

A INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO A PACIENTES CARDIOPATAS

CYNTHIA EBAID, MÔNICA ANDREIS
São Paulo, SP

Tendo em vista a importância atual da realização de estudos na área de Psicologia Hospitalar e, principalmente dentro da Cardiologia, especialidade médica em pleno e expressivo desenvolvimento, tentamos elaborar um trabalho que expusesse as alterações psicológicas que se evidenciam em pacientes portadores de problemas cardiovasculares. Estes enfrentam um momento diferenciado em suas vidas, com a ruptura das atividades cotidianas e desestabilização emocional decorrentes de uma internação ou cirurgia cardíaca.

Procuramos abordar de maneira geral os aspectos psicológicos resultantes e a importância de um acompanhamento especializado, considerando a relevância e a caracterização do atendimento de acordo com conceitos relacionados ao método de intervenção em Psicologia chamado Psicoterapia Breve, explorado adiante.

Objetivamos também delinear a real possibilidade de um maior intercâmbio de informações entre os componentes da equipe multidisciplinar para uma compreensão mais abrangente acerca do paciente e doença.

Fatores Psicossociais

Inicialmente consideraremos a importância das enfermidades cardíacas ao nível tanto de sua prevalência em nossa sociedade atual, quanto de sua significação para o paciente.

O tratamento, quer clínico, cirúrgico, das afecções cardíacas é setor da Medicina que vem evoluindo em large escala. Atualmente número crescente destas enfermidades tem preocupado os especialistas da saúde pelas graves repercussões biopsicossociais advinhas.

Frente a isso, temos observado a necessidade de um trabalho multidisciplinar, a fim de obter maior conhecimento da doença e do paciente. Os vários fatores que podem causar ou contribuir no estabelecimento de uma doença cardíaca devem, portanto, ser analisados conjuntamente para que se tenha avaliação adequada da condição do paciente, tratamento e possível prognóstico.

Revisando trabalhos acerca do tema, verificamos a existência de fatores de risco psicológicos e sociais que podem ser de grande importância no histórico de desenvolvimento da doença, como ansiedade, depressão, mudança sócio-econômica, etc¹.

Os estudiosos descrevem duas principais variáveis psicossociais que parecem ter conquistado uma notável relevância na determinação da doença: o stress psicológico e um particular tipo de personalidade.

Siltanen² cite o conceito de stress psicossocial associado à insuficiência coronária e o define de acordo com Lazarus, caracterizando-o como problemas sociológicos, psicológicos e fisiológicos com os quais o indivíduo pode ser sobrecarregado, resultando em exigências que excedem sua capacidade potencial para adaptação.

A respeito do particular tipo de personalidade acima referido, este corresponde ao conceito de comportamento de tipo A, elaborado inicialmente a partir de estudos de Alexander³ e Dunbar^{4,5}. Segundo estes autores a personalidade dita coronariana caracterizar-se-ia de modo peculiar pela tendência à programação de agir e pelo comportamento de cunho autoritário. Apresentariam também competitividade elevada, empenho nos empreendimentos, agressividade que pode ser fortemente reprimida, impaciência, inquietação, vivacidade, discurso estilizado e um senso crônico de urgência⁶.

Evidenciam-se então íntimas relações entre as funções psíquicas e somáticas nas cardiopatias. Uma simbolicamente considerado “centro das emoções e sentimentos”, gera freqüentemente no paciente mobilização e questionamento frente à vida.

Ressaltamos aqui a colaboração de Luchina⁷, de que a mente pode assistir à perda e a desintegração de pedaços de órgãos ou ainda de órgãos inteiros, mas não do coração. Este é um órgão único, associado indissolúvelmente com a vida, se para, não só se morre, cessa a vida psíquica e física.

Reação ao Problema Cardíaco

A mobilização citada no item anterior torna-se ainda maior quando se faz necessária também intervenção cirúrgica. Surge um conflito frente a ruptura que se estabelece subitamente no desenrolar de sua vida e, conseqüentemente, a pessoa entra em angústia (sentimento natural perante situações de conflito), pois é abalada sua maneira de estar no mundo e por um momento ela se vê entre a vida e a morte.

A esta situação cada pessoa reage particularmente, de acordo com o seu momento de vida, suas características de personalidade e sua formação como um todo.

Alguns pacientes são capazes de se adaptar, utilizando de um modo construtivo aquilo que eles

Correspondência: Cynthia Ebaid—Av. Indianópolis, 2538—04062 —São Paulo, SP.

vivem como um problema. Sentem também a angústia, o medo, a expectativa diante do futuro; deprimem-se com a situação que se configura ou com dificuldades em compreendê-la, o que ocorre de forma esperada, reagindo com predomínio de sentimentos de tristeza.

Verifica-se que, tal como descrito por Jacobson⁸, novas respostas sobrevivem gradualmente e um equilíbrio é restabelecido.

Estas situações de conflito são consideradas pelo mesmo autor como potencialmente críticas, podendo levar o indivíduo à “inadequação em resolver seus conflitos e, por outro lado, também ao desenvolvimento de suas potencialidades”.

De outra forma, é freqüente notar que muitos pacientes sentem-se ameaçados com relação ao conceito que fazem de si próprios sua auto-estima, integridade pessoal, onipotência e relação com o mundo. Também de acordo com Jacobson⁸, consideramos que a pessoa que não consegue resolver um problema após um determinado período de tempo pode regredir e usar mecanismos de defesa mais primitivos, além de poder ser ameaçada pela possibilidade de que conflitos anteriores lhe voltem à consciência.

Os mecanismos de defesa são parte integrante na vida das pessoas e também necessários para o enfrentamento de situações conflitantes, ameaçadoras. Entretanto, em certos casos passam a se manifestar de forma rígida em função da intensidade da angústia. Isto acaba por dificultar a resolução da situação, pois é evitada a conscientização, reavaliação e mudanças que se fazem necessárias na vida da pessoa.

Alguns dos principais mecanismos de defesa encontrados frente a situação vivida pelos cardiopatas são: 1) **Negação**—o paciente evita entrar em contato com o conflito, suas causas e consequências. Nega evidências, deformando-as ou simplesmente não correlacionando os fatos. Ex.: “É como se não tivesse nada por ter operado” ou “Sinto-me como todos os outros; têm tantos (cardiopatas) que nem me preocupei; é bastante comum”; 2) **Racionalização**—o paciente se atém a uma explicação lógica, racional, evitando toda a angústia; O indivíduo “explica” seu comportamento, o dos outros e seus sentimentos de tal forma deformada que evita a angústia decorrente dos sentimentos e motivações reais. Ex.: “A cirurgia é para resolver o problema, então não tem mais problema nenhum”; 3) **Deslocamento**—o paciente coloca sua angústia em um objeto, local ou pessoa, livrando-se assim da angústia. Ex.: “Eu aceito bem, não me preocupo (referindo-se à cirurgia). Só fiquei muito preocupado pela minha família que ficou receosa com tudo isso”.

Estes pacientes, como não se reconhecem doentes com a gravidade que tal estado possui, acabam

muitas vezes por resistir ao tratamento, orientações e restrições médicas, o que pode levar a complicações e agravamentos secundários (pacientes com baixo nível de aderência ao tratamento).

Um terceiro grupo de pacientes, no entanto, vive intensamente esta angústia, deprimindo-se mais fortemente ou sentindo-se inconformados, muitas vezes tornando-se agressivos, decepcionados e desorientados. Configura-se uma situação de **crise**. Ocorre elevação excessiva de ansiedade, marcados sentimentos e depressão, culpa e solidão. Aqui os mecanismos de defesa já são suficientes para conter a angústia. Evidencia-se situação dinâmica de oposição de energias intra-psíquicas de tal monta que promovem algo como uma “saturação” do sistema de defesa, desencadeando assim, situação particular de crise. O que adoce, pois, no estado de crise é o processo de viver, a história fica descontínua e, portanto, o EU não pode se perceber como sucessão inteligível e se fragmenta sem atinar como conceber sua nova situação (como codificá-las) e sem saber como atuar, pois as estratégias com que contava já não se adaptam às novas circunstâncias⁹.

A Intervenção do Psicólogo

Diante de tais sentimentos e questionamentos a enfrentar, é importante que o paciente faça uma reestruturação em sua vida. Retomando as palavras de Moffatt⁹, considera-se que o acontecer do processo de vida tem fraturas, as chamadas etapas da vida, algumas de passagem suave, como o fim de uma carreira ou mudança de trabalho; outras, traumáticas, como um acidente ou a morte repentina de um dos pais; neste caso, o EU deve reestruturar-se, o que produz muita angústia, pois parte tem que se dissolver enquanto outra se cria.

Pode tornar-se difícil superar o momento potencialmente crítico, que evoca para o paciente muito mais do que apenas o momento de internação ou cirurgia; há reavaliação da vida como um todo, há percepção do risco de vida (ou morte) de toda sua significação.

Verificam-se então intensos sentimentos de angústia, medo e desapontamento. Neste sentido fica clara a relevância e utilidade da assistência psicológica ao indivíduo. Este acompanhamento, ainda que devido às circunstâncias, às vezes realizado em curto prazo, permite aproximação ao paciente que se beneficia com a possibilidade de falar, refletir ou mesmo calar junto a alguém. É importante então por parte do psicólogo o acolhimento ao paciente: “Acolher significa receber, atender, amparar, enfim dar abrigo e refúgio ao outro”. Para que isso possa, ser feito é essencial ao terapeuta ter desenvolvido sua capacidade de empatia, que significa compartilhar, experimentar os sentimentos de outra pessoa.

Compartilha-se da qualidade e não da intensidade dos sentimentos; do tipo, e não da quantidade. O principal objetivo de empatia é a obtenção de uma compreensão do paciente¹⁰.

É básico então o estabelecimento de uma relação empática e de confiança que possibilite psicólogo e paciente explorar juntos os múltiplos fatores que configuram a situação do momento. Trata-se de experiência conjunta que, de acordo com Ferreira-Santos¹¹, impede a cronificação do quadro, pois se o paciente conduzi-la sozinho, recorrerá mais facilmente a mecanismos de defesa cada vez mais estruturados e mais subjetivos, vindo eventualmente a desenvolver quadros neuróticos severos e até psicóticos.

Cabe ao psicólogo distinguir de acordo com as condições do paciente e o contexto em que se encontra, qual a intervenção mais adequada a cada caso.

Pode ser realizada apenas uma Psicoterapia de Apoio, no caso de pacientes que necessitam de orientação, reasseguramento, aconselhamento, para que possam recuperar equilíbrio pessoal.

Em outros casos é mais adequado uma Psicoterapia de Esclarecimento ou uma Psicoterapia Breve Mobilizadora, onde se procura desenvolver no paciente uma atitude de auto-observação, de compreensão de suas motivações ou conflitos (possíveis "insights" que permitam a reorganização).

A intervenção também pode ser feita através de Psicoterapia Breve Resolutiva ou Psicoterapia Reconstructiva, onde se pretende atingir núcleos profundos (inconscientes) de sua psicodinâmica que se encontram, para a situação atual, potencializando o conflito.

O atendimento psicológico pode também ser realizado por modalidade de Psicoterapia Breve, onde o terapeuta intervém através do esclarecimento, clareamento e resolução de focos específicos da psicodinâmica do paciente, visando restabelecer equilíbrio psíquico previamente existente, e assim ultrapassar os obstáculos que se interpuseram a uma determinada meta de sua vida. Para tanto são utilizados três recursos básicos de ação: tempo limitado do processo terapêutico, delimitação precisa dos objetivos a serem alcançados e alinhamento do planejamento em torno de único fogo¹¹.

Com este tipo de atendimento também se torna possível avaliação e encaminhamento para trabalho mais aprofundado em casos que se verifiquem necessários. Permite-se assim, assistência mais específica e construtiva, inclusive com vistas ao desenvolvimento futuro e possíveis recorrências de

crises pela doença. Acontecem muitas vezes recorrências de crises pela doença. Muitas vezes nova marca libera a anterior de tal maneira que novo registro se estabelece, evitando a repetição eompulsiva¹².

A elaboração dos conflitos gerados pelo conhecimento do problema cardíaco, pela realização de cirurgia ou mesmo de conflitos subjacentes que se manifestam neste momento e talvez através dele, permite maior equilíbrio pessoal, alcance de maior sentido de realidade psíquica, evitando desconhecimentos, tensões que causam angústia, depressão, pânico, que certamente ocupam importante papel seja no desencadeamento ou reação a uma crise cardíaca.

Neste aspecto merece ser citada a colocação de Moffat⁹, de que "viver é um jogo difícil pois é resolver o seguinte paradoxo: a pessoa deve mudar sendo a mesma. Neste processo devemos atravessar o tempo, crescer, transformarmo-nos em outros (as etapas evolutivas) e, ao mesmo tempo, integer todos os EUS que fomos, mas em função do EU que desejamos ser".

Do exposto pode-se concluir pelo papel relevante da orientação psicológica na interação multiprofissional que sobremaneira beneficia o tratamento do paciente cardiopata.

REFERÊNCIAS

1. De Leo D, Magni G, Rizzardo R—Personalitá e cardiopatia ischémia—II Comportamento di tipo A. G Ital Cardiol, 1983; 14: 40-8.
2. Siltanen P—Psychosomatic factors in coronary heart disease. Ann Clin Res, 1984; 16: 142-55.
3. Alexander F—The Medical Value of Psychoanalysis. New York, Norton & Co, 1936.
4. Dunbar HF—Emotions and Bodily Changes. New York, Columbia University Press, 1947.
5. Dunbar HF—Psychiatry in the Medical Specialities, New York, McGraw Hill, 1959.
6. Rose MJ—Type A behavior pattern: a concept revisited. Can Med Assoc J. 1987; 136: 345-50.
7. Luchina IL—La angustia de muerte en el infarto del miocardio — sus implicaciones clinicas, psicologicas y psiquitricas. In: Medicina Psicossomática, cap. 48. São Paulo, Artes Médicas, 1966. p. 573.
8. Jacobson GF—Crisis—Oriented therapy. In: The Psychiatric Clinics of North America, Philadelphia, W. B. Saunders, 1979.
9. Moffatt A—Terapia de Crise. São Paulo, Cortez, 1982.
10. Greenson RR—Investigações em Psicanálise, Rio de Janeiro, Imago, 1982.
11. Ferreira-Santos E—Psicodrama e Psicoterapia Breve, São Paulo, Dissertação de Mestrado, PUC, 1989.
12. Fonseca F° JS—Psicodrama da Loucura, São Paulo, Ágora, 1980.
13. Abaid C, Ferreira-Santos E—A questão da postura psicoterapêutica. Trabalho apresentado no I Encontro Sul-Sudeste de Psicodrama, Curitiba, PR, 1989.
14. Fiorini HJ—Teoria e Técnicas de Psicoterapias, Sao Paulo, Francisco Alves, 2s. 1978.