

Enfarte de miocárdio precoce: estudo psicocardiológico de uma população com idade inferior a 40 anos

FILOMENA NABAIS * / LUÍS SARDINHA * / ARMANDO BORDALO E SÁ ** / JOSÉ MACHADO NUNES *** / CARLOS RIBEIRO ****

I. INTRODUÇÃO

Os doentes jovens com enfarte do miocárdio (EM) representam um grupo heterogéneo de doentes. Os aspectos morfológicos das coronariografias revelam 3 padrões possíveis (Roskamm, 1981): doentes com artérias coronárias normais em que se pensa que tenha havido a lise espontânea de um trombo e que o espasmo possa ter um papel no desencadeamento do fenómeno trombótico; doentes que apresentam doenças de 1 vaso, em que se admite também a trombose como mecanismo subjacente, e que do mesmo modo o espasmo desempenha um papel como factor desencadeante; doentes com doença multivascular, a situação comum aos pacientes com EM dos outros grupos etários. Nestes casos a aterosclerose coronária é o processo subjacente mais significativo. A trombose pode ter ou não um papel importante no desencadeamento do EM.

Se os achados coronariográficos são muito variáveis nos doentes jovens, isto pode significar que estejamos em presença de duas doenças diferentes: uma doença em que, predominantemente, haja aterosclerose coronária e uma doença, essencialmente trombótica sem afecção primária signifi-

cativa do vaso, e possivelmente desencadeada pelo espasmo. Estas doenças teriam etiologias e patogénese diferentes.

Estudos epidemiológicos em larga escala demonstraram que a doença das coronárias e as suas complicações estão associadas com uma multiplicidade de factores de risco. Os factores de risco coronários são situações em que se demonstrou, por processos estatísticos, aumentarem a susceptibilidade do indivíduo à morbidade e mortalidade pela aterosclerose das coronárias. Os principais factores de risco modificáveis para a doença das coronárias são a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial e o fumo do tabaco. Outros factores de risco também já bem estabelecidos são a diabetes mellitus e os valores baixos do colesterol das lipoproteínas de baixa densidade (HDL).

No entanto, como a aterosclerose das coronárias não explica a patogenia do EM na totalidade dos indivíduos jovens, resulta o interesse em procurar em doentes destes grupos etários, outros factores de risco que possam estar ligados à trombose e ao espasmo das coronárias.

O espasmo das artérias coronárias é causado primariamente por activação dos receptores simpáticos e vaso constritores, quer por acção das catecolaminas (Dermany e outros, 1968), quer indirectamente por estimulação prévia do sistema nervoso parassimpático (Yasue e outros, 1974). A agregação plaquetária no local da lesão vascular endotelial ou da placa aterosclerótica pode potenciar o vasospasmo das coronárias. Pensa-se que esta acção

* Internos de Psiquiatria, Dep. da Ajuda do HMB.

** Cardiologista, UTIC, HSM.

*** Prof. Auxiliar de Psiquiatria, F.C.M, U.N.L.

**** Prof. Catedrático Medicina, F.M. Lisboa

seja mediada pelo tromboxano A2 libertado pelas plaquetas (Maseri e outros, 1978).

Vários autores encontraram nos doentes jovens com EM aumento de agregados plaquetários em circulação (Delal e outros, 1982; Wu e Hoak, 1974). Como patogénese dos níveis aumentados de agregados plaquetários circulantes, Colman (1982) sugeriu que a fosfatase de adenosina (ADP) libertada pelos eritrocitos, pelas células endoteliais lesadas ou pelas plaquetas, possa provocar a agregação das plaquetas na doença isquémica.

Dos factores de risco referidos, relacionados com o desenvolvimento da aterosclerose das coronárias, o fumo do tabaco também influencia os dois mecanismos patogénicos que acabam de ser referidos. A nicotina estimula o sistema nervoso simpático e aumenta a adesividade plaquetária (Levine, 1973).

Tem sido muito estudado o papel do esforço físico no desencadeamento do EM nos jovens por mecanismo do espasmo coronário (Gohlke e outros, 1980). No entanto, numa população eminentemente sedentária como a portuguesa, estudos anteriores têm mostrado que o esforço físico não é um factor importante no nosso meio (Bordalo e Sá e outros, 1983).

Mais recentemente uma crescente atenção tem sido dada ao papel que as situações conflituais (stress) e o comportamento do tipo A desempenham na incidência da doença coronária. Embora o mecanismo patogénico da doença coronária não esteja perfeitamente definido pensa-se que os conflitos ocorrendo nas matrizes profissionais e sócio-familiares possam induzir a agregação plaquetária no coração (Haft e Fam, 1973). O comportamento tipo A correlaciona-se com um balanço α -adrenérgico periférico aumentado, com intensificação da estimulação α_2 periférica, diminuição da estimulação β_2 e aumento da relação entre a estimulação α_2 e β_2 , consistente com vasoconstricção arterial conduzindo a doença das coronárias (Kahn e outros, 1987).

O comportamento tipo A caracterizado por dois cardiologistas, Rosenman e Friedman (1959) por impaciência e pressa constantes, grande ambição e competitividade, um desejo de realizar muitas coisas em pouco tempo, grande investimento, baixa tolerância à frustração e hostilidade flutuante.

A correlação entre comportamento tipo A e a ocorrência de cardiopatia isquémica foi confirmada

por vários estudos retrospectivos (Jenkins e outros, 1971; Shekelle et al., 1976; Keegan e outros, 1979) e prospectivos (Western Collaborative Group Study e o Framingham Study of Coronary Risk).

Blumenthal (1978) e Williams (1980) encontraram uma correlação entre o comportamento tipo A e a aterosclerose das coronárias, detectada por angiografia, não tendo Dimsdale (1979), Krantz (1981) e Scherwitz (1983) confirmado este resultado.

Um entendimento de quais os factores responsáveis por esta discordância permitiria uma clarificação acerca das dimensões patogénicas do comportamento tipo A, neste contexto.

Williams (1980), Barefoot (1982) e Shekelle (1983) concluíram que uma alta cotação na escala de hostilidade do M.M.P.I. constituiria o melhor predictor psico-social da incidência de coronariopatia.

A hostilidade é uma predisposição estável para experimentar, em diversas circunstâncias, zanga, irritação, aborrecimento, desprezo ou ressentimento, que poderá ou não, ser associada a um comportamento dirigido contra o objecto frustrante.

Drembosky e outros (1985) afirmaram que, dos vários atributos do comportamento tipo A, só o potencial de hostilidade e o «anger-in» possuem relação com a gravidade da doença e que a hostilidade apenas estaria associada a coronariopatia em pacientes com níveis elevados de «anger-in».

A hostilidade conjugada com o «anger-in» seriam os alicerces do «coronary-prone behaviour» (Rosenman e Friedman), sendo os outros itens do comportamento tipo A relativamente benignos. Dimsdale (1988) encontrou também uma correlação positiva entre a hostilidade, o «anger-in» e a doença das coronárias.

O «anger-in» é a incapacidade de expressar abertamente a hostilidade ou a zanga induzidas pela frustração, especialmente se implica conflitos interpessoais.

Aproximamo-nos assim da personalidade psicossomática de Marty (1963). Foi descrita como um tipo de funcionamento mental muito ligado ao concreto e ao factual (pensamento operatório), com corte com o inconsciente, ausência de liberdade fantasmática e grande dificuldade em expressar, verbalmente, as emoções. Estas pessoas aparentam uma hipernormalidade, estando bem adaptadas social e profissionalmente. São indivíduos de narcisismo

frágil, muito dependentes dos objectos exteriores, que vivem os choques desorganizando-se e descompensando no plano somático, por incapacidade de elaborar mentalmente os conflitos.

A importância dos «life events» (Holms e Rahe, 1976) como factores que podem conduzir à doença das coronárias, torna-se assim compreensível. Para Haynes (1978) o comportamento tipo A era um comportamento apressado, que induziria um estado de limiar autonómico aumentado (Myrtek, 1984), em que a experiência subjectiva deste fenómeno vegetativo seria sentida como emocionalmente desconfortante (Byrne e Rosenman, 1986).

Byrne e White (1980) sublinharam que os «life events» só eram ameaçadores quando considerados pelo próprio como tal. Para Byrne (1981) o comportamento tipo A favorecia a ocorrência de «life events» significativos. Estas pessoas agem de forma, ainda que involuntária, a colocarem-se em circunstâncias pessoais, profissionais ou sociais que facilitam o seu eclodir e tendem a interpretar as circunstâncias da vida com grande impacto emocional.

Tennant e outros (1987) afirmaram que a vivência de uma situação conflitual aguda ou crónica não tinha correspondência com a aterogénese. Para estes autores o mecanismo possível de relação entre a vivência de uma situação conflitual e a ocorrência de enfarte do miocárdio não seria através da aterogénese, mas sim de algo mais imediato como uma alteração da coagulação, arritmia ou espasmo coronário, donde se pode induzir a sua importância no acidente agudo (trombótico ou espástico) e no acidente agudo e a sua presumível menor interferência na aterosclerose, lesão crónica de desenrolamento, habitualmente paulativa.

Estudos específicos sobre a etiopatogenia do EM em doentes jovens são muito escassos. Cleveland (1962) chamou a atenção para o facto destes doentes apresentarem uma incapacidade de se relaxarem, uma passividade latente e uma hostilidade reprimida. Karstens e outros (1970) verificaram que os pacientes jovens com EM têm personalidades com um sistema defensivo muito rígido, forte oralidade passiva reprimida, fixação anal acentuada, superego muito severo e dificuldade em manifestar a agressividade em situações de competição e frustração. Bloch et al. (1979) sustentaram que os factores clássicos de risco de doença das coronárias, raramente estavam presentes (excepto o tabagismo), sendo os factores psico-sociais importantes. Estes

doentes investiam, maciçamente, a sua profissão, sofrendo fortes tensões nas matrizes familiares e laborais.

O peso das experiências conflituais ocorrendo nas situações profissionais e sócio-familiares e da personalidade (comportamento tipo A) será de ponderar em algumas situações de trombose e de espasmo coronário, que como vimos, inicialmente, estão na génese de um número significativo de casos de EM em indivíduos jovens. Constituem dois factores de risco que devem ser, sistematicamente, investigados no estudo dos doentes com enfarte do miocárdio nas terceira e quarta décadas de vida.

Parece-nos mais rendível o objectivo de avaliar o grau de interferência do «stress» e das alterações comportamentais próprias do chamado tipo A de Rosenman e Friedman do que o seu eventual papel no desenvolvimento do ateroma que como é sabido se realiza ao longo de décadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudámos, prospectivamente, entre Junho de 1983 e Julho de 1986, 54 doentes com idade inferior a 41 anos, com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio, internados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UTIC — Arsénio Cordeiro, Hospital de Santa Maria, Lisboa). O diagnóstico foi estabelecido de acordo com os critérios da OMS (1976).

Foram analisados, de forma pluridisciplinar, itens de natureza psico-social e cardiológica no sentido de caracterizar, clinicamente, a população nas vertentes cardiológica e psicológica e ainda encontrar eventuais correlações entre personalidade, circunstâncias do adoecer e adaptação à doença.

Durante o tratamento hospitalar, os doentes foram especificamente interrogados sobre a existência dos seguintes factores de risco de aterosclerose coronária:

Tabagismo

Foi considerada existente nos doentes que fumavam pelo menos um cigarro por dia. Os indivíduos que nunca fumaram ou que tinham deixado este hábito há mais de um ano foram considerados como não fumadores.

Dislipidemia

Como a grande maioria dos doentes desconhecia o seu perfil lipídico antes do acidente agudo e uma vez que as alterações dos níveis dos lípidos durante a fase aguda do enfarte não permitem conclusões seguras sobre a existência prévia de dislipidemia, optou-se por efectuar este estudo depois do início da doença, seguindo desta forma a metodologia da maioria dos autores.

O sangue foi colhido após um jejum de 14 horas, considerando-se existir dislipidemia para valores de colesterol total maiores que 270 mg/100 ml ou de colesterol-HDL (ligado a lipoproteínas de alta densidade) inferiores a 35 mg/100 ml.

Não se obtiveram esses resultados em 6 doentes.

Hipertensão arterial

Considerou-se presente sempre que o doente referisse em medições anteriores valores superiores a 160 mm Hg de pressão arterial sistólica e/ou 95 mm Hg de pressão arterial diastólica, ou se já tivesse estado submetido a terapia anti-hipertensiva.

Diabetes

A presença de diabetes foi aceite desde que os doentes referissem história afirmativa, confirmada após o internamento por determinações da glicemia em jejum de valor superior a 120 mg/100 ml.

Obesidade

Foi analisada de acordo com a tabela de pesos e alturas.

História familiar de doença coronária

Como antecedentes familiares de doença cardiovascular precoce considerou-se a ocorrência de enfarte agudo do miocárdio ou de acidente vascular cerebral em ascendentes directos ou colaterais de 1.º grau, com idades inferiores a 60 anos.

Características do enfarte agudo do miocárdio

A topografia do EAM foi estabelecida de acordo com a localização das alterações das ondas Q do electrocardiograma. Desta forma, consideraram-se cinco localizações possíveis: anterior, inferior, combinado (anterior e inferior), sem ondas Q e indeterminado.

Os enfartes laterais foram englobados nos anteriores e os dorsais nos inferiores.

Os doentes foram distribuídos pelas classes de Killip (Killip e outros, 1967), segundo o grau de falência mecânica ventricular esquerda na fase aguda do EM (primeiras 48 horas). Na Classe I foram englobados os doentes que não apresentavam falência ventricular, na Classe II foram incluídos os doentes que tiveram ferveres de estase na auscultação das bases dos campos pulmonares e/ou um 3.º ruído na auscultação cardíaca, na Classe III foram classificados os doentes com ferveres de estase acima dos 2/3 dos campos pulmonares e, finalmente, na Classe IV os doentes que tinham estado em choque, definido por uma pressão arterial sistólica inferior a 90 mm Hg (ou inferior em 60 mm Hg à pressão arterial prévia), simultaneamente com sinais de hipoperfusão periférica, que incluíam um débito urinário inferior a 20 ml/hora, sinais de obnubilação mental e vasoconstrição cutânea, com pele fria e viscosa.

Tomou-se como indicador do tamanho do enfarte o valor máximo da creatino-quinase (CK).

Na UTIC, a colheita de sangue para a determinação dos enzimas séricos durante a fase aguda do enfarte faz-se de 12 em 12 horas, durante os 3 primeiros dias de internamento. Isto permite que o valor mais elevado de CK registado corresponda, pelo menos, a 90 % do valor máximo real de CK e que, portanto, se possa utilizar este índice como um parâmetro sensível, fácil e acessível do tamanho da área necrosada (Ryan e outros, 1981).

Após a alta hospitalar, os doentes foram incluídos numa consulta de seguimento pluridisciplinar, que constava de uma observação aos 3 e 12 meses após o EAM, com realização de electrocardiograma, ecocardiograma bidimensional e prova de esforço máximo efectuada segundo o protocolo de Bince.

Os doentes foram especificamente analisados no que diz respeito à existência de angina de peito residual e de insuficiência cardíaca.

A avaliação da personalidade, das circunstâncias do adoecer e da adaptação à doença foi feita dia-cronicamente, através de entrevistas integradas num exame clínico conjunto realizado por psiquiatras e cardiologistas, 3 e 12 meses após o EAM.

A avaliação clínica feita através das entrevistas, permitiu caracterizar o comportamento manifesto (tipo A ou tipo B) de Rosenman e Friedman* e a existência ou não de um perfil psicossomático da personalidade (Marty).

A hostilidade é caracterizada através da aplicação da escala Ho do MMPI, sendo significativos os valores iguais ou superiores a 20.

O «anger-in» é caracterizado através de um questionário em que se confronta o indivíduo com uma série de circunstâncias da vida diária potencialmente frustrantes, no sentido de explicitar o enclausuramento das emoções e dos afectos.

O estado afectivo-emocional (depressão) é quantificado pela aplicação da escala de Beck, sendo considerados deprimidos os indivíduos com valores iguais ou superiores a 14.

Numa perspectiva de compreensão situacional, estudamos as circunstâncias que rodearam o adoecer, em particular a vivência de situações conflituais a nível das matrizes profissional e/ou familiar no período que antecedeu o EAM.

As situações de conflito profissional valorizadas foram o excesso ou sobrecarga de trabalho ou outras situações experienciadas significativamente pelo paciente como, não promoção, falta de apreço ou desvalorização por superiores ou colegas, despedimento ou confrontos interpessoais.

A caracterização da situação profissional e do estado afectivo-emocional ao fim de um ano, foi realizada no sentido de estes parâmetros servirem como índices aproximativos da adaptação à doença.

RESULTADOS

Quadro 1
População

Caracterização sócio-demográfica		
Sexo		Idade
Homens	Mulheres	21 — 40
52	2	$\bar{X} = 36,2$

Há um grande predomínio de indivíduos do sexo masculino. A idade média dos doentes da amostra é de 36,2 anos.

Quadro 2
Caracterização dos factores de risco

Factores de risco						
	Tabagismo	Dislipidémia*	Hipertensão Arterial	Diabetes	Obesidade	Hist. Fam. D. C.
N.º de doentes	42	19	10	4	10	12
%	78 %	41 %	19 %	7 %	19 %	22 %

* Não investigado em 8 doentes.

Particularmente relevante a importância do factor de risco tabagismo, presente em 78 % dos doentes. A dislipidémia não atinge os 50 % da população e a expressão de todos os outros factores de risco considerados foi diminuta.

Quadro 3
Caracterização da personalidade

Comportamento manifesto (Rosenman e Friedman)		
	Tipo A	Tipo B
N.º de doentes	44	10
%	81 %	19 %

A maioria dos doentes (81 %) apresenta um comportamento manifesto de tipo A.

Quadro 4

Hostilidade (Escala de Ho MMPI)		
	< 20	≥ 20
N.º de doentes	4	50
%	8 %	92 %

* Verificou-se uma concordância superior a 90 % entre a avaliação clínica de pertença ao tipo A ou B de Rosenman e Friedman, comparado com os resultados definidos pela aplicação da escala de Bortner (Machado Nunes e outros, 1986).

92 % dos doentes apresentam valores de hostilidade significativos.

Quadro 5

<i>Anger-in</i>		
	Significativo	Não significativo
N.º de doentes	27	27
%	50 %	50 %

É idêntico o número de doentes que apresenta um valor de «anger-in» significativo e não significativo.

Quadro 6

<i>Personalidade psicossomática (Marty)</i>		
	Sim	Não
N.º de doentes	38	16
%	70 %	30 %

70 % dos doentes apresentam um papel psicossomático de personalidade (Marty).

Quadro 7

Caracterização das circunstâncias do adoecer

<i>Conflitos nas matrizes</i>				
	Profissional	Familiar	Prof. e Familiar	Ausente
N.º de doentes	43	28	21	4
%	80 %	52 %	39 %	7 %

De realçar que em apenas 7 % dos doentes há ausência de situações conflituais nas matrizes profissional e/ou familiar no período que antecede o EAM. Houve um predomínio de conflitos profissionais (80 %).

Quadro 8
Caracterização clínica do enfarte agudo do miocárdio

<i>Localização do EAM</i>				
	Anterior	Inferior	Combinado	Sem Onda Q
N.º de doentes	25	23	2	4
%	46 %	43 %	4 %	7 %

Nesta série o número de EM da parede anterior foi ligeiramente superior ao número de EM da parede inferior. Apenas 7 % dos doentes tiveram EM transmorais (sem onda Q).

Quadro 9

<i>Classe de Killip</i>				
	I	II	III	IV
N.º de doentes	46	4	1	3
%	85 %	7 %	2 %	6 %

85 % dos doentes não apresentam insuficiência cardíaca na fase aguda do EM.

Quadro 10

<i>CK máximo</i>		
	< 800	≥ 800
N.º de doentes	19	85
%	35 %	65 %

65 % dos doentes apresentaram EAM de grande tamanho em valores CK máximo superior a 800.

Quadro 11

Avaliação clínica ao fim de 1 ano

<i>Insuficiência cardíaca</i>		
	Sim	Não
N.º de doentes	1	53
%	2 %	98 %

Na avaliação clínica efectuada ao fim de um ano, apenas um doente se encontra em insuficiência cardíaca, controlada com terapêutica digitalica e diurética.

Quadro 12

<i>ANGOR</i>		
	Sim	Não
N.º de doentes	15	39
%	28 %	72 %

72 % dos doentes não referiam queixas de angina de peito.

Quadro 13

Caracterização da situação profissional ao fim de 1 ano

<i>Situação profissional</i>					
	Tempo completo	Mudança de trabalho	Desempregado	Baixa	Não determ.
N.º de doentes	43	2	2	4	3
%	80 %	4 %	4 %	7 %	6 %

Grande parte dos doentes (80 %) tinha retomado, ao fim de 1 ano, o trabalho anterior. Só 7 % permaneciam de baixa.

Quadro 14

Caracterização do estado afectivo-emocional ao fim de 1 ano

<i>Estado afectivo-emocional</i>			
	Não deprimidos (Beck < 14)	Deprimidos (Beck ≥ 14)	Não determinados
N.º de doentes	35	5	14
%	88 %	12 %	26 %

Só 12 % dos doentes estavam deprimidos um ano após o EAM.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi-se tentar aferir a eventual influência de 3 variáveis entre si (comportamento, CK máximo e depressão), mais especificamente no que concerne à existência, ou não, de independência paramétrica.

Optou-se por uma análise de independência com X^2 (cross-square test), com elaboração de tabelas de classificação criterial de tipo «h/k».

A metodologia usada foi a seguinte:

1.º - Formulação da hipótese nula (H_0) — «há independência entre as amostras».

2.º - Grau de confiança — 0.95.

Nível de significância — 0.05.

3.º - Definição dos graus de liberdade através da expressão $V = (k - 1) (L - 1)$.

Na primeira situação foram cruzadas as variáveis Tipo de comportamento e valor de CPK para $n = 46$, com obtenção de $X^2 = 4,367$.

Dado que o valor tabelado para 3 graus de liberdade é de 7,81, não se pode rejeitar H_0 , pelo que não se verifica a existência de dependência entre o comportamento e a taxa enzimática.

Seguiu-se o mesmo método para as variáveis correspondentes à Escala de Depressão (Beck) e de novo ao CPK.

Para $n = 38$, obteve-se um X^2 de 1,631, que é igualmente inferior ao valor tabelado para $v = 6$ (12,6), pelo que também não se rejeita H_0 .

Finalmente cruzou-se o comportamento com o Beck, chegando a um X^2 de 2,941, para um valor tabelado de 7,81 ($v = 3$); mais uma vez se não pode rejeitar H_0 , à semelhança dos casos anteriores.

Com base nestes dados, verifica-se que não existe relação de dependência entre as variáveis.

DISCUSSÃO

Diversos estudos têm associado determinadas características da personalidade, particularmente o comportamento de tipo A, ao risco de contrair doenças das coronárias.

Apenas alguns estudos retrospectivos se debruçam sobre a relevância dos factores psicogénicos na etiopatogenia do EM, em indivíduos jovens.

Embora não tivéssemos encontrado um perfil caracteriológico especial dos doentes jovens com EM verificamos que 8 apresentam um comportamento do tipo A. Este comportamento representa uma maneira de estar na vida que não é necessariamente patogénica.

Alguns trabalhos mais recentes têm procurado esclarecer quais as dimensões psicológicas responsáveis pela sua patogenia. Neste sentido verificam que 91 % dos doentes apresentam alta hostilidade e 50 % têm valores significativos de «anger in».

A personalidade «coronária» vulnerabilizaria a pessoa aos acontecimentos significativos da vida que ocorram nas matrizes profissional e sócio-familiar.

Encontrámos também, em 70 % dos doentes, características da personalidade que se podem inserir no conceito de neurose do comportamento, descrito por Marty.

Neste tipo de personalidade, que se encontra em muitos doentes ditos psicossomáticos, há uma incapacidade de elaborar os conflitos por vias económicas, transmitindo-se as tensões através do corpo. A vivência de situações conflituais antecedendo a crise aguda, assume particular importância nestes pacientes.

Os conflitos ocorrem especialmente na área profissional (80 %), embora metade da população refira tensões significativas a nível sócio-familiar. Esta zona conflitual profissional, reflecte a dinâmica das vicissitudes dos investimentos e contra-investimentos de agressividade compatibilizada e socializada.

Na compreensão dinâmica da personalidade destes doentes, sentimos que o trabalho é o espaço privilegiado das catexias tendo o desempenho profissional um significado simbólico de capacidade física. Este expressa-se também pelo comportamento de tipo A, que encontramos em 44 doentes (81 %).

A quase permanente passagem ao acto pelo trabalho, determinada pela maneira de ser e de estar, prolonga-se durante a doença por uma necessidade quase vital de actividade e de regressar ao trabalho (observada mesmo na UTIC) e exprime-se no retomar da actividade profissional que, ao fim de um ano, ocorre em 80 % dos doentes (apenas 7 % estavam com baixa na mesma altura).

O regresso ao trabalho e o estado afectivo-emocional são habitualmente considerados indicadores da adaptação à doença. Contudo, o regresso ao trabalho não pode ser perspectivado como um mero sinal adaptativo. Deve ser entendido como a satisfação de uma necessidade básica vital para a economia interna da personalidade de muitos destes doentes. Estes têm que ser ligados pelo médico à complexidade do estado psíquico e cardiológico de cada paciente, devendo ser determinado, não pelo seu empirismo aleatório projectivo, mas pelas necessidades e possibilidades da pessoa doente.

O retomar da actividade profissional, acto socialmente valorizado e bem aceite, é também um «by-pass» à armadura caracterial expressa pelo «anger-in» que compromete a livre expressão das emoções e dos afectos.

A pobreza dos factores clássicos de risco coronário com significado heredo-familiar (dislipidémias, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, história familiar de DC) contrasta com a importância do factor de risco tabagismo (presente em 78 % dos doentes) que é um comportamento adquirido. Chama-se a atenção para a importância da análise independente dos factores de génese da aterosclerose com os factores de risco do acidente arterial agudo. Caberá nos primeiros provavelmente com maior peso a dislipidémia, a hipertensão arterial e diabetes, enquanto que nos segundos serão protagonis-

tas os factores psicológicos eventualmente o tabagismo.

Tais achados testam de acordo com verificações cardiológicas em relação às diferenças da fisiopatologia do EM no jovem e nos outros grupos etários.

Sob o ponto de vista cardiológico é de referir a benignidade de que se revestiu o EM neste grupo de doentes, tanto na fase aguda, com baixa ocorrência de insuficiência cardíaca (85 % dos doentes pertenciam à Classe I de Killip), como na convalescença em que apenas um caso apresentou insuficiência cardíaca controlada facilmente.

Não há relação entre tipo de comportamento A ou B, tamanhos do enfarte medido pelo CK máximo (menor que 800 ou maior ou igual a 800), e estado afectivo-emocional (depressão) avaliado pela escala de Beck. Esta ausência de correlação poderá querer dizer que o tipo de comportamento não é determinado nem da gravidade da doença nem da adaptação à doença avaliada pela depressão, não se encontrando relação entre gravidade da doença (medida pelo tamanho do enfarte avaliado pelo CK máximo) e depressão após um ano, entende-se que um paciente com enfarte extenso poderá estar bem adaptado à doença.

Considerando como critérios de adaptação à doença a depressão e o regressar ao trabalho, ao fim de um ano, verificamos que apenas 4 doentes (7 %) estavam em situação de baixa e que só 5 doentes (12 %) estavam deprimidos.

O comportamento não é um indicador seguro para avaliar a adaptação à doença. Mais que o comportamento tipo A ou B, serão talvez certas características mais específicas da personalidade que terão de ser melhor estudadas e interrelacionadas, quer entre si, quer com outros parâmetros nomeadamente biológicos. Assim, o estudo da hostilidade e em particular do «anger-in» e da sua variação ao longo do processo da convalescença, bem como a caracterização dos traços da personalidade e das defesas caracteriais, poderão vir a constituir melhores indicadores para a compreensão da doença.

Paralelamente, deverá procurar-se um grande rigor metodológico no estudo das populações com doença das coronárias para verificar se haverá distinção entre personalidades ditas «coronárias» que adoecem com angina de peito crónica e personalidades ditas «coronárias» com quadros clínicos que cursam sujeitas a acidentes agudos (enfarte do

miocárdio e/ou angina instável). Tal distinção pode ser particularmente importante nos jovens sujeitos ao seu primeiro acidente agudo das coronárias.

BIBLIOGRAFIA

- BAREFOOT, J. C.; DAHLSTROM, W. G. e WILLIAMS, R. B. (1983) — «Hostility, CHD incidence and total mortality: a 25 year follow-up of 255 physicians». *Psychosom Med.*, 45: 59-63.
- BLOCH, A.; GIRORD, M.; BERSIER, A. L.; BEUREET, L.; MARC, F.; MAEDER, J. P.; COULET, B. e ECKLIN G. (1979) — «Facteurs de risque classiques et les facteurs psycho-sociaux dans l'infarctus myocardique de l'homme jeune». *Schweiz med. wst.*, 109: 46-49.
- BLUMENTHAL, J. A.; WILLIAMS, R. B.; KANG, Y.; SCHAMBEG, S. M. e THONSOM, L. N. (1978) — «Type A behaviour pattern and coronary atherosclerosis». *Circulation*, 58: 634-639.
- BORDALO E SÁ, A. L.; LONGO, A. e MARCELINO, L. et al. (1983) — «Perfil clínico do enfarte do miocárdio no jovem». *O Médico*, 106: 138-149.
- BYRNE, D. G. (1981) — «Type A behaviour life events and myocardial infarction: independent or related risk factors». *Bri. J. Med. Psychol.*, 54: 371-377.
- 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.
- BYRNE, D. G. e ROSENMAN R. H. (1986) — «Type A behaviour and the experience of affective discomfort». *J. Psychosom. Res.*, 30: 663-672.
- BYRNE, D. G. e WHYTE, H. M. (1980) — «Life events and myocardial infarction revisited: the role of measures of individual impact». *Psychosom. Med.*, 42: 01-10.
- CAY, E. L. (1982) — «Psychological problems after myocardial infarction». *Adv. Cardiol.*, 29: 108-112.
- CLEVELAND, S. E. e JOHNSON, D. L. (1962) — «Personality patterns in young males with coronary disease». *Psychosom. Med.*, 26: 600-610.
- COLMAN, R. W. (1982) — «The role of platelets in the genesis of ischemia». *Am. N. Y. Acad. Sc.*, 381: 190-197.
- DELAL, J. J.; PERMY, W. J.; SAUNDERS, K. C.; SHERIDAN, D. J.; BLOOM, A. L. e HENDERSON,

- A. H. (1982) — «Platelet count and aggregates in coronary artery disease». *Euro. Heart J.*, 3: 107.
- DEMANY, M. A.; TAMBE, A. e ZIMMERMAN, H. A. (1968) — «Coronary arterial spasm». *Dis. Chst.*, 53: 714.
- 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.
- DIMSDALE, J. E. (1988) — «Research links between psychiatry and cardiology: hypertension, type A behaviour, sudden death and the physiology of emotional arousal». *Gen. Hosp. Psychiatry*, 10: 328-338.
- DIMSDALE, J. E.; HACKETT, T. P.; HUTTER, A. M.; BLOCK, P. C. e CATANZO, D. M. (1979) — «Type A behavior and angiographic findings». *J. Psychosom. Res.*, 23: 273-276.
- FRIEDMAN, M. (1978) — «Modifying type a behavior in heart attack patients». *Primary Cardiol.*, 9-13.
- FRIEDMAN, M. e ROSENMAN, R. H. (1959) — «Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings». *J. Am. Med. Ass.*, 169: 1286-1296.
- GOHLKE, H.; GOHLKE-BÄRWOLF, C. e STUERZENHOFECKER, P. et al. (1980) «Myocardial infarction at young age: Correlation of angiographic finding with risk factors and history in 619 patients». *Circulation*, 62 (III): 39.
- HAFT, J. I. e PANEL, K. (1973) — «Intravascular platelet aggregation in the heart induced by stress». *Circulation*, 47: 353-359.
- HAYNES, S. G.; FEINLEIB, M. e KANNEL, W. B. (1980) — «The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study III. 8 — year incidence of CHD». *Am. J. Epidemiol.*, 111: 37-46.
- HAYNES, S. G.; FEINLEIB, M.; LEVINE, S.; SCOTH, N. e KANNEL, W. D. (1978) — «The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study II. Prevalence of coronary heart disease». *Am. J. Epidemiol.*, 107: 384-391.
- HOLMES, R. e RAHE, R. (1967) — «The social readjustment rating scale». *J. Psychosom. Res.*, II, 213-218.
- JENKINS C. D.; ZYZANSKY, S. J. e ROSENMAN, R. H. (1971) — «Progress toward validation of a computer-scored test for the type A coronary-prone behavior pattern». *Psychosom. Med.*, 33: 193-201.
- KAHN, J. P.; PERUMAL, A. S.; GULLY, R. S.; COOPER, T. P. e KLEIN, D. F. (1987). — «Correlation of type A behavior with adrenergic receptor density: implication for coronary artery disease pathogenesis». *Lancet*, 5: 973-979.
- WEIDLICH, S. (1979) — «A multidisciplinary approach for the assessment of psychodynamic factors in young adults with acute myocardial infarction». *Psychoter. Psychosom.*, 18: 281-285.
- KEEGNA, D. L.; SINHO, B. N.; MERRIMAN, J. E. e SHIPLEY, C. (1979) — «Type A behavior pattern: relationship to coronary heart disease, personality and life adjustment». *Can. J. Psychiat.*, 24: 724-730.
- KRANTZ, D. S.; SCHAEFFER, M. A.; DAVIG, J. E.; DEMBROSKI, T. M.; MACDOUGALL, J. M. e SHAFFER, R. T. (1981) — «Extent of coronary atherosclerosis, type A behavior and cardiovascular response to social interaction». *Psychophysiology*, 18: 654-664.
- KILLIP, T.; KIMBALL, S. T. e GRAY, B. B. (1967) — «Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: a two years experience with 250 patients». *A. J. Cardiol.*, 20: 457-468.
- LEVINE, P. H. (1973) — «An acute effect of cigarette smoking on platelet function. A possible link between smoking and arterial thrombosis». *Circulation*, 48: 619-624.
- MACHADO NUNES, J. M. e BAPTISTA, A. (1986) — «Metodologia de avaliação de factores de risco psicológico em estudo prospectivo multifactorial da doença vascular». *Rev. Port. Card.*, 5: 511-514.
- MARTY, P. (1976) — «Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychomatique». Paris, Payot.
- MASERI, A.; L'ABBATTE, A.; BASORDI, G.; CHIERCHIA, S.; MARZILLI, M.; BALLESTRO, A. M.; SEVERI, S.; PASODI, O.; BIAGINI, A.; DISTANTE, A. e PESOLA, N. (1978) — «Coronary vasospasm as a possible cause of myocardial infarction. A conclusion derived from the study of pre-infarction angina». *N. Eng. J. Med.*, 299: 1271-9.
- MYRTEK, M. e GREENLEE, M. W. (1984) — «Psychophysiology of type A behavior pattern: a critical analysis». *J. Psychosom. Res.*, 28: 455-466.
- O. M. S. (1976) — «Nomenclature and criteria for diagnosis of ischaemia heart disease. Report of the joint International society and Federation of Cardiology/World Health Organization Task Force on standardization of Clinica Nomenclatura». *Circulation*, 59: 607.
- ROSENMAN, R. H.; BRAND, R. J.; JENKINS, C. D.; FRIEDMAN, M.; STRAUSS, R. e WURM, M. (1975) — «Coronary heart disease in the western collaborative group study: final follow-up experience of 8 1/2 years». *J. Am. Med. Ass.*, 233: 872-877.
- ROSENMAN, R. H.; FRIEDMAN, M. e WURM, M. (1970) — «Coronary heart disease in the western collaborative group study: a follow-up experience of 4 1/2 years». *J. Chronic Dis.*, 23: 173-190.

- ROSENMAN, R. H.; FRIEDMAN, M.; STRAUSS, R.; WURM, M.; ROSITCHEK, R. e HAHN, W., WERTHESEN, N. T. (1964) — «A predictive study of coronary heart disease: the western collaborative group study». *J. Am. Med. Assoc.*, 189: 15-22.
- ROSKAMN, H. (1982) — «Myocardial infarction at young age». New York: Spring/Verlag.
- SCHERWITZ, L.; MAKELVAIN, R.; LAMAN, C.; PATHERSON, J. e DUTTAN, L. et al. (1983) — «Type A behavior, self-involvement and coronary atherosclerosis». *Psychosom. Med.*, 45: 47-57.
- YASSE, H.; TOUYAMA, M.; SHIMAMOTO, M.; KATO, H.; TANAKA, S. e KIYAMA, F. (1974) — «Role of automatic nervous system in the pathogenesis of Prinzmetal's variant form of angina». *Circulation*, 50: 534.
- RYAN, W.; KARLINES, J. S.; GILPIN, E. A.; COVELL, J. W.; DE LUCAS, M. e ROSS, J. (1981) — «The creatinine kinase area and peak creatinine kinase after acute myocardial infarction». *Am. Heart J.*, 101: 162-171.
- SHEKELLE, R. B.; GALE, M.; OSTEFELD, A. M. e PAUL, O. (1983) — «Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality». *Psychosom. Med.*, 45: 109-114.
- SHEKELLE, R. B.; SCHOEMBERGER, J. A. e STAWLER, J. A. (1976) — «Correlates of the J. A. S. type A behavior pattern score». *J. Chronic Dis.*, 29: 6, 381-394.
- TENNANT, C. C.; LANGELUDDECKE, P. M.; FULLCHER, G. e WILBY, J. (1988) — «Acute and chronic life event stress in coronary atherosclerosis». *J. Psychosom. Res.*, 32: 13-20.
- WU, K. K.; HOAK, J. C. (1974) — «A new method for the quantitative detection of platelet aggregation in patients with arterial insufficiency». *Lancet*, 2: 924-928.

Foram trocados, pluridisciplinarmente, sob ponto de vista psicocardiológico, 54 doentes (D) com idade inferior a 41 (X = 36,2 anos), internados numa Unidade de Cuidados Intensivos com o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio (EM).

Verificámos ser diminuta a expressão dos chamados factores de risco clássicos para a aterosclerose, salvo o tabagismo (78 %), em contraste com a frequência de situações conflituais experienciadas pelos D, no período que antecedeu o EM, a nível profissional (80 %) e sócio-familiar (52 %).

Na fase aguda da doença, 85 % dos D não apresentaram insuficiência cardíaca congestiva e 65 % fizeram EM de grande tamanho com valores de CK máximo, superiores a 800.

70 % dos D tinham uma organização psicossomática da personalidade neurose de comportamento de Martyr, com hostilidade alta em 92 % dos D (≥ 20 na escala Ho do MMPI) — 44 D (81 %) tinham, manifestamente, comportamento tipo A (Rosenmann e Friedman).

Ao fim de 1 ano 80 % dos D tinham retomado a tempo completo o seu trabalho e 88 % não estavam deprimidos, não se verificando correlação, estatisticamente significativa entre intenção do EM, depressão e tipo de comportamento. É de realçar a benignidade do EM, neste grupo de D, quer na fase aguda, quer na fase de convalescença.

A relevância dos factores psicogêneos na etiopatogenia do EM são concordantes com a verificação psicocardiológica em relação às diferenças fisiopatológicas do EM, nos jovens e nos outros grupos etários.