

**PERFIL PSICOSSOCIAL DE PACIENTES COM SÍNDROME  
CORONARIANA AGUDA  
PSYCHOSOCIAL PROFILE OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY  
SYNDROME**

Anne Torres Zanchet<sup>1</sup>✉ & Angela Helena Marin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Porto Alegre - RS – Brasil; <sup>2</sup> Programa de Pós-graduação em Psicologia  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo – RS/Brasil

---

**RESUMO-** Este estudo teve como objetivo investigar as características psicológicas e sociais de pacientes com síndrome coronariana aguda, por meio de uma pesquisa documental, de caráter exploratório e transversal, de natureza quantitativa. Foram examinados 93 protocolos de avaliação psicológica de pacientes pertencentes a um programa multiprofissional de um hospital da rede privada de Porto Alegre - RS, a partir dos quais se obteve dados clínicos (diagnóstico de angina ou infarto agudo do miocárdio não especificado), sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, ocupação), psicológicos (exame do estado mental, mecanismos de defesa, estado psicológico geral) e de apoio social (suporte e estrutura familiar). Os resultados indicaram um número expressivo de pacientes idosos (64%), sendo a maioria deles do sexo masculino (58,1%) e casados (66,7%). A investigação do exame de estado mental não apontou alterações significativas, e quanto ao estado psicológico geral destacaram-se os estados tranquilo (52,7%) e ansioso (33,3%). A maioria dos pacientes também apresentou estado de humor modulado/ eufímico (54,3%) e utilizava a racionalização (31,6%) e a negação (29,9%) como mecanismos de defesa. Por fim, o suporte e a estrutura familiar mostraram-se eficientes. Quando analisadas as relações entre as variáveis, apenas encontrou-se correlação entre o estado civil e o tipo de diagnóstico, indicando que pacientes casados eram os que mais apresentavam o diagnóstico de síndrome coronariana aguda ( $p \leq 0,03$ ). Em conjunto, os dados apontam que é importante atentar não apenas para sofrimento físico dos pacientes coronariopatas, mas também para as questões sociais e psicológicas, pois estas podem influenciar significativamente no desenvolvimento da doença e no seu tratamento.

*Palavras-chave* - Síndrome coronariana aguda, doença arterial coronariana, psicocardiologia, perfil social, perfil psicológico.

---

**ABSTRACT-** This study aimed to investigate the psychological and social characteristics of patients with acute coronary syndrome. We conducted a desk study, exploratory and cross-sectional quantitative, with 93 protocols psychological evaluation in a multidisciplinary program of a private hospital of Porto Alegre - RS, from which we evaluated the clinical data (diagnosis of angina or acute myocardial infarction, unspecified), demographic (gender, age, marital status, occupation), psychological (mental state examination, defense mechanisms, general psychological state) and social support

---

✉ Rua Leme, 620, Ipanema. Porto Alegre – RS, Brasil. Telef.: (51) 3237-2723; E-mail: [annezanchet@gmail.com](mailto:annezanchet@gmail.com).

(family support and structure). The results indicated a significant number of elderly patients (64%), mostly male (58.1%) and married (66.7%). Regarding the general psychological state, stood quiet states (52.7%) and anxiety (33.3%). The majority of patients had mood modulated / euthymic (54.3%) and used the rationalization (31.6%) and denial (29.9%) as defense mechanisms. Since the investigation of the mental status exam showed no significant changes. Finally, the support and family structure were effective. When analyzed the relationships between variables, only found a relationship between marital status and type of diagnosis, indicating that married patients have a higher likelihood of acute coronary syndrome ( $p \leq 0.03$ ). Together, the data indicate that it is important to pay attention not only to physical suffering of patients with coronary artery disease, but also for the social and psychological issues, as these can significantly influence the development of the disease and the treatment thereof.

*Key- words* - Acute coronary syndrome, coronary artery disease, psychocardiology, social profile, psychological profile.

---

Recebido em 25 de Fevereiro de 2014/ Aceite em 25 de Setembro de 2014

As doenças cardiovasculares são bastante incidentes na população mundial sendo causa de morte e incapacidades físicas. Estima-se que 30% dos óbitos em 2008, tenham sido causados por doenças cardíacas e acidente vascular cerebral, segundo dados da Organização Mundial de Saúde ([www.who.int](http://www.who.int)). No Brasil, segundo dados disponibilizados no DATASUS ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)), ocorrem, aproximadamente, 140 mil óbitos por Doença Arterial Coronariana (DAC) por ano, o que corresponde a cerca de 250 mil infartos por ano. Em comparação com os dados de outros países, no Brasil o número de pacientes com angina é de, no mínimo, 1,5 milhão, com incidência aproximada de 50 mil novos casos por ano (Ferreira & Timerman, 2007).

A DAC é uma patologia cujo processo compromete progressivamente o coração, possuindo evolução lenta e imprevisível. Portanto, ela é impactante não somente para o paciente, mas também para a família. Além disso, apresenta-se como problema público de saúde em grande parte dos países industrializados, trazendo impedimentos ao desenvolvimento econômico (Sanches & Moffa, 2010), porque a doença cardíaca, juntamente com outras patologias (acidente vascular cerebral e diabetes), representa pesados encargos para economia dos países, já que atinge uma população em idade produtiva, e acarreta mortes prematuras.

A DAC é decorrente da oclusão ou estreitamento das artérias coronárias por arteriosclerose, provocando diferentes sintomas clínicos. De acordo com Sanches e Moffa (2010), ela é atualmente dividida em: síndrome coronariana aguda (SCA), DAC crônica e morte súbita cardíaca. A SCA, foco deste estudo, divide-se em: angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio (IAM). A angina instável refere-se a extrema dor no peito devido à diminuição do fluxo sanguíneo para o coração, ocorrendo, de modo geral, em momentos de esforço exacerbado. O popular ataque do coração, infarto agudo do miocárdio, ocorre pela falta de suprimento para o músculo cardíaco, resultando na morte do tecido (Rodrigues & Seidl, 2008). A etiologia da SCA é multifatorial e, conforme Rodrigues e Seidl (2008), pode ser dividida em

fatores de risco não modificáveis (história familiar para doença arterial coronariana, idade e sexo) e fatores de risco modificáveis (tabagismo, sedentarismo, obesidade, dislipidemia, diabetes e hipertensão), porém apenas os primeiros serão considerados neste estudo, pois os segundos se referem a problemas ou doenças associadas a SCA.

Entre os fatores de risco não modificáveis, é sabido que as SCA apresentam expressiva morbimortalidade na população idosa e masculina. Segundo o estudo de Galon et al. (2010), 20,1% dos pacientes coronariopatas têm acima de 75 anos e são homens. Contudo, a SCA também acomete mulheres, principalmente após menopausa, quando as alterações anatômicas e funcionais do envelhecimento juntam-se aos mecanismos fisiopatológicos das doenças cardiovasculares. O IAM, especificamente, é considerado a maior causa de óbitos em mulheres com mais de 40 anos, além da doença apresentar pior prognóstico, pois o risco de morte nas primeiras semanas e no primeiro ano após a ocorrência do evento chega a ser duas vezes maior do que para os homens (Duarte, 2007; Favarato, Favarato, Hueb, & Aldrighi, 2006). A predisposição genética também vem sendo apontada como importante fator de risco, sendo que familiares de primeiro grau, principalmente homens abaixo dos 55 anos e mulheres com menos de 65 anos, apresentam maior propensão a desenvolver a doença prematuramente (Rabelo, 2001).

Para além dos fatores de risco não modificáveis e modificáveis, Rios-Martínez, Huitrón-Cervantes e Rangel-Rodríguez (2009) destacaram que condições psíquicas e sociais também são importantes para a compreensão da doença com vistas a um melhor tratamento. O estudo INTERHEART já sinalizava que na América Latina os fatores psicossociais foram relacionados ao aumento de risco de infarto agudo do miocárdio (40,2%), quando comparados aos demais fatores de risco avaliados (26,6%) (Avezumet al., 2005 as cited in Jurkiewicz & Romano, 2009). De acordo com Romano (1998), as doenças cardíacas são sentidas como um rompimento da vida em sua rotina habitual, acarretando problemas emocionais que, por vezes, podem dificultar o tratamento, como, por exemplo, resistir a mudanças no modo de vida e temer o estigma de ser um paciente coronariopata.

O diagnóstico de doença cardíaca aponta para uma enfermidade grave, trazendo à tona sentimentos de fragilidade, vulnerabilidade e consciência de finitude, já que passa pela eventualidade de uma morte súbita, sustentada por uma apreensão realista e não somente imaginária. “A doença é uma quebra do equilíbrio biopsicossocial do indivíduo, e obrigatoriamente remete o paciente à revisão de valores, ações e desencadeia mecanismos de resgate da condição humana e de suas relações” (Romano, 1998, p.70).

Ruschel (2006) refere que o desequilíbrio emocional é inevitável quando uma pessoa sente sua integridade ameaçada. Esta perda do sentimento de onipotência é considerada característica marcante da personalidade do coronariano, segundo Romano (1998), e faz com que o indivíduo utilize mecanismos de defesa com intuito de manter seu ego fora de perigo. Em geral, pacientes coronariopatas tendem a utilizar a negação, a racionalização e a regressão como recursos de enfrentamento psíquico, bem como expressam alterações emocionais como ansiedade, agitação e depressão, principalmente na fase aguda do IAM (Ruschel, 2006).

Favarato et al. (2006) se preocuparam em examinar os aspectos psicológicos da doença cardíaca entre homens e mulheres e apontaram que o impacto é maior em homens jovens,

desencadeando sentimentos de impotência e vulnerabilidade a partir do surgimento inesperado do adoecimento. Contudo, as mulheres apresentam pior prognóstico devido à maior prevalência de comorbidades, dentre elas a ansiedade e a depressão.

Estudos têm assinalado a incidência de ansiedade e de depressão em pacientes coronariopatas, indicando tais aspectos não somente como déficits funcionais, mas como fatores de risco complementares (Lemos, Gottschal, Pellanda, & Muller, 2008; Sardinha, Araújo, Silva, & Nardi, 2011; Sardinha, Nardi, & Zin, 2009). A ansiedade tem sido um dos estados psicológicos mais relacionados à SCA. O estudo de Vasconcelos (2007) demonstrou que 77,9% dos pacientes coronariopatas apresentaram ansiedade média e 22,1% ansiedade alta após episódio de IAM. Além disso, juntamente com outros fatores, a ansiedade vem sendo considerada importante para o desenvolvimento da doença arterial coronariana (Laham, 2008). A depressão, por sua vez, está relacionada à baixa adesão aos programas de reabilitação cardíaca, bem como a tratamentos farmacológicos (Laham, 2008).

Além dos aspectos biológicos e psicológicos influentes no desenvolvimento e enfrentamento da doença cardíaca, o apoio social também tem sido considerado um fator facilitador para o tratamento e reabilitação cardíaca (Rodrigues & Seidl, 2008). Cicirelli (1990 as cited in Pinho, 2008), refere o suporte social de duas formas: apoio social, apoio emocional (suporte emocional, promoção de autoestima e sentimento de pertencer a um grupo) e suporte instrumental (apoio financeiro, material e prestação de serviços e cuidados), sendo ambos importantes e com impactos significativos tanto no enfrentamento como na superação de problemas de saúde, também relacionado à adesão ao tratamento e à recuperação de infartados.

Frente ao exposto, torna-se importante averiguar as características psicológicas, além das sociais, presentes em indivíduos diagnosticados com síndrome coronariana aguda, a fim de traçar um perfil dos mesmos para melhor entender quem é o paciente coronariano, qual seu estado emocional geral, quais recursos de enfrentamento utiliza diante do adoecimento e como é sua rede de apoio, na busca de desenvolver melhores tratamentos e programas de prevenção. O objetivo deste estudo foi investigar as características sociais e psicológicas dos pacientes com síndrome coronariana aguda, atendidos por um programa multidisciplinar de um hospital da rede privada de saúde de Porto Alegre - RS.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, de caráter exploratório e transversal, e de abordagem quantitativa. O uso do protocolo de avaliação psicológica, utilizado pela equipe de psicologia no programa Top Cardio do Hospital Mãe de Deus, possibilitou o conhecimento de inúmeros casos e variáveis antecedentes, concomitantes e consequentes à enfermidade. Assim, ele pode ser considerado um importante instrumento para pesquisa e fonte dos mais diversos dados estatísticos de incidência da SCA.

### *Participantes*

O presente estudo foi realizado através da consulta a dados obtidos e registrados em 93 protocolos de avaliação psicológica dos pacientes que estiveram internados no Hospital Mãe de

Deus, situado em Porto Alegre, no período de março de 2011 a julho de 2012, considerados lúcidos e orientados no exame do estado mental e que possuíam um dos seguintes diagnósticos: Angina Instável (AI) ou Infarto Agudo do Miocárdio não especificado (IAM). Todos eles pertenciam à lista de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda (SCA), do Programa Top Cardio.

O Top Cardio (Táticas Orientadas ao Paciente Cardiológico) é um programa de qualidade assistencial, com vistas a excelência no atendimento dos pacientes portadores de doença cardiovascular, que trabalha com a divulgação de informações que facilitam o entendimento sobre a doença e o tratamento, buscando auxiliar na reabilitação cardíaca e na adequação das mudanças no estilo de vida. Os pacientes são identificados através de uma lista específica, divulgada por e-mail interno para as áreas de saúde que compõem o programa. Após identificação, eles são atendidos por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. O enfermeiro é o profissional responsável pelo atendimento inicial e pela entrega do folder explicativo do Top Cardio. Após, os demais profissionais prosseguem com os atendimentos. O protocolo utilizado para coleta de dados deste estudo foi preenchido e avaliado durante a internação dos pacientes pela equipe do serviço de psicologia do Hospital Mãe de Deus, composta por dois psicólogos e dois estagiários que cursavam o penúltimo ou o último semestre do curso de psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Todos eles receberam adequado treinamento para aplicação do instrumento.

### *Material*

O protocolo de avaliação psicológica foi desenvolvido pela equipe do serviço de psicologia do Hospital Mãe de Deus para ser aplicado aos pacientes do programa Top Cardio. Ele é utilizado pelos psicólogos e estagiários de psicologia no primeiro atendimento desta equipe com o paciente que possui SCA, a fim de obter dados clínicos e sociodemográficos, e avaliar o estado psicológico e os mecanismos de defesa utilizados pelo paciente no momento de internação, bem como sua rede de apoio familiar e social.

O protocolo consiste em um questionário formado, em sua maioria, por perguntas fechadas, com número reduzido de escolhas para resposta, sendo estruturado e de codificação simples (Cozby, 2009). No presente estudo foram avaliados os seguintes dados do protocolo: clínicos (diagnóstico de AI ou IAM), sociodemográficos (sexo, idade, estado civil e ocupação), psicológicos (exame do estado mental, mecanismos de defesa, estado psicológico geral) e apoio social (estrutura e suporte familiar). O exame do estado mental consiste em uma pesquisa sistemática de sinais e sintomas que podem ou não levar a alterações do funcionamento mental. As informações são obtidas através da observação direta da aparência do sujeito e da anamnese. Dentre as variáveis psicológicas que compõem o exame do estado mental, encontravam-se: consciência (lúcido, sonolento, confuso, estupor/torporoso), atenção (normoproséxico, hipovigil, hipervigil, hipotenaz, hipertenz), sensopercepção (sem alterações, alucinações auditivas, alucinações visuais, outras, pseudo-alucinações, ilusões, despersonalização, despersonalização), orientação (orientado, desorientado autopsiquicamente, desorientado alopsiquicamente), memória (preservada, déficit – imediata, recente ou remota), humor (eutímico/modulado, eufórico, depressivo, depressivo maior, reativa, lábil, ansioso, irritável,

expansivo), afeto (adequado, restrito, embotado, rigidez, ambivalência), pensamento (curso – preservado, inibido, fuga de ideias, acelerado, bloqueio, desagregado; produção – lógico, mágico, ilógico; conteúdo – preservado, delírio, pobre, ideias supervalorizadas, obsessões, fobias, ideação suicida, ideação homicida), conduta (adequada, auto-agressiva, dissociativa, hetero-agressiva, bizarra, agressiva, sedutora, dramática, risos imotivos, pueril, choro imotivado, promiscuidade, uso de drogas, inadequada, ambivalente), linguagem (normolálica, afasia, bradilálica, taquilálica, mutismo) e juízo crítico (sem alterações, prejudicado, insight intelectual, insight verdadeiro). Já os mecanismos de defesa eram classificados em: humor, negação, racionalização, sublimação, projeção, controle, deslocamento, formação reativa, repressão, regressão e outros, que deveriam ser especificados caso fossem assinalados. Para o estado psicológico geral, eram consideradas as categorias: deprimido, ansioso, agitado, tranquilo e confuso. A estrutura familiar, por sua vez, era avaliada como organizada, apoiadora, compreensiva, desorganizada, presente nas vistas e boletins médicos ou conflituosa, e o apoio social, qualificado de acordo com o suporte familiar recebido, que podia ser classificado em eficiente e ineficiente.

### *Procedimento*

O presente estudo seguiu as recomendações éticas para realização de pesquisas com seres humanos de acordo com as orientações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, bem como da Resolução 16/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Cabe destacar que não foi necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto aos participantes, por tratar-se de um estudo que utilizou apenas base de dados como fonte de informação. De qualquer modo, a privacidade dos pacientes foi preservada, mantendo-se o anonimato. Destaca-se que este estudo foi avaliado e devidamente aprovado pelos Comitês de Ética do Hospital Mãe de Deus (Protocolo N<sup>o</sup> 560/12) e da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Protocolo N<sup>o</sup> 12/078).

Os dados foram coletados tendo como fonte os protocolos de avaliação psicológica, preenchidos a partir do primeiro atendimento ao paciente pela equipe do serviço de psicologia do hospital. Reuniu-se 93 protocolos de pacientes que foram atendidos pelo programa Top Cardio no período de março de 2011 a julho de 2012. A partir desses, foi realizada uma análise estatística descritiva e inferencial dos dados sociais e psicológicos. Os dados foram processados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 19.

## **RESULTADOS**

Inicialmente, são expostos os dados descritivos, considerando cada grupo, classificado pelo diagnóstico (Angina Instável - AI e Infarto de Agudo do Miocárdio - IAM) e também a amostra como um todo (SCA). Por fim, também são apresentados os dados resultantes da análise do teste qui-quadrado. No Quadro 1 são apresentadas as características sociodemográficas de cada grupo.

Quadro 1.

*Características sociodemográficas (N = 93)*

<b>Características</b>	<b>SCA</b> % (n)	<b>AI</b> % (n)	<b>IAM</b> % (n)
<b>Sexo</b>			
Masculino	58,1 (54)	48,9 (22)	66,7 (32)
Feminino	41,9 (39)	51,1 (23)	33,3 (16)
<b>Idade</b>			
30-39	1,1 (1)	-	2,1 (1)
40-39	9,7 (9)	11,1 (5)	8,3 (4)
50-59	24,7 (23)	17,8 (8)	31,2 (15)
60-69	31,2 (29)	28,9 (13)	33,3 (16)
70-79	25,8 (24)	31,1 (14)	21,0 (10)
80-89	7,5 (7)	11,1 (5)	4,1 (2)
<b>Estado civil</b>			
Solteiro	15,1 (14)	11,1 (5)	18,8 (9)
Casado	66,7 (62)	62,2 (28)	70,8 (34)
Divorciado	2,2 (2)	-	4,2 (2)
Viúvo	16,1 (15)	26,7 (12)	6,3 (3)
<b>Profissão</b>			
Profissional ativo	49,5 (46)	42,2 (19)	56,3 (27)
Aposentado	40,9 (38)	46,7 (21)	35,4 (17)
Do lar	9,6 (9)	11,1 (5)	8,3 (4)
<b>Total</b>	100 (93)	48,4 (45)	51,6 (48)

SCI (Síndrome Coronariana Aguda); AI (Angina Instável); IAM (Infarto Agudo do Miocárdio)

Com relação ao diagnóstico, foram identificados mais pacientes com IAM do que com AI, sendo maioria de homens com IAM e de mulheres com AI. A SCA mostrou-se bastante incidente em pacientes com idade de 50 a 79 anos, sendo que o diagnóstico de AI foi prevalente entre as pessoas na faixa etária de 60 a 79 anos e de IAM entre as pessoas na faixa etária de 50 a 69 anos. Em relação ao estado civil, encontrou-se maior incidência de casados ou que viviam em união consensual em ambos os diagnósticos. Quanto à ocupação, destacaram aqueles que eram profissionalmente ativos (49,5%) e aposentados (40,9%), sendo a maioria de profissionais ativos com diagnóstico de IAM e de aposentados com AI.

As características psicológicas referentes ao exame do estado mental, aos mecanismos de defesa e ao estado psicológico geral são apresentadas no Quadro 2. Cabe destacar que, com relação ao exame do estado mental e aos mecanismos de defesa, era possível eleger mais de uma opção no protocolo de avaliação, portanto, há diferenças no valor do *N* total desses itens.

Quadro 2.

*Características psicológicas (N = 93)*

<b>Dados psicológicos</b>	<b>SCA</b>	<b>AI</b>	<b>IAM</b>
	% (n)	% (n)	% (n)
<b>Exame do estado mental<sup>1</sup></b>			
<i>Humor</i>			
Eutímico/Modulado	54,3 (57)	52,0 (27)	56,6 (30)
Eufórico	2,9 (3)	-	5,6 (3)
Depressivo	0,9 (1)	1,9 (1)	-
Lábil	16,2 (17)	17,3 (9)	15,1 (8)
Ansioso	22,8 (24)	27,0 (14)	18,9 (10)
Expansivo	2,9 (3)	1,9 (1)	3,8 (2)
<b>Mecanismos de defesa</b>			
Humor	6,4 (15)	2,9 (3)	9,2 (12)
Negação	30,0 (70)	32,7 (34)	27,7 (36)
Racionalização	31,6 (74)	36,6 (38)	27,7 (36)
Sublimação	0,8 (2)	0,9 (1)	0,9 (1)
Projeção	4,3 (10)	3,9 (4)	4,6 (6)
Controle	14,1 (33)	16,3 (17)	12,3 (16)
Deslocamento	9 (21)	5,8 (6)	11,5 (15)
Outros	3,8 (9)	2,2 (1)	6,1 (8)
<b>Estado psicológico geral</b>			
Deprimido	7,5 (7)	6,7 (3)	8,3 (4)
Ansioso	33,3 (31)	35,6 (16)	31,3 (15)
Agitado	6,5 (6)	4,4 (2)	8,3 (4)
Tranquilo	52,7 (49)	53,3 (24)	52,1 (25)
<b>Total</b>	<b>100 (93)</b>	<b>100 (45)</b>	<b>100 (48)</b>

SCI (Síndrome Coronariana Aguda); AI (Angina Instável); IAM (Infarto Agudo do Miocárdio)

Como visto, em relação ao exame do estado mental observou-se que todos os pacientes investigados possuíam consciência lúcida, estavam orientados, com atenção normal (normoproséxico), senso-percepção sem alterações e memória preservada. Quanto humor, a maioria dos pacientes apresentou humor eutímico/modulado em ambos os diagnósticos (AI = 52%; IAM = 56,6%). O afeto estava adequado em 92,5%, restrito em 6,4% e embotado em somente 1,1% dos pacientes. O pensamento apresentou produção lógica em todos os casos, curso preservado em 98,9%, curso inibido em 1,1%, conteúdo preservado em 98,9% e ideias supervalorizadas em 1,1% dos casos. A conduta, por sua vez, foi avaliada como adequada (100%). A linguagem mostrou-se normal em 97,8% dos sujeitos e bradilálica em 2,2%. Por fim, quanto ao juízo crítico, apresentaram-se sem alterações 96,8% dos pacientes, com insight intelectual 2,1% e com insight verdadeiro 1,1%. Tais resultados demonstraram que não foram

<sup>1</sup> Devido a não ter havido ampla variação entre os diferentes aspectos avaliados no Exame do Estado Mental, apenas o humor está apresentado no quadro e os demais se encontram descritos no texto.

encontradas alterações significativas em relação ao exame do estado mental.

Referente aos mecanismos de defesa observou-se que os mais utilizados pelos pacientes foram a racionalização (31,6%), a negação (30%), o controle (14,1%) e o deslocamento (9%), considerando que, em geral, foram assinaladas mais de uma opção no protocolo, totalizando 234 marcações. Dentre outros mecanismos de defesa, apareceram: humor (6,4%), projeção (4,3%), sublimação (0,8%) e outros (3,8%). Em ambos os diagnósticos, a racionalização e a negação destacaram-se como principais. Com relação ao estado psicológico geral, os indivíduos mostraram-se tranquilos (52,7%), no entanto, também de forma importante notou-se pacientes com estado psicológico geral ansioso (33,3%). Dentre outros, destacou-se o estado deprimido (7,5%) e agitado (6,5%), estes dois últimos grupos com prevalência no diagnóstico de IAM.

O Quadro 3 apresenta os dados relacionados ao apoio social, a saber: suporte familiar e estrutura familiar, sendo que nesta última também era possível mais de uma marcação.

### Quadro 3.

Dados sobre o apoio social ( $N = 93$ )

<b>Apoio social</b>	<b>SCA</b> % (n)	<b>AI</b> % (n)	<b>IAM</b> % (n)
<b>Suporte familiar</b>			
Eficiente	93,2 (83)	91,5 (39)	91,5 (44)
Ineficiente	6,8 (6)	8,5 (2)	8,5 (4)
<b>Estrutura familiar</b>			
Organizada	31,7 (70)	32,4 (35)	31,0 (35)
Apoio ao paciente	33,0 (73)	35,2 (38)	31,0 (35)
Compreensiva do caso	14,5 (32)	12,0 (13)	16,8 (19)
Desorganizada	1,3 (3)	0,9 (1)	1,8 (2)
Presente a visitas e boletins	17,2 (38)	18,6 (20)	16 (18)
Conflituosa	2,3 (5)	0,9 (1)	3,5 (4)

SCI (Síndrome Coronariana Aguda); AI (Angina Instável); IAM (Infarto Agudo do Miocárdio)

Relacionado ao apoio social foi possível observar o suporte familiar eficiente para a maioria dos casos (93,2%). Contudo, em cinco protocolos tal aspecto não pôde ser avaliado no momento do seu preenchimento. As famílias apresentaram-se organizadas em 31,7% dos casos, apoiadoras em 33%, presentes em 17,2% e com compreensão do quadro clínico em 14,5%.

Por fim, considerando o conjunto dos dados, foi realizado o teste qui-quadrado para verificar a relação entre as variáveis. Constatou-se relação significativa apenas entre o estado civil e o diagnóstico, indicando que pessoas casadas tem maior probabilidade de serem diagnosticadas com AI ou IAM [ $\chi^2(3, N = 93) = 9,04, p \leq 0,03$ ], seguidos dos viúvos, solteiros e divorciados.

## DISCUSSÃO

O perfil psicossocial de pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) ainda tem sido pouco investigado. Sabe-se da grande incidência dessa doença, no entanto pouco se conhece sobre os aspectos emocionais dos acometidos e como a enfrentam, considerando que é bastante temerosa na sociedade ocidental atual.

As doenças cardíacas são uma das principais causas de morte em homens acima dos 65 anos, mas também em mulheres acima dos 75 anos. Da mesma forma, o IAM ocorre com maior frequência em idosos, ocasionando maior mortalidade do que em indivíduos mais jovens (Pinho, 2008). No presente estudo verificou-se que a maioria dos pacientes com SCA eram também homens e idosos, assim como em outros estudos encontrados na literatura (Carvalho, 2006; Dessotte, Dantas, Schmidt, & Rossi, 2011; Galon et al., 2010; Lemos, Davis, Moraes, & Azzolin, 2010). Além disso, Romano (1998) refere que esta enfermidade, de modo geral, ocorre em pessoas profissionalmente ativas, corroborando os dados do presente estudo que indicaram pacientes em plena atividade profissional, principalmente aqueles com diagnóstico de IAM. Demonstrou-se, ainda, uma grande incidência em pacientes casados, o que está de acordo com outras pesquisas (Dessotte et al., 2011; Lemos et al., 2010; Vasconcelos, 2007).

No que se refere aos aspectos psicológicos, verificou-se que grande parte dos pacientes possuía estado psicológico geral tranquilo, fato igualmente constatado por Romano (1998) no estudo em que observou o estado de tranquilidade em pacientes coronariopatas internados em unidades de terapia intensiva. A autora relacionou tal fato ao mecanismo de defesa negação, também evidenciado neste estudo, e explicou-o como uma atitude defensiva relacionada à angústia de morte, provocada pela situação de adoecimento e hospitalização. Ela ainda apontou a negação como um recurso positivo, para alguns casos, na medida em que atenua o impacto da doença durante a fase inicial, minimizando o sofrimento e possibilitando uma aceitação gradativa do quadro clínico.

Nesse sentido, pode-se pensar da mesma forma em relação ao estado de humor modulado/eutímico, o qual foi bastante evidente neste estudo. Considerando que o humor é “o estado emocional basal e difuso em que se encontra a pessoa em determinado momento” (Dalgalarondo, 2008, p. 155), a negação e a racionalização manifestadas puderam ter influência sobre o humor dos pacientes investigados, amenizando a ameaça ao ego que a doença representa e, por consequência, não alterando o estado de humor.

Oliveira, Sharovsky e Ismael (1995) também referiram que pacientes coronariopatas tendem a utilizar negação e racionalização como recursos de enfrentamento. De acordo com Romano (1998), esses mecanismos podem estar presentes, não somente durante a internação hospitalar por doença cardíaca, mas também anteriormente ao evento, pela dificuldade em aceitar o adoecimento, deixando de buscar a ajuda necessária quando na ocasião dos sintomas. Tal dificuldade de aceitação traz consequências ao tratamento e à reabilitação, podendo agravar o quadro clínico e levar à morte (Ruschel, 2006).

O paciente com AI ou IAM, em razão dos avanços da medicina e eficientes tratamentos, consegue ter seus sintomas reparados, permitindo enganar-se sobre sua real situação, o que muitas vezes o leva a não mudar os hábitos necessários para reabilitação. Ele pode seguir sem controlar os fatores de risco modificáveis e continuar a ter uma vida estressante, má

alimentação, entre outros fatores de risco (Ruschel, 2006), além de não cuidar de seu estado emocional. Entende-se que o controle desses fatores estaria relacionado à aceitação da doença e sua consequente fragilidade, portanto segue-se negando-a, a fim de poupar-se do sofrimento pela situação ocorrida. Além disso, é importante verificar se os mecanismos de enfrentamento utilizados permitem ao paciente compreender a sua realidade, o que beneficiará a adesão ao tratamento, conservando a ansiedade a níveis suportáveis (Carioni Filho, 2006).

No que diz respeito ao estado psicológico geral e também ao estado de humor, destaca-se que a ansiedade foi notória. Alguns autores relacionaram a ansiedade à doença cardíaca (Laham, 2008; Ruschel, 2006; Vasconcelos, 2007), identificando-a como uma reação de defesa na tentativa de manter o equilíbrio do sujeito. De acordo com Laplanche e Pontalis (2001, p. 107), defesas são “um conjunto de operações cuja finalidade é reduzir, suprimir qualquer modificação suscetível de pôr em perigo a integridade e a constância do indivíduo biopsicológico”. Portanto, quando a doença coronariana surge inesperadamente e interrompe a rotina normal da vida, a ansiedade é acentuada e a negação é utilizada na busca de reduzir a apreensão sobre o ocorrido (Oliveira et al., 1995). Por outro lado, quando o humor ansioso é observado, pode-se também pensar que os mecanismos de defesa utilizados estão permitindo que o paciente entre, de algum modo, em contato com a realidade da doença. Assim, ele se permite vivenciar os sentimentos despertados devido à magnitude de mudanças que a enfermidade implica na rotina habitual e familiar, bem como enfrentar o seu prognóstico.

Os aspectos considerados no exame do estado mental em pacientes com SCA, como atenção, afeto, sensopercepção, linguagem, conduta, juízo crítico, memória, humor, pensamento, não foram encontrados em pesquisas documentadas na literatura da área. No presente estudo, notou-se que grande parte dos indivíduos não apresentava alterações importantes nesses aspectos, demonstrando, em sua maioria funções psíquicas adequadas e íntegras e aspectos cognitivos preservados no momento da internação. Em todos os casos a memória mostrou-se preservada. A capacidade de registrar, fixar e trazer à tona experiências já ocorridas está proximamente relacionada com a afetividade o nível de consciência e de atenção. Da mesma forma, a orientação que é a capacidade de situar-se quanto a si e ao ambiente requer a integração das funções de atenção, percepção e memória. Considerando que somente foram avaliados pacientes orientados e com consciência lúcida, torna-se justificável que a memória e a atenção estivessem preservadas e a sensopercepção sem alteração, sendo esta faculdade a de perceber e interpretar os estímulos que se mostram aos órgãos dos sentidos (Cordioli, Zimmermann, & Kessler, 2004).

Quanto ao afeto, definido como o sentimento subjetivo e imediato das emoções do paciente, que abrange desde sentimentos relacionados a pessoas e ambientes até recordações de fatos e experiências, assim como expectativas para o futuro (Cordioli et al., 2004), constatou-se que houve algumas alterações. Alguns pacientes apresentaram-se como tendo afeto restrito e embotado, mas na maioria dos casos ele foi adequado.

A linguagem, por sua vez, é fundamental na execução e na elaboração do pensamento, além da função comunicativa e da expressão de sentimentos na forma verbal ou não verbal (Dalgalarrodo, 2008). A linguagem bradilálica apareceu em uma pequena percentagem dos pacientes, especificamente naqueles com diagnóstico de AI. Esse tipo de linguagem se mostra de forma lenta e de difícil compreensão e está associada a quadros depressivos graves. Assim, ela pode estar relacionada a pacientes que apresentavam estado psicológico deprimido ou

humor depressivo (Dalgarrondo, 2008).

Com relação ao juízo crítico, é a partir dele que os indivíduos asseguram seu contato com o ambiente e distinguem a verdade do equívoco, afirmando a existência de um objeto, bem como discernem uma qualidade da outra (Dalgarrondo, 2008). Refere-se, ainda, à possibilidade de se auto-avaliar de forma adequada e possuir uma visão realista de si, suas dificuldades e qualidades. Notou-se, no presente estudo, que pacientes com IAM tiveram alterações relacionadas ao juízo crítico quando comparados aos sujeitos com AI, apresentando mais insight verdadeiro e intelectual. O insight é uma forma mais complexa de juízo, que exige maior grau de autoconhecimento no que se refere ao aspecto emocional, a doença e suas consequências na vida em geral (Cordioli et al., 2004).

No tocante à conduta, ela apresentou-se adequada em todos os pacientes de ambos diagnósticos. A conduta diz respeito aos comportamentos observáveis das pessoas, atitudes, gestos, impulsos, verbalizações, entre outras. Já o pensamento, engloba diversos dos aspectos do exame mental, como memória, sensopercepção e a própria consciência. Ele é o conjunto integrado de funções capazes de associar estímulos internos e externos, julgar, sintetizar, criar, analisar e abstrair. De acordo com Cordioli et al. (2004), o pensamento é dividido em produção, curso e conteúdo. No presente estudo todos os pacientes apresentaram pensamento de produção lógico, ou seja, coerente e de fácil compreensão. Em relação ao curso mostrou-se inibido em apenas um indivíduo com diagnóstico de AI, sendo o mesmo referente à quantidade de ideias que vem ao pensamento, neste caso escassas. Os demais pacientes apresentaram curso de pensamento preservado. Da mesma forma, o conteúdo do pensamento, que é relativo às ideias propriamente ditas e sua conexão ou não com a realidade, esteve preservado na maioria dos pacientes. Apenas um indivíduo com IAM apresentou ideias supervalorizadas. De modo geral, o exame do estado mental demonstrou não haver alterações significativas nas funções psíquicas dos pacientes, o que indica que os indivíduos avaliados não apresentavam transtornos psiquiátricos e neurológicos aparentes.

Por fim, foi possível constatar que o suporte familiar efetivo foi prevalente, corroborando o estudo de Silvério, Dantas e Carvalho (2009), que verificaram um elevado nível de apoio, percebido pelos pacientes por parte de familiares e amigos, preservando os doentes de fortes emoções e evitando aborrecimentos, com o intuito de protegê-los. Conforme Rodrigues e Seidl (2008), a família exerce papel fundamental no que se refere ao ajustamento psicológico do paciente, bem como no manejo dos sintomas da enfermidade.

Também é plausível supor que o fato de os participantes do presente estudo serem pacientes de um hospital da rede privada, referência em saúde na cidade de Porto Alegre, pode haver maior esclarecimento por parte da família sobre a importância de uma rede de apoio no momento da hospitalização e de todos os cuidados envolvidos. Embora não se tenham componentes que refiram à escolaridade dos membros da família, pode-se levar em conta o contexto social no qual estão inseridos.

Cabe destacar, ainda, que o presente estudo verificou a relação entre o diagnóstico e o estado civil, indicando que os pacientes casados eram os que mais apresentavam o diagnóstico de SCA ( $p \leq 0,03$ ). Ruschel (2006) refere que um dos eventos que pode influenciar o desenvolvimento da SCA são as crises conjugais. O estresse familiar, entre os quais se encontram os relativos à conjugalidade, também foi apontado por Pietrobon (2012) como podendo acentuar o prognóstico e desenvolvimento das doenças coronarianas. Além do trabalho e do suporte

financeiro, o sujeito casado deve prestar apoio e atenção à família, podendo ter uma vida mais estressante e agitada, ficando, assim, mais vulnerável à má alimentação, sedentarismo, entre outros fatores de risco. Assim, pode-se pensar que as pessoas casadas estão, de alguma forma, mais suscetíveis a fatores que comprometem a sua saúde, pelo menos no que diz respeito às doenças coronarianas.

Com relação às demais variáveis não houve relações significativas, considerando que um resultado não significativo estatisticamente indica que é provável que as diferenças encontradas sejam casuais. Portanto, pode-se pensar que a doença coronariana está relacionada a um conjunto de fatores de risco, que, quando analisados isoladamente, podem não resultar em uma explicação estatisticamente significativa, a qual indique que a diferença seja confiável, sendo pequena (menor que 5%) a probabilidade de o resultado ser espúrio.

Como limitações do presente estudo, destaca-se a utilização do protocolo de avaliação psicológica, que é um instrumento validado apenas no serviço de psicologia do referido hospital, preenchido de acordo com a percepção do próprio psicólogo ou estagiário de psicologia, o que pode ter interferido na avaliação devido a cada profissional possuir uma percepção individual, embora semelhante quanto ao embasamento teórico-clínico. Além disso, é importante ressaltar que os aspectos psicológicos, funções psíquicas, mecanismos de defesa e apoio social, verificados neste estudo, podem ter sofrido alterações ao longo da internação, fato que não foi posteriormente investigado. É sabido que a doença e a hospitalização são parte de um processo que pode ter variações nos aspectos emocionais, biológicos e sociais.

Visto que a doença arterial coronariana, em especial a SCA, é considerada causa de morte e incapacidades, destaca-se a importância de continuar investigando, para além das questões biofisiológicas, o perfil psicológico e social destes pacientes. Por isso, os portadores deste diagnóstico devem ser vistos de forma integral pelos profissionais da saúde, que, muitas vezes, acabam considerando os aspectos emocionais e sociais menos relevantes durante o processo de internação hospitalar ou tratamento ambulatorial. Assim, é importante o acolhimento a esses pacientes e suas famílias com vistas a desenvolver intervenções e programas de saúde específicos que levem em conta os aspectos singulares destes sujeitos em sofrimento físico e psicológico, compreendendo que aspectos psicológicos, mecanismos de defesa e apoio social podem influenciar significativamente no desenvolvimento da doença arterial coronariana e no tratamento da mesma.

### **Agradecimentos**

Artigo derivado do trabalho de conclusão do curso de psicologia/UNISINOS de Anne Torres Zanchet, realizado sob orientação de Angela Helena Marin.

### **REFERÊNCIAS**

Carioni Filho, E. (2012). *Mecanismos psicológicos mobilizados no paciente submetido à internação hospitalar*: Uma pesquisa bibliográfica. Palhoça: UNISUL. Retrieved from <http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/08/ErnaniCarioniFilh.pdf>

- Carvalho, L. V. B. (2006). *Características de pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores relacionados à adesão ao tratamento* (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem, São Paulo. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17102006-120739/>
- Cordioli, A. V., Zimmermann, H. H., & Kessler, F. (2012). *Rotina de avaliação do estado mental*. Retrieved from <http://www.ufrgs.br/psiq/avalia1.html>
- Cozby, P. C. (2009). Pesquisa de levantamento: Uma metodologia para estimular pessoas a falar sobre si mesmas. In P. C. Cozby, *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento* (1ª Ed, pp.141 - 152). São Paulo: Atlas.
- Dalgalarro, P. (2008). Avaliação do paciente e funções psíquicas alteradas. In P. Dalgalarro, *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª Ed., pp. 61-277). Porto Alegre: Artmed.
- Dessotte, C. A. M., Dantas, R. A. S., Schmidt, A., & Rossi, L. A. (2011). Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados decorrente da primeira síndrome coronária aguda. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 1106-1113. doi: [org/10.1590/S0104-11692011000500007](https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500007)
- Duarte, E. da R. (2007). A mulher e o envelhecimento: Alterações cardiovasculares na mulher geriátrica. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, 16(12), 1-6.
- Favarato, M. E. C. de S., Favarato, D., Hueb, W. A., & Aldrighi, J. M. (2006). Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: Comparação entre gêneros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52, 236-241. doi: [org/10.1590/S0104-42302006000400023](https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000400023)
- Ferreira, J. F. M., & Timerman, A. (2007). Diagnóstico e estratificação de risco na sala de emergência. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 3, 43-56.
- Galon, M. Z., Meireles, G. C. X., Kreimer, S., Marchiori, G. G. A., Favarato, D., Almeida, J. A. P., & Capeline, L. S. (2010). Perfil clínico-angiográfico na doença arterial coronariana: Desfecho hospitalar com ênfase nos muitos idosos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95, 422-429. doi: [org/10.1590/S0066-782X2010005000127](https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000127)
- Jurkiewicz, R., & Romano, B. W. (2009). Doença arterial coronariana e vivência de perdas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93, 352-359. doi: [org/10.1590/S0066-782X2009001000007](https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009001000007)
- Laham, M. (2008). Psicocardiología: Su importancia em la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma psicológica*, 15, 143-170.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. (4a ed.), São Paulo: Martins Fontes.
- Lemos, C., Gottschall, C. A. M., Pellanda, L. C., & Muller, M. (2008). Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 471-476. doi: [org/10.1590/S0102-37722008000400010](https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000400010)
- Lemos, K. F., Davis, R., Moraes, M. A., & Azzolin, K. (2010). Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31, 129-35. doi: [org/10.1590/S1983-14472010000100018](https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100018)
- Ministério da Saúde. *Datasus - Mortalidade geral*. Retrieved em 20 de junho de 2012, from <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

- Oliveira, M. de F. P. de, Sharovsky, L. L., & Ismael, S. M. C. (1995). Aspectos emocionais do paciente coronariano. In M. de F. de Oliveira, & S. M. C. Ismael (Eds.), *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia* (pp.185-196). São Paulo: Papirus.
- Pietrobon, R. C. (2012). Fatores de risco psicológicos na doença coronariana. In C. M. M. Lemos, & R. C. Pietrobon (Eds.), *Psicocardiologia: a construção de um conhecimento* (pp. 103-126). Porto Alegre: Instituto Brasileiro de Psicocardiologia.
- Pinho, M. X. (2008). A velhice em uma visão geriátrica e gerontológica: Contribuições da psicologia. In C. P. Almeida, & A. L. A. Ribeiro (Eds), *Psicologia em Cardiologia* (pp. 177-199). São Paulo: Alínea.
- Rabelo, L. M. (2001). Fatores de risco para doença aterosclerótica na adolescência. *Sociedade Brasileira de Pediatria*, 77, 153-164.
- Rios-Martínez, B. P., Huitrón-Cervantes, G. H., & Rangel-Rodríguez, G. A. (2009). Psicopatología y personalidad de pacientes cardiopatas. *Archivos de cardiologia de México*, 79, 257-262.
- Rodrigues, M. A., & Seidl, E. M. F. (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, 18, 279-288. doi: org/10.1590/S0103-863X2008000200006
- Romano, B. W. (1998). Síndromes depressivas e sua relação com a cirurgia cardíaca. In B. W. Romano (Ed.), *A prática da psicologia nos hospitais* (2ª ed., pp. 76-78). São Paulo: Pioneira.
- Ruschel, P. P. (2006). *Quando o luto adoece o coração: Luto não elaborado e infarto*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Sanches, P. C. R., & Moffa, P. J. (2010). *Eletrocardiograma: Uma abordagem didática*. São Paulo: Roca.
- Sardinha, A., Araújo, C. G. S., Silva, A. C., & Nardi, A. E. (2011). Prevalência de transtornos psiquiátricos e ansiedade relacionada à saúde em coronariopatas participantes de um programa de exercício supervisionado. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38, 61-65. doi: org/10.1590/S0101-60832011000200004
- Sardinha, A., Nardi, A. E., & Zin, W. A. (2009). Ataques de pânico são realmente inofensivos? O impacto cardiovascular do transtorno de pânico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 57-62. doi: org/10.1590/S1516-44462009000100014
- Silvério, C. D., Dantas, R. A. S., & Carvalho, A. R. S. (2009). Avaliação do apoio social e da autoestima por indivíduos coronariopatas, segundo sexo. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 43, 407-414. doi: org/10.1590/S0080-62342009000200021
- Vasconcelos, C. B. (2007). *Qualidade de vida, ansiedade e depressão após infarto agudo do miocárdio*. Universidade Federal de Uberlândia – MG. Retrieved from [http://www.bdtd.ufu.br/tde\\_arquivos/7/TDE20070830T084102Z636/Publico/CBVasconcelosDISPRT.pdf](http://www.bdtd.ufu.br/tde_arquivos/7/TDE20070830T084102Z636/Publico/CBVasconcelosDISPRT.pdf)
- World Health Organization. Strategic priorities. *Cardiovascular disease*. Retrieved from [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/index.html](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/index.html)