



## COMENTÁRIO EDITORIAL

# Breve intervenção psicológica em doentes internados após síndrome coronária aguda: essencial ou acessória?



## Brief psychological intervention in patients admitted after acute coronary syndrome: Essential or secondary?

Ana Abreu

Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar Lisboa Central, Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal

Disponível na Internet a 31 de agosto de 2017

Os fatores psicossociais afetam significativamente o risco cardiovascular, de modo comparável à hipertensão e à obesidade abdominal<sup>1</sup>.

Também as reações emocionais, por vezes graves, podem ser desencadeadas por síndromes coronárias agudas (SCA)<sup>2,3</sup>. Um evento cardíaco agudo ou uma hospitalização súbita em unidade de cuidados intensivos poderão assustar e causar *stress*<sup>4</sup>. Estudos realizados após enfarte do miocárdio determinaram *scores* elevados de depressão e ansiedade, 31 e 26%, respetivamente, antes da alta<sup>2</sup> e um e dois anos depois<sup>2,3</sup>. A importância destes valores resulta do facto de a depressão e a ansiedade terem um valor preditivo independente para reenfarte<sup>5</sup>, o que se relaciona com múltiplos mecanismos fisiopatológicos, como hiperatividade do sistema nervoso simpático e do eixo hipotálamo-hipofisário-suprarrenal, alterações da função plaquetária, inflamação e disfunção endotelial, entre outros<sup>6-8</sup>.

Alguns estudos demonstraram uma forte associação entre um evento *major* de *stress* e a incidência de enfarte ou mortalidade cardíaca. O risco de morte cardiovascular aumenta nas semanas seguintes à morte de um ente querido<sup>9,10</sup>, imediatamente após um ataque terrorista<sup>11</sup>, uma catástrofe natural<sup>12</sup> ou um jogo importante de futebol<sup>13,14</sup>.

No Hospital de Santa Marta, verificámos através da avaliação psicológica dos doentes com enfarte do miocárdio

que em mais de 50% dos casos existia um evento causador de *stress* agudo: divórcio, morte de familiar próximo, mudança de casa, reforma, mudança de trabalho (Abreu et al., dados não publicados, apresentados no Congresso Português de Cardiologia 2010). Estes doentes, à partida, têm fatores causais de ansiedade e depressão que não desaparecem com o enfarte. Poderemos especular que, além do *stress* agudo causado pelo enfarte, todos estes fatores predisponentes poderão agravar o estado emocional.

Doentes com depressão ou ansiedade tiveram mais internamentos no ano após enfarte<sup>15</sup> e os deprimidos retornaram menos ao trabalho ou reduziram o horário<sup>16</sup>.

O impacto negativo no prognóstico da doença exige a identificação e tratamento correto e atempado dos problemas emocionais consequentes do síndrome coronário agudo.

### Benefícios e limitações da intervenção psicológica breve após síndrome coronário agudo

Presentemente, qualquer programa de reabilitação cardíaca (RC) deve considerar o componente psicológico como central, distanciando-se do passado, em que os programas se dirigiam fundamentalmente ao treino de exercício (*exercise-based cardiac rehabilitation*)<sup>17</sup>. A RC, como processo estruturado de intervenção multidisciplinar, abrangente, envolvendo as vertentes funcional, nutricional e psicossocial, e visando otimizar o estado físico e psíquico do doente cardiovascular após evento agudo, é o meio

DOI do artigo original:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2017.01.005>  
Correio eletrónico: [ananabreu@hotmail.com](mailto:ananabreu@hotmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2017.07.004>

0870-2551/© 2017 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

excelente para atingir este objetivo, através de estratégias diversas. Sabemos que intervenções adequadas podem modificar as consequências comportamentais e emocionais de um evento cardíaco agudo. Programas de RC com componente psicológica mostraram benefícios significativos na morbidade e mortalidade após SCA<sup>18,19</sup>, contudo, infelizmente, doentes com problemas psicológicos integram menos os programas de RC<sup>20</sup>.

As intervenções educacionais podem afetar favoravelmente o estado psicológico do doente, reduzindo a ansiedade, o medo, as concepções erradas sobre doença cardíaca isquémica e suas consequências e aumentando a motivação para a mudança de hábitos e para a aderência terapêutica. É fundamental discutir com os doentes as suas preocupações, medos e crenças de saúde. O aconselhamento individual é mais específico e cobre apenas os problemas e fatores de risco presentes naquele doente. Reuniões de grupo permitem aos doentes cardíacos partilhar as suas preocupações comuns, fornecer suporte mútuo, obter informação educativa e receber orientações referentes a retorno progressivo às atividades<sup>21,22</sup>.

O artigo «Intervenção psicológica na fase I da reabilitação cardíaca pós-síndrome coronária aguda»<sup>23</sup> visa avaliar a eficácia da ação sobre o aspeto psicológico do doente com SCA, nomeadamente enfarte do miocárdio, durante o internamento.

Neste estudo foram aplicados dois questionários traduzidos em português, HADS<sup>24</sup> e IPQ-B<sup>25</sup>, cuja validade foi previamente demonstrada<sup>26,27</sup>, para avaliar respetivamente a adaptação emocional e as representações de doença em três sessões de duração curta: nos primeiros três dias de internamento (1 h15 min), pré-alta (1 h15 min) e ao um mês após alta (20 min).

As características clínicas e demográficas dos doentes nos grupos intervenção e controlo foram sobreponíveis, sendo contudo mais jovens os doentes intervencionados que mostraram melhoria. Como acontece em geral nos SCA, a percentagem de homens incluídos foi superior à das mulheres, correspondendo neste caso a 70%.

Os resultados mostraram que a ansiedade, a depressão e as representações de doença melhoraram significativamente no grupo submetido a intervenção psicológica, comparando com o grupo de controlo. Estas alterações mantiveram-se ou melhoraram no *follow-up* de um e dois meses, enquanto se verificou uma deterioração no ajustamento psicológico no grupo controlo. Os autores concluíram que a intervenção psicológica breve durante a hospitalização por SCA, aliada ao tratamento médico convencional, pode ter efeitos positivos em termos de adaptação psicossocial, cujo impacto prognóstico está amplamente demonstrado. Seria importante termos um *follow-up* mais alargado para determinar se as alterações verificadas se mantêm a longo prazo, sendo esta uma limitação do estudo, também considerada pelos autores. O valor de um efeito a curto prazo será provavelmente inferior ao de um efeito sustentado no tempo.

Um aspeto que não está explícito no artigo é o da terapêutica ansiolítica, antidepressiva e sedativa. Doentes ansiosos ou deprimidos acabam por ser frequentemente medicados com fármacos que lhes melhoram estes estados. O efeito farmacológico poderá ser independente do efeito da intervenção psicológica a que foram submetidos. Não sabemos se os doentes no grupo de intervenção tomavam

medicação diferente em quantidade ou qualidade, relativamente ao grupo controlo. O conhecimento deste aspeto seria fundamental para entender o papel independente da intervenção psicológica.

Apesar de não terem sido avaliados outros *outcomes*, como novo SCA ou internamento de causa cardíaca, intervenção coronária ou aderência à terapêutica farmacológica/exercício, o facto de ocorrer diminuição de ansiedade/depressão aponta para uma melhoria no prognóstico. Quer a ansiedade quer a depressão têm valor independente bem estabelecido no risco cardiovascular após SCA<sup>28-32</sup>.

Vários investigadores sugerem, conforme realçado pelos autores do trabalho em análise<sup>23</sup>, que o estado emocional e as representações de doença necessitam ser avaliados precocemente como forma de otimizar a aderência e os benefícios da RC, promovendo melhor adaptação psicossocial no período pós-SCA<sup>33-36</sup>. Sabemos que as crenças dos doentes acerca da sua doença e do tratamento são fatores preditivos dos *outcomes* clínicos e psicológicos pós-alta. Elevados níveis de suporte social servem de travão ao impacto da depressão sobre a mortalidade em doentes com enfarte do miocárdio<sup>37</sup>.

As evidências na literatura apontam para a necessidade de intervenções clínicas especificamente dirigidas aos aspetos psicológicos envolvidos na aderência ao tratamento cardiológico e na modificação do estilo de vida. As estratégias cognitivo-comportamentais, especificamente direcionadas para a modificação comportamental, parecem ser os métodos de escolha<sup>38</sup>. Será importante flexibilizar as abordagens de terapia em função das necessidades de diferentes tipos de doentes<sup>39</sup>.

Apesar de todos os benefícios da intervenção psicológica precoce, coloca-se de imediato a questão do tempo de internamento. Atualmente, a maioria dos doentes com SCA internados em serviços de cardiologia são submetidos a cateterismo diagnóstico e a intervenção coronária, com alta aos 3-5 dias após evento não complicado. A avaliação e intervenção psicológica são realizadas já fora dos cuidados intensivos. Do ponto de vista prático, se um doente tiver um SCA e entrar no serviço de cardiologia a uma sexta-feira à tarde, poderá de imediato ser submetido a intervenção percutânea coronária e ter alta na segunda-feira seguinte, caso não existam complicações. Parece mais plausível, pelo menos em parte dos casos, realizar a intervenção psicológica na fase de ambulatório precoce. Contudo, quando possível, a intervenção durante o internamento tem a vantagem de preparar o doente para a fase seguinte da reabilitação.

A intervenção reabilitadora deverá ser diferente, consoante a fase em causa: internamento (fase 1), ambulatório precoce (fase 2) e manutenção (fase 3).

Na fase 1, o aspeto de modificação do estilo de vida deve ser considerado desde logo, após avaliação cuidadosa, de modo diretivo, mas não agressivo e tranquilizante. Nesta fase, a RC e em particular a intervenção psicológica têm algumas limitações, sendo, conforme já referido, breve e encontrando-se o doente muitas vezes «em estado de choque», consequência de *stress* agudo, sobretudo quando desconhece a existência de doença coronária ou é jovem. Neste estado, o doente poderá não se lembrar mais tarde do que lhe foi dito ou transmitido no internamento. Esta fase de internamento encerra medo e insegurança, pelo que o

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5126386>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5126386>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)