

Dor precordial e artérias coronárias normais: aspectos emocionais

Precordial pain in normal coronary arteries: emotional aspects

Carina E. Marques da Silva.....

Psicóloga formada pela ULBRA, Canoas/RS

carina.marques.silva@bol.com.br

Carla Lucenir S. Somavilla Duarte.....

Acadêmica do Curso de Psicologia.

carlalucenir@terra.com.br

Cláudia Simone S. dos Santos.....

Ms. em Psicologia Clínica. Professora do Curso de Psicologia da ULBRA, Canoas/RS.

psicalalau@uol.com.br

Tânia Rudnicki.....

Phd - Professora do Curso de Psicologia da ULBRA, Canoas/RS.

taniarudd@terra.com.br

Data de envio:.....

Local de realização: Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Endereço para correspondência: Av. Lageado, 1178; apto. 402. Petrópolis. Porto Alegre,

Rio Grande do Sul. CEP.: 90460110. A/C Carla Somavilla Duarte.

RESUMO

O artigo visa analisar aspectos emocionais em pacientes que apresentam dor precordial e, ao serem submetidos a cineangiocoronariografia, têm constatado normalidade de suas artérias coronárias. Entre os médicos, em especial os cardiologistas, é crescente a busca de explicações científicas para este problema, considerando cada vez mais os processos psicológicos como parte de sua necessária visão interdisciplinar. O presente estudo é parte integrante de uma pesquisa que está sendo realizada em Hospital Universitário, na cidade de Porto Alegre/RS. Foi investigada a depressão na relação com a patologia, utilizando-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Considerou-se, a partir do presente trabalho, que fatores emocionais são capazes de influenciar, até mesmo determinar a dor precordial nestes pacientes, focalizando especificamente, neste estudo, a depressão em níveis elevados bem como verbalizações e observações comportamentais dos sujeitos quando da aplicação do instrumento, sugerindo que mais estudos sejam realizados para a compreensão deste fenômeno.

Palavras-chave: Dor precordial. Depressão. Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

The aim of the article is to analyze emotional aspects in patients who show precordial pain, but present normal coronary arteries once submitted to cineangiocardiology. There are an increasing number of doctors, especially cardiologists, who are searching for scientific explanations for this problem. More and more often, psychological processes are being taken into consideration as part of their necessary cross-subject point of view. The current study is part of a research which is being conducted at the University Hospital in the city of Porto Alegre, RS. The depression in relation to the pathology was investigated, and Beck's Depression Inventory (BDI) was used to do it. We understand, in view of this work, that

emotional factors can influence, even determine precordial pain in these patients. This study focused specifically depression in high levels, as well as verbalizations and behavior observations of the subjects when the instrument was applied, suggesting that more studies be conducted to understand this phenomenon.

Key words: Precordial pain. Depression, Health Psychology.

Introdução

O homem está inserido num contexto que demanda esforços constantes para o seu ajustamento, pois a existência possui significativas e dinâmicas mudanças. E o coração, por ser o alvo das emoções para o público em geral, é o portador simbólico de lamentações, amores e raivas sufocadas, das perdas e despersonalizações angustiantes trazidas pela vida.

Um percentual razoável de pacientes é encaminhado para a realização de cineangiocoronariografia (cateterismo cardíaco) por apresentar quadro de dor precordial clinicamente importante e com testes não-invasivos considerados positivos (na realidade são falso-positivos). Além do alto grau de sofrimento pela ansiedade em virtude de uma dor tão significativa, estes pacientes representam um alto custo para o Sistema de Saúde, tendo em vista que freqüentemente são internados nas emergências e mesmo em Unidades de Terapia Intensiva, e, em alguns casos, submetidos a exames e procedimentos caros, culminando em cateterismo cardíaco (que não é isento do risco de morte: 0,01%).

Entende-se que variáveis pessoais e sociais exercem impacto sobre a saúde de forma global. Por isso, a importância de investigar o transtorno depressivo em seu caráter desadaptativo e a sua relação com a dor precordial, analisando-se tais sintomas sob o enfoque do paradigma atual: biopsicossocial.

Método

Esta pesquisa é fruto de um estudo quantitativo de caráter exploratório, baseado em informações trazidas pelos pacientes através de resposta ao instrumento apresentado. A finalidade foi verificar hipóteses de relação entre níveis de depressão em pacientes com dor precordial e artérias coronárias normais, dentro do enfoque teórico Cognitivo-Comportamental, buscando-se avaliar se estes dados são influenciados por processos emocionais.

Amostra

Foi estudada a população de pacientes com dor precordial e coronárias normais, que realizaram exames em Serviços de Hemodinâmica de Porto Alegre, RS, com idade mínima de 18 anos, provenientes de convênios variados, de ambos os sexos. No critério de escolha destes pacientes foram utilizados dados clínicos e laboratoriais por avaliação física efetivada por médicos das respectivas Unidades. Aqueles pacientes que preencheram suficientes condições físicas para participarem da pesquisa, responderam ao instrumento. A amostra constitui-se da seleção de 19 pacientes submetidos à cineangiocoronariografia, onde constatou-se a normalidade de suas artérias coronárias.

Instrumento

Foi utilizado para a pesquisa o Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory – BDI*), mede sintomas de depressão cognitivos e somáticos (Beck & Steers, 1993) sendo provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3 e na validação sua consistência interna aponta 0.81, sendo

considerada bastante satisfatória. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. Os escores para depressão são: 0-9= mínimo; 10-16= leve; 17-29= moderado e 30-63= grave.

Procedimentos

O instrumento foi aplicado em duas situações: com pacientes que haviam se submetido ao cateterismo cardíaco há não mais do que um ano, e em pacientes que estavam na sala de recuperação logo após este exame. Todos os pacientes que preencheram os critérios de inclusão e que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido padrão aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ULBRA.

Apresentação dos Resultados e Discussão

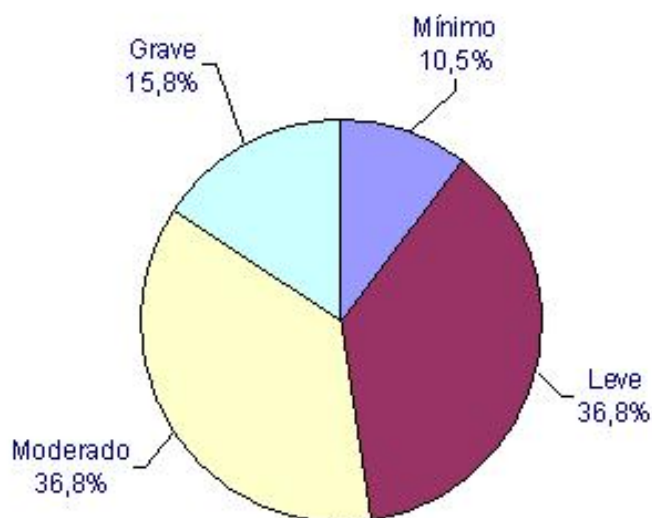
No projeto de pesquisa a proposição de 30 pacientes era a esperada, porém, como se trata de um fenômeno não corriqueiro dentro da medicina, o “n” alcançado foi de 19 pacientes dentro do período de coleta dos dados deste estudo.

Para verificar se existe associação significativa entre a variável independente depressão em algum grau com a variável dependente dor precordial sem causa determinada pela medicina, foram analisados os dados obtidos através da estatística descritiva.

Os resultados observados dos 19 sujeitos desta pesquisa demonstraram que dos 13 sujeitos do sexo feminino e 6 do sexo masculino, 10,5% apresentaram depressão em grau mínimo [escores brutos (EB) entre 0-9 pontos]; 36,8% em grau leve (EB entre 10-16); 36,8%

em grau moderado (EB entre 17-29) e 15,8% em grau grave (EB entre 30-63).

Gráfico 1 – Níveis de depressão



Os índices acima identificam que 52,6% dos sujeitos estudados apresentam depressão em grau moderado a grave e 47,3% apresentam depressão em grau mínimo a leve.

Observou-se que pacientes que responderam ao instrumento logo após terem se submetido ao cateterismo tiveram escores maiores para depressão do que pacientes que se submeteram a este exame a seis meses atrás, por exemplo. De onde se pode estimar que, com o passar do tempo e com o distanciar do fator estressante que gerou a necessidade de cateterismo, as pessoas podem elaborar melhor sua visão quanto aos fatos da vida, bem como podem construir estratégias de melhor enfrentamento quanto a estes problemas (*coping*). Isso mostra a necessidade de se estudar melhor a questão - tempo do exame - em outras pesquisas.

Porém, mesmo em pacientes com escores para depressão em grau leve (36,8%), se levarmos em consideração as observações comportamentais e verbalizações durante a aplicação do instrumento, poderíamos pensar em respostas diferentes das que foram fornecidas, vez que as observações realizadas não correspondem às respostas fornecidas.

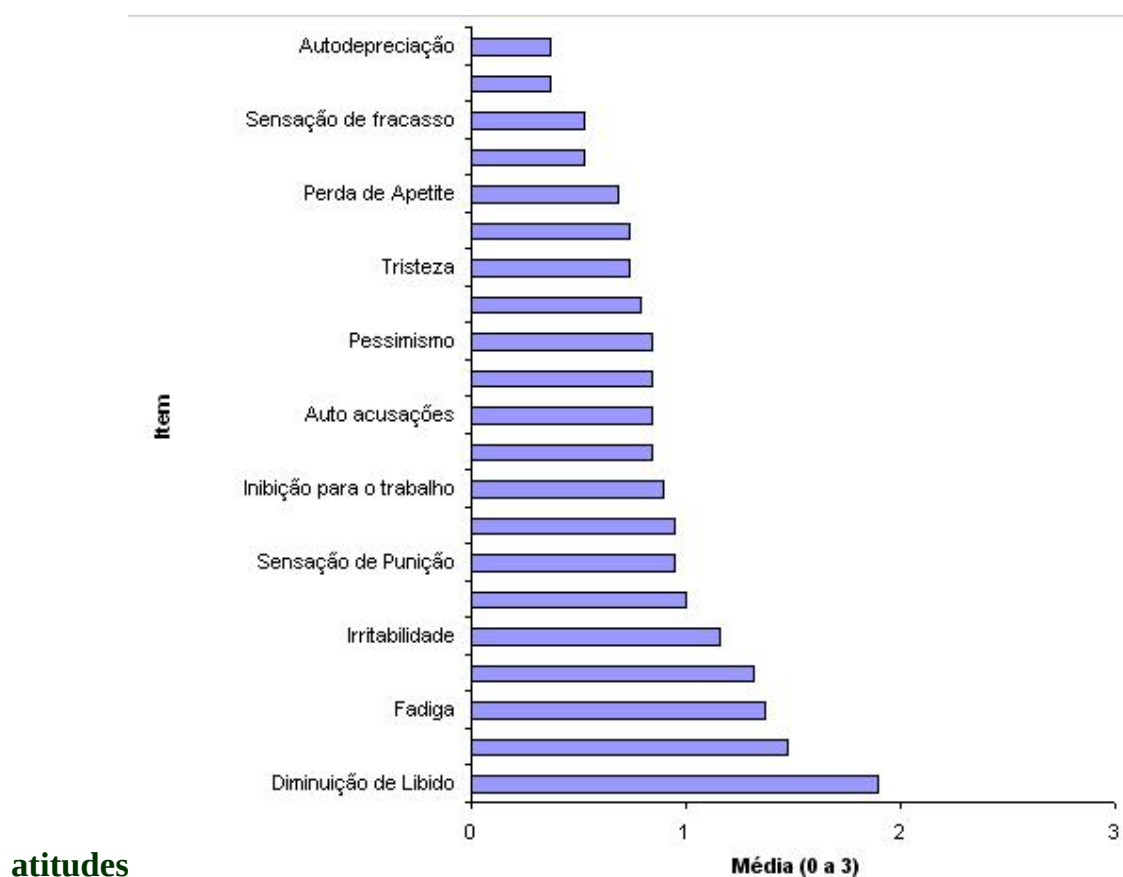
Questão como esta nos leva a pensar inclusive, em outros “ganhos secundários” que

uma dor “como infarte” pode trazer: a necessidade de atenção e de ser cuidado pelos mais próximos, pois a necessidade de um cateterismo cardíaco chama a atenção e preocupa os familiares, visto ser um exame que apresenta, como se sabe, risco de morte.

Talvez por serem pacientes que apresentam, conforme concluímos, importantes características emocionais, bem como déficits em relacionamentos, déficits na expressão de agressividade e quanto à qualidade de vida, este exame revela a tamanha dificuldade na expressão do afeto e da comunicação, a ponto de chegarem até o limite que a medicina oferece, com um de seus exames mais invasivos.

Os itens onde foram encontradas as maiores médias para depressão, conforme os 21 itens do instrumento foram: Diminuição de libido (1,89), distúrbio do sono (1,47), fadiga (1,37), indecisão (1,32), irritabilidade (1,16) e preocupação somática (1,00). Podem expressar a associação que estes pacientes fazem, pois tais itens são próprios dos sujeitos que apresentam adoecimento cardíaco. Já, a crise de choro (0,53), sensação de fracasso (0,53), idéias suicidas (0,37), autodepreciação (0,37), foram itens de menores médias.

Inserir aqui: Gráfico 2- Médias para sintomas e



No nível de depressão leve predominou a sensação de fracasso (78,9%) seguida de idéias suicidas (73,3%) e autodepreciação (68,4%). No nível de depressão moderada encontramos preocupação somática e sensação de culpa (57,9%) e fadiga (36,8%). No nível de depressão grave temos diminuição da libido (42,1%), sensação de punição (21,1%) e distúrbio do sono (21,1%).

São fatores importantes na detecção de estados depressivos, os índices com média mais elevada, porém, fez-se necessário o foco no estresse, no déficit dos relacionamentos afetivos e na falta de hábitos relacionados a uma vida saudável e expressão de agressividade, observando-se isso entre os sujeitos estudados e suas verbalizações espontâneas durante a aplicação do instrumento.

Também apareceram outros temas em suas verbalizações: suas dores freqüentes, sua

vida estressante, a falta de qualidade de vida, o excesso de responsabilidades, a falta de alguém que possa ouvi-los e, acima de tudo, entendê-los, transmitindo-nos tudo o que podiam falar sobre suas vidas naquele curto espaço de tempo. Faz-nos pensar na necessidade de estudos mais detalhados sobre a carência do “falar de si” para alguém interessado, revelando a carência afetiva destes pacientes, a falta de apoio dos mais próximos, talvez pela própria estrutura familiar, como também o déficit de comunicação interna familiar, a falta de paciência e desinteresse no compartilhar das experiências do dia-a-dia. E também na importância das psicoterapias.

Constatou-se, por intermédio dessas verbalizações, que grande parte destes pacientes consideram-se pessoas estressadas ou até mesmo deprimidas, como se diziam alguns, pois relataram que, na época da dor mais importante, que gerou a necessidade do já referido exame, passavam por situações de estresse tais como: estresse no trabalho por excesso de responsabilidades ou incompatibilidade com colegas ou chefe, sem ter com que “desabafar”; falecimento de algum membro da família (nos casos estudados, pais e esposos); incompatibilidades com pessoas que coabitam na mesma residência (foram relatadas incompatibilidades com noras, genros e até mesmo com filhos). Ressalta-se que há preponderância das verbalizações no sentido de associar a dor precordial com o falecimento de familiar próximo, o que gerou na época muita emoção e muitas responsabilidades novas às quais associam a dor precordial. As perdas de parentes próximos, em todos os casos estudados, mostraram-se muito impactantes.

Salienta-se que grande parte dos sujeitos estudada submeteu-se ao exame durante o mês de dezembro de 2005. Assim, em virtude das emoções suscitadas pelas Festas de Final de Ano, acredita-se que estudos relacionados a estes sintomas nesta época do ano seriam muito enriquecedores.

As implicações advindas com a idade elevada, por questões depressivas encontradas

em idosos, tais como: experiências com perdas importantes em vários setores da vida, aposentadoria, dificuldade em relações familiares por sentirem-se ‘deslocados’, foram relatadas nesta pesquisa por pacientes com 60 anos ou mais (42,3% da amostra). Isso mostra a necessidade de se focalizar estudos quanto aos idosos, gerando um olhar mais atento e, quem sabe, menos preconceituoso quanto às pessoas que se encontram neste estágio tardio da vida.

Esses resultados nos alertam sobre a importância da avaliação e das Técnicas Cognitivo-Comportamentais que podem ser aplicadas a cada pessoa, como as dos casos apresentados.

Visa-se o automonitoramento em situações ou pensamentos desadaptativos. A identificação desses pensamentos automáticos que evidenciam crenças centrais altamente disfuncionais, tornando o indivíduo inadequado ao meio, incapaz de expressar-se e de trocas afetivas integrais, sendo alvo de doenças e desconfortos de toda a ordem, bem como baixa qualidade de vida, são os reais fundamentos de adaptações, ou seja, processos cognitivo-comportamentais participam dos mecanismos de dor Precordial de causa indeterminada. Dar ênfase a recursos pessoais, sociais e a capacidades particulares, levando-se em consideração o organismo e suas inter-relações, passa a ser a meta de quem busca excelência na qualidade de vida.

Essa qualidade e até a longitude de vida podem ser melhoradas atuando-se sobre percepções distorcidas e comportamentos que prejudiquem a saúde, descobrindo-se também os fatores que facilitam ou dificultam a prática de comportamentos de risco ou de prevenção e os processos envolvidos nas relações afetivas deficitárias.

Assim, o sentido de domínio, autoridade pessoal sobre o próprio *modus vivendi*, varia de pessoa para pessoa. A teoria cognitivo-Comportamental muito colabora na obtenção de hábitos de vida saudáveis bem como a construção de um maior repertório de habilidades visando domínio das situações de estresse e adaptação (*coping*), auxiliando os profissionais da

saúde a explicar as mudanças de atitude e sua conseqüente melhora na qualidade de vida, construindo um melhor estilo de viver, sempre tendo em vista fatores psicológicos tais como os emocionais e relacionais, sem perder de vista os aspectos biomédicos, visando o ser único com todas as suas especificidades.

Considerações Finais

Muitos desafios envolveram este estudo, por se tratar de um campo extremamente subjetivo, porém alvo das maiores curiosidades no mundo científico atual.

Com a valorização do ser humano biopsicossocialmente, focalizando seu contexto em sinal de respeito e compreensão, será possível, juntamente com a adoção de um posicionamento interdisciplinar por parte de todos os profissionais da saúde, entender melhor os sujeitos portadores de dor precordial de causa indeterminada pela medicina.

A presença de altos níveis de depressão (moderado a grave em 52,6% da amostra) foi identificada e caracterizada como fator de influência no sintoma de dor precordial em pacientes que apresentam artérias coronárias normais.

Este estudo evidenciou inúmeros outros aspectos: o instrumento foi aplicado em duas situações: com pacientes que haviam se submetido ao cateterismo cardíaco há não mais do que um ano, e em pacientes que estavam na sala de recuperação logo após este exame, podendo tornar-se alvo de viés de pesquisa, visto que o sofrimento gerado pela dor, ameaça de morte, incapacidade funcional ou simplesmente por uma internação já são o bastante para ocasionarem reações que se assemelham ao quadro depressivo.

Outros aspectos levantados por este estudo referem-se a sintomas como insônia, fadiga, perda de peso, perda da libido que são comuns mesmo em pacientes que não apresentam um quadro depressivo, mas pelo fato de apresentarem uma sintomatologia

orgânica, conseqüentemente podem apresentar baixa auto-estima e sentimento de incapacidade.

Também são inerentes a questões emocionais, como a depressão em pacientes que apresentam dor precordial e artérias coronárias normais, crenças desadaptativas que geram comportamentos inadequados bem como desadaptadas estratégias de enfrentamento de problemas, déficits relacionais como carência afetiva, sensação de abandono, problemas de comunicação, dificuldades em expressar sentimentos, características associadas à perda de parentes próximos, estresse no trabalho e questões advindas da idade avançada, o que gera a necessidade de maiores estudos na detecção dos vários aspectos que podem estar envolvidos nos mecanismos deste sintoma.

Referência Bibliográficas

Becjer L, & Pepine, C. (1996) Banal Retal. Left Ventricular, Penpheral Vascular, And Neurohumoral Reponses to Mental Stress in Normal Middle-Aged Men and Women. Circilation , 94, 2768-77.

Beck, A.T & Steer, R.A. (1993). Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Botega NJ, Furlanetto L, & Fráguas Jr R (2002). Depressão no paciente clínico. In N.J.Botega (org.) Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed.

Caminha, R. M. & Vasconcellos, J. L. C. (2003) Os Processos Representacionais nas práticas das TCCS. In Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Teoria e prática. (p. 23) São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fleck MP. de, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges, Camey & Grupo LIDO (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev Saúde Pública, 36(4), 32-43.

Gianotti, A. (2002) Prevenção da Doença Coronária: Perspectiva Psicológica em Um Programa Multiprofissional. Revista de Psicologia USP, Psicologia e Saúde, 13 (1), 167- 195.

Giovanni, A., Ruini, C. F., Rafanelli, C., Livio, F., Conti, S. & Grandi, S. (2004). Six-Year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. Am J Psychiatry 162, 1872-1876.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. In.: W.D. Gentry (Org). Handbook of Behavioral Medicine. Nova York: Guilford. In.: Sintomas de Estresse em Educadores Brasileiros. Aletheia, 17/18, 63-72.

Mesquita, C. T. & Nóbrega, C. L. (2005) Miocardiopatia Adrenérgica: O estresse Pode Causar uma Cardiopatia Aguda? Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 84 (4), 283-284.

O'Rourke, R. A. et al (2001, 2002) O Coração : Manual de Cardiologia. (10ª ed) (Tradução Drs. Carlos T. Aguiar, Diogo M. Cavaco, Jorge S. Ferreira e Katya Reis Santos). Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.

Oliveira, M. A. D. de (1999). Neurofisiologia do Comportamento. Uma relação entre o funcionamento cerebral e as manifestações comportamentais. Canoas: Ed. da ULBRA.

Petersen, C. S. (2000). Dor Psíquica ou Corporal? Será possível esta dissociação?

Aletheia,11, 97-109.