansiedade e conflito entre os membros da família.

Este tipo de relação, uma vez elaborada, conduz à diferenciação do EU individual e familiar e ao estabelecimento de novas relações.

Esta nova rede familiar poderá funcionar como uma aliança de extrema importância, contribuindo para uma maior eficácia no processo de prevenção instituído pela matriz terapêutica.

Na prevenção terciária em doentes com coronariopatia isquémica (enfarte, angina), desde os primeiros contactos, deverão ser valorizadas as atitudes terapêuticas dos técnicos. Estes irão relacionar-se não apenas com o coração, mas também com a pessoa doente.

O enfoque na globalidade da situação clínica permite que a vertente psicológica não seja denegada e que o doente possa verbalizar as suas vivências emocionais.

A reacção emocional mais frequente nas primeiras fases da crise coronária continua a ser a ansiedade ligada ao medo de morrer, à qual se segue uma fase depressiva.

Na Unidade de Cuidados Intensivos (U. C. I.), volvidos alguns dias após a crise, os pacientes começam a fazer as primeiras interrogações sobre o seu futuro, surgem dúvidas acerca do retorno a um prévio estilo de vida.

Instala-se um certo humor depressivo que tem a ver com o processo de luto e de reajustamento interno (Machado Nunes, 1988).

Num projecto compreensivo de reabilitação serão programadas intervenções terapêuticas destinadas a impedir uma continuidade nestas vivências que irão perpetuar a ansiedade e a depressão.

Desaparecido o desconforto e mal-estar físico da fase aguda, vivido habitualmente na U. C. I., um sentimento de segurança e bem-estar possibilitará uma boa evolução clínica global.

Embora assintomáticos sob o ponto de vista cardiológico e mantendo uma função cardíaca compatível, grande número de doentes a quem lhes é permitido trabalhar, permanecem inactivos, num invalidismo psicológico que tem sido correlacionado com repetidas somatizações, ansiedade e depressão, experienciadas cronicamente.

Antes da alta hospitalar, a avaliação dos traços predominantes da personalidade, dos mecanismos de defesa prevalentes na situação de crise poderão dar indicações importantes, numa tentativa de seleccionar os pacientes que irão ter mais dificuldades na adaptação à sua nova maneira de estar.

De acordo com Cortesão (1980); Magotteau e Rimé; Machado Nunes (1988), encontramos na U. C. I. três tipos de comportamento: os adaptados — indivíduos relativamente tranquilos, reconhecendo a doença, com uma atitude cooperadora e dialogante, pensando no futuro; os denegativos — impacientes e inquietos, intolerantes ao internamento e às intervenções médicas, negando a doença, com comportamentos agressivos e conflitos frequentes com os técnicos; os passivo-depressivos — atitude pessimista em relação à doença, desinteressados, desmotivados, humor deprimido e grande passividade.

Cada doente, seguido nas particularidades do seu comportamento poderá reencontrar um equilíbrio que lhe permita reinvestir a actividade profissional e reintegrar-se na sua rede sócio-familiar.

Na adaptação à doença coronária isquémica têm sido considerados factores psicossociais de cuja compreensibilidade poderá resultar um modelo de intervenção a aplicar no período de convalescença.

Mayou (1979 e 1984); Philip e colaboradores (1982); Smith e Orouke (1988) utilizaram como parâmetros que lhes permitiram avaliar o grau de adaptação à doença, o regresso ao trabalho, o estado emocional e a complacência.

Thompson et al. (1987); Kutz e colaboradores (1988), investigaram, em doentes com enfarte agudo do miocárdio e após um ano de evolução, as repercussões ao nível das relações interpessoais e das capacidades físicas.

A adaptação à doença coronária foi caracterizada por Machado Nunes (1988), através de indicadores indirectos, tais como:

- complacência;
- capacidades subjectivas (profissional e física);
- disponibilidades (afectivo-sexual e social);
- estado afectivo emocional;
- situação profissional.

Como o fizeram os autores citados, propusemo-nos avaliar a adaptação de uma população seguida em consulta de Cardiologia no Hospital de S. Francisco Xavier.

MATERIAL E MÉTODOS

A população estudada foi constituída por 23 doentes da consulta integrada de Cardiologia.

Quadro 1

<i>Caracterização sócio-demográfica</i>		
Sexo	M = 21	F = 2
Idade	30 a 66 anos (média 55 anos)	
Profissão	Sectores: Primário = 0; Secundário = 7; Terciário = 16	
Estado	Solteiro = 2; Casado = 19; Divorciado = 2	

É uma população predominantemente do sexo masculino, com uma idade média de 55 anos, sendo a maioria casados e trabalhando no sector terciário.

Quadro 2

<i>Caracterização clínica</i>	
Angina instável	4
Angina + Enfarte	2
Enfarte	15
Enfarte + Angina resid.	2

A caracterização psicológica foi feita com base em alguns pressupostos. Como é sabido, o comportamento tipo A foi definido por Friedman e Rosenman como um complexo de acção-emoção caracterizado por uma crónica e incessante luta conduzida por pessoas que procuram conseguir cada vez mais, em cada vez menos tempo e que, frequentemente, apresentam uma hostilidade flutuante que é muitas vezes escondida e habitualmente bem racionalizada.

Definimos hostilidade como uma disposição para experienciar em várias circunstâncias sentimentos como cólera, irritação, desgosto, vexame, ressentimento, com ou sem manifestações exteriores contra a origem da frustração.

Também por nós foi investigada a dimensão «*Anger-in*», isto é, a tendência que algumas pessoas têm em inibir a expressão da agressividade contra os outros, mesmo quando tal expressão se revela apropriada.

Quadro 3

<i>Caracterização psicológica</i>		
Comportamento manifesto A	= 20	B = 3
(Rosenman - Friedman)		
Hostilidade	>20 (significativo)=100%	
Anger-in	Sim = 10	Não = 13
Personalidade psicossomática (Marty)	Sim = 15	Não = 8

Na nossa avaliação, encontramos 20 doentes com tipo A e apenas 3 com tipo B. Dos 23 pacientes, 15 tinham uma personalidade psicossomática. Apenas 10 eram «*Anger-in*». Os níveis de hostilidade manifesta foram elevados.

Através da entrevista clínica semi-estruturada e de alguns instrumentos (escala de Beck, escala HO do M. M. P. I.), procurámos caracterizar a adaptação utilizando itens indirectos:

- complacência a medicamentos, à dieta, ao tabaco e ao exercício;
- capacidades subjectivas (profissional e física);
- disponibilidades (afectivo-sexual e social);
- estado afectivo-emocional;
- situação profissional.

RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas, decorridos seis a doze meses após a fase aguda da doença, no contexto de uma consulta de Cardiologia a funcionar num Hospital Geral.

Através das informações foi possível a colheita de dados que nos conduziu aos resultados que passamos a apresentar.

Quadro 4

<i>Complacência</i>		
	SIM	NÃO
Medicamentosa	20 (87 %)	3 (13 %)
Exercício	14 (61 %)	9 (39 %)
Dieta	17 (74 %)	6 (26 %)
Tabaco	21 (91 %)	2 (9 %)

A adesão às prescrições médicas foi máxima em relação ao tabaco (91 %). A complacência medicamentosa foi de 87 %. 74 % cumpriam rigorosamente a dieta. A menor adesão refere-se ao exercício (61 %).

Quadro 5

<i>Capacidades subjectivas</i>		
	MANTIVERAM	DESCERAM
Profissional	14 (61 %)	9 (39 %)
Física	7 (30 %)	16 (70 %)

Verificámos que 61 % têm a convicção de que não houve alteração da sua capacidade profissional em relação à situação anterior ao enfarte do miocárdio.

Na maioria (70 %) encontrámos uma diminuição significativa das capacidades físicas subjectivas actuais.

Quadro 6

<i>Disponibilidades</i>			
	AUMENT.	MANTIV.	DESC.
Afectivo-sexual	0	6 (26 %)	17 (74 %)
Social	2 (9 %)	13 (57 %)	8 (35 %)

Comparando a disponibilidade familiar e social referida à actualidade e ao período anterior à doença, constatamos que 74 % estão menos disponíveis afectivo-sexualmente, enquanto que 57 % não experienciaram alterações qualitativas e/ou quantitativas nas suas relações sociais.

Quadro 7

<i>Estado afectivo-emocional (Beck)</i>	
DEPRIMIDOS	NÃO DEPRIMIDOS
6 (26 %)	17 (74 %)

Para avaliarmos a depressão utilizámos a escala de Beck. Em 74 % encontrámos valores inferiores a 13, o que significa que a maioria não estava deprimida.

Quadro 8

<i>Situação profissional</i>	
Reformado	7 (30 %)
Mudou	2 (9 %)
«Part-time»	0 (0 %)
Mesmo	14 (61 %)

Nesta amostra, 61 % conservou o emprego, tendo regressado ao trabalho anteriormente à data da nossa observação. Só 9 % mudaram de profissão. Passaram à situação de reforma 30 %.

DISCUSSÃO

Os resultados por nós encontrados confirmam a importância dos múltiplos factores psicossociais que interactivam na adaptação e que só considerados conjuntamente poderão constituir indicadores fidedignos.

Muito embora outros factores possam estar em jogo, como o grau de motivação, o tipo de personalidade, etc., a adesão ao tratamento está ligada, fundamentalmente, à qualidade da relação que o doente consegue manter com o seu médico assistente.

Na nossa amostra encontramos valores bastante elevados (> 60 %), superiores aos encontrados por Mayou (1978), que referem uma complacência ou adesão ao tratamento inferior a 50 %.

As dificuldades experienciadas na profissão parecem depender de uma constelação de factores. Quando considerado isoladamente, o regresso ao trabalho constitui um índice pobre de adaptação e terá de ser integrado num constructo, porque poderá corresponder não a uma adaptação harmoniosa à situação de doença, mas sim ao agir de algumas características da personalidade.

Os indivíduos mais idosos, com um padrão de vida estabilizado, a nível laboral, têm uma maior capacidade de resposta adaptativa.

Na população estudada, 14 (61 %) mantiveram a profissão e 7 (30 %) passaram à situação de reforma o que está de acordo com os resultados obtidos por outros autores: Mayou (1978, 1979); Trelawny-Ross e Russel (1986); Machado Nunes (1988).

A incapacidade de competir pode transformar-se em convicção de doença com queixas sintomáticas que favorecem a fixação hipocondríaca.

Num número significativo de casos as capacidades subjectivas profissionais e físicas estão diminuídas. Este acontecimento poderá resultar em perda da auto-estima, em maior ou menor dificuldade em reaprender a viver com algumas limitações.

Num estudo que efectuou com 31 doentes, Russel em 1986 encontrou 26 % de pacientes deprimidos.

Na quantificação do estado afectivo-emocional, através da escala de Beck, na nossa amostra, só 6 doentes sofriam de depressão. A maioria dos indivíduos por nós avaliados (74 %) não estavam deprimidos, o que poderá estar relacionado com a qualidade das relações familiares e o suporte que os técnicos de saúde e a comunidade souberam proporcionar.

CONCLUSÕES

1. Podemos agrupar em três áreas os factores negativos na adaptação:

- ansiedade e depressão;
- personalidade prévia perturbada;
- existência de dificuldades relacionais.

2. A avaliação psicossocial revelou-se importante no *follow-up* clínico global destes doentes.

3. Parece-nos possível e relevante a colaboração interdisciplinar no tratamento da Doença Isquémica.

4. Verificou-se que alguns doentes apresentavam dificuldades na adaptação à sua nova condição, justificativas de eventual reavaliação e acompanhamento psicoterapêutico.

5. Pela análise dos itens considerados, concluímos que grande percentagem regressa ao trabalho, sente-se capaz profissionalmente, não está deprimida e tem uma boa adesão ao tratamento.

Em suma, podemos dizer que existe uma boa adaptação à situação de doença apesar da gravidade da situação médica subjacente.

BIBLIOGRAFIA

- ARLOW, J. (1943) — «Identification Mechanisms in Coronary Occlusions». *Psychosom. Med.*, 7: 195-209.
- BALINT, M. (1977) — *Le Défait Fondamental*. Payot, Paris.
- BYRNE, D. G. (1982) — «Psychological Responses to Illness and Outcome After Survived Myocardial Infarction: A Long Term Follow-up». *J. Psychosom. Res.*, 26: 105-112.
- CALDAS DE ALMEIDA, J. M. (1985) — *A Adaptação do Insuficiente Renal Crónico à Hemodiálise*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
- CAY, E. L. (1982) — «Psychological Problems After Myocardial Infarction». *Adv. Cardiol.*, 29: 108-112.

- CORTESÃO, E. L. (1980) — «A Componente Psíquica nas Afecções Cardiovasculares», *Medicina*, 1: 39-43.
- DEMBROSKY, T. M.; MACDOUGALL, J. M.; WILLIAMS R. B.; HANEY, T. L. e BLUMENTHAL, J. A. (1985) — «Components of type A, hostility and anger-in: relationship to angiographic findings». *Psychosom. Med.*, 47: 219-233.
- DUNBAR, H. F. (1943) — *Psychosomatic Diagnosis*. Paul Hoeber. Nova York.
- FERNANDES, E.; MOTA CARDOSO, R. e FREITAS, A. F. (1983) — «O Padrão Comportamental Tipo A como Factor de Risco Primordial nos Enfartes do Miocárdio Prematuros (idade < 50 anos)». *Rev. Port. Cardiol.*, 2: 641-645.
- KUTZ, I. e GARB R. (1988) — «Post-Traumatic disorders Following Myocardial Infarction». *General Hospital Psychiatry*, 10: 169-176.
- MACHADO NUNES, J. M. (1988) — *Factores Psicológicos e Sociais nas doenças Coronárias Isquémicas*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.
- MAGOTTEAU e RIMÉ (em publicação) — *Three Illness Behaviour Patterns Among coronary Care Patients: A Follow-Up Study*.
- MARTY P. (1976) — *Les Mouvements Individuels de Vie et de Mort*. Payot, Paris.
- MAYOU, R. (1978) — «Outcome Two Months After Myocardial Infarction». *Journal of Psychosomatic Research*, 22: 439-445.
- MAYOU, R.; FOSTER, A.; WILLIAMSON, B. (1978) — «Psychosocial Adjustment in Patients One Year After Myocardial Infarction». *J. Psychosom. Res.*, 22: 447-453.
- MAYOU, R. (1979) — «The Course and Determinants of Reaction to Myocardial Infarction». *Br. J. Psychiat.*, 134: 588-594.
- MAYOU, R. (1984) — «Prediction of Emotional and Social Outcome After a Heart Attack». *J. Psychosom. Res.*, 28: 17-25.
- MENNINGER K. A. e MENNINGER, W. C. (1936) — «Psychosomatic Observation in Cardial Disorders». *Am. Heart J.*, 11: 10-18.
- MEYER L. (1987) — *Família: Dinâmica e Terapia*. Ed. Salamandra.
- PHILIP, A. E. CAY, E. L. e STUCKEY, N. A. (1981) — «Multiple Predictors and Multiple Outcomes» *J. Psychosom. Res.*, 25: 137-141.
- ROSS C. T. e RUSSEL (1987) — «Social and Psychological Responses of Myocardial Infarction: Multiple Determinants of Outcome at Six Months». *J. Psychosom. Res.*, 31: 125-130.
- SMITH, G. R. e OROURKE, D. F. (1988) — «Return to Work After a First Myocardial Infarction». *JAMA*, 259: 1673-1677.
- THOMPSON, D. R.; WEBSTER, R. A.; CORDLE, C. J. e SUTTON, T. W. (1987) — «Specific Sources and Patterns of Anxiety in Male Patients with First Myocardial Infarction». *Brit. J. Med. Psychol.*, 60: 343-348.
- WENDLAND, V. L. e D. PH. (1981) — «The Psychodynamics of Coronary Heart Rehabilitation: Some Basic Understandings for Allied Health Professional». *Journal of Allied Health*, Fev., 41: 48.
- WINEFIELD H. R. e MARTIN, C. J. (1981) — «Measurement and Prediction of Recovery After Myocardial Infarction». *Int. J. Psychiat. Med.*, 11: 145-154.