

ARTIGOS**A TCC no pré e pós operatório de cirurgia cardiovascular****The cognitive behavior therapy before and after cardiac surgery****Jaqueline Andréia da Luz Gomes¹; Giovanni Kuckartz Pergher²****1- Psicóloga especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (ICTC), Dependência Química (PUC/PR) e Psicologia Hospitalar (CFP).
Filiação Institucional: Psicóloga do Hospital São João Batista em Criciúma.****2- Psicólogo, Mestre em Psicologia Social e da Personalidade (PUCRS)
Filiação Institucional: Faculdades Integradas de Taquara – FACCAT****Correspondência:** Rua Moyses José de Aguiar, 245, casa A, Pio Correia – Criciúma
SC CEP 88811650 Fones: (48) 91186040 e (48) 34616125.
E.mail: jlugomes@gmail.com**RESUMO**

O presente artigo pretende verificar através de revisão de literatura, como são realizados os acompanhamentos psicológicos através da abordagem cognitivo comportamental, em pacientes que serão submetidos a cirurgia cardíaca. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, e, no Brasil, estas doenças são a principal causa de morte na população. A cirurgia cardíaca é um dos tratamentos, sendo considerada de alta complexidade, destinada à correção cirúrgica de cardiopatias, defeitos congênitos, alterações anatômicas e tratamento de doenças crônicas, como a aterosclerose que causa obstrução coronariana levando a cirurgia de revascularização do miocárdio. Para submeter-se ao procedimento em situações eletivas, o paciente deve estar com estado clínico estável e receber acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, entre eles o psicólogo hospitalar. O acompanhamento psicológico vem exercendo importante função no manejo de problemas relacionados à doença, além da avaliação e preparação para procedimentos invasivos. A Terapia Cognitiva é escolhida por vários psicólogos porque apresenta breve duração, orientação para o presente, e a

modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais para o uso de estratégias de enfrentamento mais adequadas. Atualmente, a psicoeducação, aliada a descoberta guiada, treino de habilidades sociais e as técnicas de relaxamento e distração são os procedimentos mais utilizados.

Palavras-Chave: Cirurgia Cardíaca, Psicologia Hospitalar, Terapia Cognitivo-Comportamental

ABSTRACT

This article intends to determine through review of the literature, such as psychological accompaniments are performed through the cognitive-behavioral approach in patients who went through cardiac surgery. Cardiovascular diseases are the leading cause of death in all the world, and in Brazil, these diseases are the leading cause of death in the population. Cardiac surgery is a treatment, being considered of high complexity, for the surgical correction of heart disease, birth defects, anatomical abnormalities and treatment of chronic diseases such as atherosclerosis that causes coronary artery obstruction and leads to coronary artery bypass grafting. To go through the procedure, the patient should be in stable clinical status and receive follow-up of a multidisciplinary team, including the hospital psychologist. The counseling has been exerting an important role in the management of problems related to the disease, and the evaluation and preparation for invasive procedures. Cognitive Therapy is chosen by many psychologists because it presents short-term orientation to the present, and modification of dysfunctional thoughts and behaviors to use coping strategies more appropriate. Currently, psychoeducation, combined with guided discovery, and social skills training relaxation techniques and distraction are the most commonly used procedures.

Keywords: Cardiac surgery. Hospital Psychology. Cognitive-behavioral therapy.

INTRODUÇÃO

A cirurgia cardíaca é, sem dúvida, um dos procedimentos médicos que mais mobilizam o paciente e seus familiares, principalmente pelas crenças que acompanham o significado do coração e todas as fantasias e medos relacionados ao pós-operatório. Segundo Romano (1994, p. 40) "o coração é um órgão vital, centro motor da circulação do sangue e suposta sede da sensibilidade moral, das paixões, sentimentos, amor e afeto".

Estar internado para realização de um procedimento cirúrgico de alta complexidade desencadeia no paciente uma série de pensamentos e sentimentos relacionados ao medo da morte, da dor, dos desconhecidos procedimentos médicos, da separação de seus familiares, de possível complicação, seqüela ou invalidez pós-operatória. O psicólogo hospitalar trabalha nesse contexto, procurando amenizar sentimentos que possam interferir na recuperação do paciente, assim como o prepara para situações que provavelmente irá se deparar ao longo de sua internação, com o objetivo de proporcionar confiança e tranquilidade, evitando a sensação de estar sendo agredido e torturado (Finkel & Espíndola, 2008).

Atualmente, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) vem sendo a abordagem de escolha de vários psicólogos hospitalares devido suas principais características: breve duração, focada no problema atual e colaborativa. Apresentar uma posição mais ativa no tratamento, saindo da posição de "paciente/passivo", adquirir novos comportamentos, assim como aprender a modificar pensamentos disfuncionais, reforçam a auto eficácia e a estabilidade emocional do paciente, assim como diminuem a insegurança e outros sentimentos negativos que podem influenciar no controle de alguns parâmetros clínicos como pressão arterial, diabetes e o aumento de batimentos cardíacos (Carney e col., 1987).

De acordo com Doering, Cross, Vredevoe, Martinez-Maza e Cowam (2007), em estudo piloto realizado na Universidade da Califórnia com mulheres que se submeteram a revascularização do miocárdio, foi verificado que a TCC oferece

suporte para melhora do quadro depressivo e de imunidade, reduzindo processos inflamatórios e infecciosos no pós operatório (PO). Dessa forma, além de ser um recurso para trabalhar as emoções, a TCC possibilita a aprendizagem de novo repertório de enfrentamento, visto que mesmo um procedimento cirúrgico de alta complexidade não garante a plena recuperação se não houver no paciente uma mudança de comportamento em relação a si mesmo. Para isso, o paciente deve ser colaborativo e proativo, percebendo o quanto seu investimento pessoal positivo influencia diretamente nos resultados da cirurgia, inclusive diminuindo possíveis complicações pós cirúrgicas.

Atualmente, em alguns hospitais, o paciente pode contar com o trabalho do profissional de psicologia durante seu internamento, tornando a inserção do psicólogo hospitalar reconhecida e requisitada. Conforme documento do Ministério da Saúde, através da Portaria 66, de 06 de maio de 1993, os hospitais que recebem autorização para credenciamento em Alta Complexidade Cardiovascular, devem manter em seus recursos humanos equipes multiprofissionais que, além de profissionais médicos, incluam enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas.

Contudo, para a adequada inserção do psicólogo no contexto hospitalar, deve haver uma sistematização dos procedimentos realizados, onde a padronização das técnicas terapêuticas não só orientem, mas promovam credibilidade em uma área até então, vista por várias especialidades de saúde, como sendo vaga e subjetiva. De acordo com Kerbauy (1999), a atitude do psicólogo no hospital tem que ser científica, pois o hospital funciona através de métodos da ciência (ações claras, objetivas e precisas). Dessa forma, pode-se dizer que sendo a abordagem com grande número de pesquisas realizadas, a TCC mostra-se adequada em meios técnicos, como é o caso de ambientes médicos – hospitalares.

Terapia Cognitiva Comportamental em ambiente hospitalar

O hospital caracteriza-se, principalmente por ser um ambiente frio, impessoal e ameaçador, uma opção feita por necessidade e muitas vezes em

caráter de emergência, sob um clima de expectativas e medo. Implica em uma interrupção do ritmo comum de vida, seja por curto ou longo prazo, sendo normal e esperado que, seja qual for o motivo da internação, esta conseqüentemente irá gerar no paciente e seus familiares uma série de pensamentos e sentimentos a cerca das expectativas relacionadas à doença ou ao procedimento a ser realizado, sua recuperação e desfecho final. Mazutti e Kitayama (2008, p 114) colocam que

"Independente da razão médica pela qual uma pessoa é hospitalizada, esta será para ela uma experiência de incertezas e apreensão, deixando vulneráveis o paciente e sua família. A quebra da rotina, o afastamento das pessoas próximas e queridas, o contato com o ambiente desconhecido e marcado por regras próprias, assim como a dependência de cuidados alheios e a suspensão dos projetos de vida caracteriza a hospitalização como uma situação ameaçadora e geradora de ansiedade."

O psicólogo hospitalar, título reconhecido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP no. 013/2007) atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção a saúde, com o objetivo de trazer a pacientes, familiares e/ou responsáveis e membros da equipe multidisciplinar a possibilidade de realizar atendimentos nas mais diversas patologias, amenizando o sofrimento causado pela doença e suas repercussões, assim como contribuir para uma melhora na qualidade de vida, independente do seu prognóstico. O resultado desse acompanhamento pode ser verificado pela melhor adesão ao tratamento médico, recuperação mais rápida, menor tempo de permanência no hospital, menor utilização de serviços médicos e, por conseguinte, redução de custos com assistência médica, entre outros (Botega & Smaia, 2002).

É importante ressaltar que para desenvolver o trabalho de psicologia dentro de instituições de saúde, o psicólogo deve ter, além do preparo emocional e técnico da área, conhecimento razoável de patologias, seu tratamento, evolução e

intercorrências, podendo assim ser um canal de comunicação entre a equipe, o paciente e a família e/ou responsáveis, evitando que a falta ou a inadequação das informações possam gerar ainda mais ansiedade (Palotti & Ribeiro, 2008).

A fim de alinhar a necessidade da prática hospitalar com instrumentos padronizados e validados, buscou-se a terapia cognitiva como base teórica para esta revisão bibliográfica, pois, ainda de acordo com Mazutti e Kitayama (2008, p. 112) a:

"Terapia Cognitiva tem sido uma técnica amplamente utilizada dentro do hospital com resultado terapêutico importante, devido suas próprias características com relação a ser uma terapia breve, focada no presente, de forma estruturada, com resolução de problemas e flexibilidade de pensamentos e crenças disfuncionais."

Além disso, como já citado anteriormente, a TC é a abordagem psicológica com maior número de pesquisas realizadas, oferecendo maior credibilidade no tratamento.

A TC baseia-se no modelo cognitivo, que levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção dos eventos. Não é uma situação por si só que determina o que as pessoas sentem, mas, antes, o modo como elas interpretam uma situação (Beck, 1964; Ellis, 1962 citado por Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979/1997). Dessa forma, o psicólogo cognitivo irá buscar no repertório de cada paciente (tratamento individualizado) como ele percebe aquela situação em si e assim, verificar possíveis distorções de pensamentos que podem ou poderão potencializar sintomas negativos no decorrer do tratamento clínico.

A terapia cognitiva está presente em uma série de tratamentos clínicos realizados em hospitais, como no tratamento de pacientes com hepatite C, síndrome do cólon irritável, entre outros e tem como objetivo verificar o padrão de funcionamento geral dos indivíduos que adoecem e desenvolver estratégias de

intervenção que facilitem a mudança de padrões comportamentais, cognitivos e emocionais relacionados com o desenvolvimento e a manutenção das doenças (Ito, citado por Knapp, 2004).

Sabe-se que as experiências negativas de doença e/ou hospitalizações anteriores, o modo pelo qual o paciente interpreta situações de estresse, a maneira como são passadas as orientações pela equipe e a falta de informação são alguns determinantes que podem desencadear problemas de ordem emocional durante a internação.

"A doença emerge como uma falha ou inabilidade do organismo para adaptação em situações de grande demanda ou exigência, que podem, por sua vez, gerar estresse. Uma situação é avaliada como estressante quando a pessoa a percebe como uma ameaça a vida, ao bem estar ou a segurança emocional. Portanto, a percepção da pessoa sobre uma determinada situação exerce um papel fundamental sobre a magnitude dos efeitos fisiológicos e psicológicos subseqüentes" (Ito, citado por Knapp, 2004, p. 421).

Um prognóstico reservado pode facilitar o agravamento da crise, fazendo com que o paciente faça uma interpretação negativa do seu caso, dificultando ainda mais as chances do tratamento ser bem sucedido. As conseqüências dessa crise podem incluir insônia, falta de apetite, medo e até quadros psicopatológicos como a depressão e a ansiedade. Segundo Greenstone e Leviton (1992, citados por Dattilo e Freeman, 2004) uma crise surge quando o estresse e a tensão na vida do indivíduo atingem grandes proporções. Essa crise envolve sentimentos de impotência, dúvidas e incertezas, e o paciente pode ter dificuldades para realizar o tratamento devido às crenças, atitudes e suposições muitas vezes irrealistas, que faz a cerca desse momento.

Outro fator que contribui para o surgimento de crises são as distorções cognitivas, sendo que a mais comum no meio hospitalar é a catastrofização, onde o

paciente supervaloriza negativamente os acontecimentos, não conseguindo fazer investimentos pessoais para enfrentar a crise ou ainda reage de forma exacerbada. Dessa forma, o estresse de um internamento ligado a um diagnóstico grave leva o paciente a uma visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro (tríade cognitiva). Pacientes com esse tipo de interpretação tem mais chances de se culparem pela doença e essa visão negativa pode desenvolver sentimentos de desesperança, solidão e abandono diante da situação de doença e hospitalização (Mazutti & Kitayama, 2008).

Outro fator de relevância no contexto hospitalar são os casos de pacientes que se encontram internados por um longo período, onde devido sua condição imutável, apresentam dificuldades para administrar e manter as estratégias de enfrentamento fundamentais para controlar as emoções e aos desconfortos relacionados a essa condição. Segundo Sebastiani (1998) na hospitalização prolongada, a ansiedade pode ser substituída pela angústia e depressão, falência dos mecanismos de defesa, apatia, amorfismo ou labilidade afetiva, lapsos de memória, lentificação do curso do pensamento, dispersividade intensa (comprometimento da atenção voluntária e involuntária), idéias destrutivas, fadiga crônica, perda da motivação, insônia, isolamento, ambigüidade de sentimentos, exacerbação de atenção as funções viscerais (indivíduo poliqueixoso), entre outras.

No caso de pacientes cirúrgicos, além do medo da dor pós operatória, da possibilidade de morte, seqüelas e a invalidez, soma-se ainda o medo da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com todos os seus aparelhos invasivos, ruídos, dependência de pessoas desconhecidas, impotência diante da doença e isolamento da família. Apesar de saber que o ambiente da UTI é o melhor em termos de equipamentos e assistência médica 24 horas, ela ainda evoca no paciente a fragilidade humana e com ela a desestabilização emocional, a exacerbação dos mecanismos de defesa, inquietação, intolerância e baixa resistência à frustração (Souza, 2004).

Outros fatores comportamentais causadores de estresse é a falta de apoio social e a incapacidade de pedir ajuda, pois pacientes que não confiam nos profissionais de saúde ou não colaboram com os procedimentos realizados, apresentam dificuldades de adesão ao tratamento. A hipótese é de que o suporte social eleve a auto-estima e propicie sentimentos positivos, fortalecendo o sistema auto-imune, além de promover e manter comportamentos saudáveis e consequentemente amortecendo os eventos estressantes (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988).

A literatura substancial de coping indica que o uso do suporte social está entre as estratégias mais adaptativas, seja o estressor controlável ou incontrolável, agudo ou crônico (Holahan, Moss & Bonin, 1997, citado por Willianson, Shaffer & Walters, 2002). O acompanhamento psicológico no ambiente hospitalar é um tipo de suporte social, pois auxilia o paciente a enfrentar limitações e ajustar-se ao hospital, onde o tratamento e os procedimentos médicos são necessários. Além disso, procura desenvolver e manter estratégias adequadas de relacionamento com a equipe de saúde, sendo uma ponte na comunicação com os diversos profissionais da equipe que estarão envolvidos no processo, e através de uma linguagem menos técnica, prevenir que haja distorções acerca dos procedimentos a serem realizados.

O psicólogo irá atuar de acordo com a queixa apresentada pelo paciente ou pela equipe, sempre levando em conta o foco do tratamento clínico, uma das características do trabalho da TCC (foco no presente). As técnicas utilizadas serão definidas de acordo com as particularidades de cada caso, pois é necessário levar em conta o tempo de internação, o tipo de procedimento e outras variantes. Inclui-se ainda, entrevistas com o paciente, sua família e a equipe profissional, para obtenção de informações como história e hábitos de vida, mudanças ocorridas após o adoecimento, assim como a aplicação de escalas para avaliação do comportamento e observação direta do comportamento (Gorayeb & Guerrelhas, 2003).

Técnicas da Terapia Cognitiva com pacientes hospitalizados

Uma das primeiras etapas a serem realizadas pelo terapeuta cognitivo é através de fatores como empatia e autenticidade, criar uma aliança terapêutica com o paciente. Espera-se que através desta, o paciente se sinta acolhido e, dentro do possível, com todas as suas necessidades básicas realizadas, onde se necessário, o terapeuta recorrerá a outros membros da equipe, como a nutricionista no caso de pacientes que não estão se alimentando ou ao médico assistente, no caso de dores ou outros sintomas. Essa postura, além de estimular a equipe envolvida no caso, oferece referências para o atendimento humanizado (Mazutti & Kitayama, 2008).

Enquanto o terapeuta acolhe e escuta o paciente, ele procura identificar seus recursos internos adaptativos para o enfrentamento da situação de doença, explicando ainda o que se espera dele durante o processo psicoterapêutico, quais são as suas expectativas e motivações para a mudança, se ele vê barreiras no processo, custos para mudanças e explica-se a natureza da TCC. Se necessário, utilizam-se testes para identificação de transtornos mentais, tais como inventário de depressão de Beck, inventário de ansiedade traço-estado de Spielberg, inventário de sintomas de estresse de Lipp, questionário de qualidade de vida SF-36, entre outros. (Neves Neto, 2001).

Na TCC a comunicação entre terapeuta e paciente ocorre baseada no método de ensino de Sócrates, que consiste na realização de perguntas com respostas abertas, favorecendo que o terapeuta oriente o paciente de forma que ele entenda seu problema, explore possíveis soluções e desenvolva um plano para lidar com suas dificuldades (Knapp, 2004). Esse aprendizado torna o paciente mais seguro para tomar suas próprias decisões, tornado-se seu próprio terapeuta.

Devido à fragilidade física e emocional que um internamento impõe, assim como a dependência e a falta de autonomia, é comum pacientes apresentarem comportamento passivo diante do tratamento, não investindo no seu auto cuidado. Esse comportamento de "paralisação" pode fazer com que o paciente tenha

dificuldades em aprender as orientações verbais que lhe serão transmitidas pela equipe (Romano, 2001). Há ainda, aqueles que acabam percebendo o internamento como uma forma de obter atenção de familiares, tornando o mesmo um reforçador negativo para a manutenção da doença. Para trabalhar essas situações, o terapeuta constrói junto com o paciente recursos para motivá-lo a ter uma postura pró ativa no tratamento e assim percebendo e modificando comportamentos desadaptativos.

Posteriormente, o psicólogo irá avaliar como esse paciente está percebendo todo o processo, suas cognições, a motivação para o tratamento, e possíveis dificuldades no pós-operatório, no caso de pacientes cirúrgicos. Essa etapa tem como principal objetivo caracterizar o problema principal e seus componentes: história, tempo de duração, crenças que contribuem para a manutenção do problema e os recursos que o paciente utiliza para lidar com ele, interferência nas atividades diárias, o respectivo grau de comprometimento, nível de incapacitação e a esquivas de certas situações (Ito citado por Knapp, 2004).

Depois de colhidas tais informações é elaborado o perfil do paciente e a escolha das metas do tratamento, baseados nos comportamentos e cognições que mantém os sintomas atuais. É definido então, junto com o paciente a lista dos problemas atuais e qual o papel do mesmo para resolvê-los, dentro dos limites impostos pela situação, e assim auxiliar o paciente a perceber quais os comportamentos ou cognições podem ser ajustados trazendo conforto durante o seu tratamento, uma vez que, dificilmente trará a cura de sua doença. Essas intervenções buscam aumentar a adesão ao tratamento clínico, reduzir o estresse e ansiedade, treinar habilidades para lidar com problemas e desenvolver auto-estima para o cuidado de si mesmo (Ito, citado por Knapp, 2004).

Os exercícios, experimentos e técnicas são outros aliados fundamentais para auxiliar o paciente a perceber na prática como pensamentos e comportamentos podem influenciar seu estado de humor. As tarefas escolhidas para serem utilizadas entre as consultas devem estar associadas a um problema que necessite

intervenção imediata, considerando a capacidade do paciente para executá-las de forma gradual (Ito, citada por Knapp, 2004).

Através de material impresso fornecido pelo terapeuta, o paciente mesmo acamado, pode identificar pensamentos disfuncionais (Ex: "estou doente porque mereço"), emoções desagradáveis (Ex: ansiedade) e comportamentos desadaptativos (resistência à fisioterapia, isolamento). Além disso, podem ainda fazer leitura de textos psicoeducativos, diários de controle da dor e do tabagismo e outros registros de pensamentos e comportamentos que estão influenciando na evolução do seu tratamento (Neves Neto, 2001)

O paciente, assim como a maioria da população, não possui conhecimentos específicos sobre rotinas hospitalares, e falar sobre eles com quem os realiza, ajuda a entender o porquê de tais procedimentos e assim tornar o paciente mais envolvido e comprometido com o resultado. A psicoeducação realizada por psicólogos auxilia o paciente a vivenciar de maneira mais segura e tranqüila todas as etapas do tratamento. Condutas de rotina, como administração, ingestão e efeitos colaterais de medicamentos, dietas alimentares, exercícios físicos, sono, atividades de lazer, ocupação profissional e grau de satisfação, devem ser discutidas, buscando-se a alteração dos aspectos nocivos, a melhor adaptação àqueles que não podem ser alterados e a consolidação e reforço dos que promoverem bem estar e saúde (Ito, citado por Knapp, 2004).

Dessa forma, conclui-se que obter informações a respeito de sua doença e o tratamento diminui sintomas como a ansiedade, assim como incertezas sobre o seu diagnóstico podem causar ao paciente e sinais de tensão frente ao desconhecido. Segundo Neves Neto (2001) a distorção dos sintomas físicos muitas vezes vem acompanhada de falta de informações sobre a doença, seu aparecimento, curso e tratamento.

O relaxamento é outro recurso bastante utilizado com pacientes hospitalizados, pois ajuda a diminuir a ansiedade, além de estimular o auto cuidado e a motivação do paciente para o tratamento. Segundo Ito (citado por Knapp,

2004), o relaxamento muscular progressivo de Jacobson (que visa o controle de sensações corporais, diminuindo a frequência e intensidade dos sintomas) e o treino de respiração (que previne a hiperventilação, regulando o ritmo e a frequência respiratória e produzindo relaxamento) são alguns exemplos que podem ser conduzidos em ambientes hospitalares, podendo ainda ser complementados por exercícios de imaginação guiada, auto-sugestão e distração.

Pessoas não familiarizadas em ambientes médico-hospitalares podem se sentir desconfortáveis ou constrangidas em questionar procedimentos ou algo ao seu médico ou outro membro da equipe, e assim tornam-se inseguros e confusos em relação ao tratamento. O treino de habilidades sociais e assertividade são técnicas que podem ser utilizadas para pacientes que precisam expressar seus sentimentos e direitos em momentos de dificuldade, diminuindo sua postura passiva, paralisação e/ou explosões de raiva. Primeiramente é definido junto com o terapeuta o comportamento que necessita de assertividade (situação específica), os sentimentos implicados, a expressão clara dos desejos e necessidades como preferência e as alternativas escolhidas caso a necessidade não seja atendida. O treino deve ser primeiro através da imaginação e posteriormente, uma vez que se sinta confiante no processo, confrontar a situação ao vivo. (Ito, citado por Knapp, 2004).

Nem sempre é possível planejar o término do tratamento, devido às particularidades do atendimento em hospitais, tais como alta clínica dada pelo médico responsável, transferência para hospitais especializados, entre outros. Porém, assim que possível, o psicólogo pode, como medida preventiva, deixar com o paciente algum lembrete ou material impresso com alternativas de estratégias para continuidade do tratamento pós alta e assim evitando a recorrência do quadro, além de fornecer orientações quanto à continuidade do tratamento em consultórios, postos de saúde, etc. (Palotti & Ribeiro, 2008).

A abordagem cognitiva em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca

O coração vem sendo objeto de estudo desde a antiguidade, onde Hipócrates (460-377 a.C.) e seus discípulos diziam "que o coração não podia ficar doente, pois seria incompatível com a vida" (Palotti & Ribeiro, 2008, p.7). Com o tempo, o órgão foi ganhando não só importância fisiológica, mas implicações emocionais diretamente ligadas no comportamento das pessoas, ou seja, basta uma forte emoção que o coração se altera acelerando os batimentos cardíacos.

O início da psicologia da saúde no Brasil ocorreu na década de 1980 e a cardiologia foi uma das primeiras especialidades médicas a reconhecer que os aspectos emocionais do cardiopata podem interferir de maneira positiva ou negativa na evolução do seu tratamento. (Palotti & Ribeiro, 2008, p. 8). Dessa forma, o objetivo da psicologia em parceria com a cardiologia é compreender a pessoa com cardiopatia e prestar suporte emocional adequado, promovendo-lhe integração no processo de internação, adesão ao tratamento, orientação e prevenção da doença e promoção de saúde.

Vários estudos sobre o sistema cardiovascular relacionam as manifestações fisiológicas dos estados psicológicos agudos (ansiedade, raiva, entre outros), e as conseqüências dessas manifestações no organismo (taquicardia, hipertensão, etc) com o comportamento. Pessoas com personalidade tipo A, por exemplo, teriam maior propensão para a cardiopatia isquêmica devido um estilo de comportamento descrito como hiperativo, competitivo, impaciente, com sentimento de urgência e hiperinvestimento profissional. (Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998).

O diagnóstico de doenças como a arteriosclerose (obstrução das artérias coronarianas), é um dos problemas mais comuns e pode ser causada por uma série de fatores, entre elas o tabagismo, sedentarismo, herança genética, estresse, obesidade e alimentação inadequada. Normalmente, o tratamento escolhido é definido de acordo com o nível de obstrução verificada nas artérias, e podem incluir três tipos de tratamento: medicamentoso, angioplastia ou a cirurgia cardiovascular.

"Quando a opção é feita pela cirurgia o impacto no paciente é sempre assustador e as fantasias da experiência cirúrgica podem afetar questões que propiciarão ou não outras reações psicológicas" (Romano, 2001, p. 96).

De acordo com Palotti e Ribeiro (2008) a cirurgia de revascularização do miocárdio (RM) tem sido realizada há 40 anos, sendo um procedimento comum, promovendo o alívio da angina pectoris (dor torácica) e prolongando o tempo de vida. Apesar de ser considerada um procedimento de alta complexidade, apresenta uma taxa de mortalidade baixa (encorajando a sua indicação) sendo realizada em hospitais que possuem unidade de terapia intensiva e uma equipe altamente qualificada e com experiência. Além da cirurgia de RM indicada para as doenças coronárias graves sem indicação de angioplastia, outras patologias cardíacas têm indicação cirúrgica como às cardiopatias congênitas, as valvulares, as doenças da aorta e o transplante cardíaco.

Pré Operatório

O psicólogo, como especialista em comportamento e membro de equipes interdisciplinares de saúde, deve, além de avaliar e preparar o paciente que será submetido a procedimentos invasivos, auxiliar no manejo de problemas associados a doenças crônicas, facilitar a adesão ao tratamento, assim como identificar e trabalhar transtornos mentais ou sintomas (ex: ansiedade, depressão) concomitantes ao diagnóstico médico. (Miyazaki, Domingos, Valério, Souza & Silva, 2005).

Porém, em muitos serviços de cirurgia cardíaca, os pacientes já se internam com diagnóstico e possibilidade cirúrgica definida, e, muitas vezes no dia anterior a cirurgia, tornando limitado o tempo disponível para a intervenção psicológica. Portanto, "o foco do atendimento passa a ser necessariamente a doença cardíaca, o preparo para a cirurgia e conseqüente alta hospitalar" (Palotti & Ribeiro, 2008, p. 37).

Dessa forma, após a fase de empatia, acolhimento e avaliação descrita anteriormente, o psicólogo verifica com o paciente qual o nível de enfrentamento que este possui para lidar com essa situação de estresse, assim como, qual o conhecimento que ele adquiriu sobre o que vai acontecer. A partir desse diálogo inicial, conduzido pelo terapeuta através da descoberta guiada, o paciente vai elaborando os conteúdos necessários para enfrentar a situação, e muitas vezes, se certificando que realmente é a sua melhor opção, pois nem sempre houve tempo viável entre elaborar o diagnóstico e tratamento e sua internação.

Concluída a fase inicial, que se pode chamar de reconhecimento, a primeira conduta a ser trabalhada com o paciente é a psicoeducação, onde por meio do questionamento socrático, o psicólogo auxilia o paciente a compreender todo o processo pelo qual irá se submeter em todas as suas etapas. De acordo com Romano (2001) durante a psicoeducação o paciente pode ou não demonstrar algum nível de ansiedade, que se considerado na faixa do desejável irá impulsionar o paciente para a ação, por outro lado, a falta de movimentação interior, que pode ser observada com a ausência de questionamentos ou desinteresse, corresponderia a um alto grau de ansiedade.

"As principais fontes de ansiedade nessa fase dizem respeito à separação de casa, da família e de suas coisas, o medo em relação à vida em si e o fato de ser forçado a assumir o papel de doente" (Romano, 2001, p. 97).

Ainda em relação à psicoeducação, são trabalhadas algumas técnicas (distração, parada do pensamento e o relaxamento com imagens guiadas) nos pontos considerados pelos pacientes como mais críticos no pós-operatório imediato, como o período de internação na UTI, a distância da família, o tubo oro traqueal, drenos, sede, dor e demais manifestações esperadas nesse período.

Ruschel, Daut e Santos (2000) afirmam que quando os aspectos psicológicos não são considerados na situação de tratamento cirúrgico, poderá haver aumento da predisposição para complicações emocionais que prejudicam a convalescença,

chegando a intensificar, em algumas situações, a morbidade no período pós-operatório. É muito comum e esperado com esse tipo de paciente, algumas manifestações de pensamentos distorcidos em relação às características da doença cardíaca, como a catastrofização, onde o paciente acredita que ficará inválido ou que irá falecer durante o procedimento cirúrgico.

Hoje, sabe-se que a frequência de transtornos psiquiátricos em pacientes internados em hospital geral figura entre 20 a 60% e, dentre os mais freqüentes pode-se citar os transtornos depressivos e ansiosos e as reações de ajustamento. (Botega & Smaia, 2002). A cirurgia cardíaca é por si só, um evento que pode desencadear sintomas depressivos no pós-operatório, sendo então necessário investigar história pregressa de depressão, assim como o comportamento atual do paciente, avisando o médico nas consultas de retorno.

Pós Operatório

O primeiro momento de lucidez pós anestésica na UTI é considerado por muitos pacientes como assustador, porém, os mesmos concordam que poderia ser ainda pior se não tivessem sido preparados através da psicoeducação no pré operatório. Saber que o tubo oro traqueal, assim como estar contido no leito ou que os drenos são temporários e que não significam piora do quadro, favorecem o autocontrole e estimulam comportamentos pró ativos, facilitando o trabalho da equipe. Conforme citado anteriormente por Neves Neto (2001), técnicas de relaxamento e de distração podem ser reforçadas para pacientes no pós-operatório imediato e tardio, dependendo do nível de ansiedade. A orientação espaço temporal e a avaliação dos níveis de dor também são fatores que devem ser investigados.

Ainda no pós-operatório imediato, são previstas algumas alterações neurológicas, caso o paciente tenha realizado a cirurgia com a circulação extracorpórea. Este procedimento consiste em um sistema de propulsão e oxigenação do sangue que substitui, temporariamente, a função do coração e do pulmão, enquanto estes ficam excluídos da circulação, possibilitando a realização

de cirurgias em pacientes idosos, crianças, recém nascidos, portadores de lesões complexas com doenças sistêmicas, cirurgias na fase aguda do infarto e transplantes cardíacos.

"As alterações cerebrais mais observadas após a cirurgia referem-se a queixas nas atividades nervosas superiores, como a fala, distúrbios de memória, concentração e atenção, coordenação viso-motora, distúrbios visuais, insônia, depressão, distúrbios do comportamento e desorientação, entre outros." (Mutarelli, 1994; Souza & Elias, 1995, citados por Palotti & Ribeiro, 2008, pp. 60- 61).

O trabalho do psicólogo no pré-operatório é, por assim dizer, uma base para o trabalho de controle emocional no pós-operatório, sendo esta uma habilidade fundamental para uma boa evolução clínica, principalmente no que diz respeito ao controle de parâmetros como pressão arterial, diabetes e o aumento de batimentos cardíacos, diminuindo muitas vezes o período de internação na UTI (Carney e col., 1987).

A alta da unidade de terapia intensiva, que costuma ser em torno de 48 horas, pode gerar emoções distintas, com certa euforia por estar vivo e próximo dos familiares, e por outro lado causar medo devido à reabilitação (Romano, 2008). O psicólogo pode utilizar-se do elogio como reforçamento positivo, enfocando o papel do paciente como responsável pela boa evolução, reafirmando as orientações de cuidados pós alta, verificando algum sintoma ou situação que ainda precise ser trabalhada, assim como as crenças que podem estar mantendo esses sintomas (as crenças mais comuns estão relacionadas à invalidez, retorno ao trabalho, relação sexual e a mudança radical do estilo de vida).

O psicólogo deve considerar ainda que a hospitalização, a doença e a cirurgia não comprometem só o paciente, mas também afetam a sua família, seus papéis e canais de comunicação (Gillis, 1984, citado por Romano, 2001). Tanto no pré quanto no pós-operatório é importante que o psicólogo atenda os familiares,

verificando dúvidas e questões que podem influenciar no tratamento do paciente, oferecer suporte psicológico se necessário e ainda fazer uma ponte de comunicação entre a equipe e a família, principalmente no período de internação na UTI.

Para finalizar, é indiscutível a gama de temas relevantes que poderiam ser abordados, tais como um enfoque maior nos atendimentos familiares, o acompanhamento no pós-operatório tardio e suas repercussões psicológicas no paciente, assim como conceitos da psicologia preventiva aplicada a cardiologia, porém, dada à importância dos temas, estes merecem um melhor aprofundamento que não é viável para esse artigo, ficando de sugestão para outras produções científicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos objetivos desse artigo era buscar a forma como os psicólogos hospitalares atuam no atendimento de pacientes no pré e pós-operatório de cirurgias cardiovasculares, e, principalmente se há trabalhos publicados na abordagem cognitiva comportamental nessa especialidade.

Contudo, após pesquisa bibliográfica, verificou-se o número reduzido de trabalhos publicados com tais características e, portanto, procurou-se expor como é o trabalho do psicólogo hospitalar na abordagem cognitiva comportamental, assim como trabalhos realizados com outras patologias clínicas e técnicas utilizadas. Após essa pesquisa, buscou-se em cada etapa do processo a adaptação das técnicas e conceitos abordados pela terapia cognitiva, no acompanhamento de pacientes com indicação cirúrgica.

Constatou-se que, pacientes cirúrgicos em regime de internação hospitalar ou ambulatorial, obtém melhores resultados em sua evolução clínica, principalmente em relação à aceitação e melhoria da qualidade de vida, a partir da intervenção do psicólogo hospitalar. Medo, ansiedade pelo desconhecido, assim como fantasias sobre o que pode ocorrer na cirurgia e sintomas depressivos são aspectos que podem ser trabalhados com técnicas da terapia cognitiva

comportamental com sucesso, pois auxiliam o paciente a desenvolver um novo repertório de enfrentamento desse tipo de situação de crise, assim como a melhora do nível de imunidade e a redução de processos inflamatórios e infecciosos no pós-operatório da cirurgia de revascularização do miocárdio (Doering, Cross, Vredevoe, Martinez-Maza & Cowam, 2007).

Verificou-se ainda que toda a complexidade do procedimento cirúrgico e suas repercussões físicas, emocionais e sociais implicadas no paciente, familiares e/ou acompanhantes e a própria equipe multidisciplinar, evidenciam ainda mais a necessidade da elaboração de protocolo psicológico para o acompanhamento dessa clientela, inclusive no pós-operatório tardio onde o índice de depressão pós cirúrgico ainda é alto.

Em relação ao trabalho do psicólogo, verifica-se que a cirurgia cardíaca obriga o paciente a fazer "uma cirurgia em seu próprio coração" como se tivesse que abri-lo para si mesmo, repensando aspectos de toda a sua existência. Eis aí a tarefa do psicólogo hospitalar, como um instrumentador cirúrgico, conduzir esse ser humano em sua plena recuperação.

REFERENCIAS

Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F., Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Botega, N.J. & Smaia, S.I. (2002). Morbidade psiquiátrica no hospital geral. Em: N.J. Botega (Org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e emergência* (pp 31-42). Porto Alegre: Artmed.

Carney RM, Rich MW, Velde A, Saini J, Clark K, Jaffe AS. (1987) Major depressive disorder in coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 60, 1273-1275.

Dattilio, F. M. & Freeman, A. (2004). *Estratégias cognitvo-comportamentais de intervenção em situações de crise*. Porto Alegre: Artmed.

- Doering, L.V. Cross R., Vredevoe D., Martinez-Maza O., Cowam M.J. (2007). Infection, depression and Immunity in women after coronary artery bypass: a pilot study of cognitive behavioral therapy. *Alternative therapies in health and medicine*, 13(3), 18-21.
- Finkel, L.A., Espíndola, V.B.P. (2008). *Cirurgia cardíaca pediátrica: O papel do psicólogo na equipe de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Cardiologia, Ministério da Saúde.
- Fontaine, Ovide; Kulbertus, H.; Étienne, Anne-Marie. (1998). *Stress e cardiologia*. Lisboa: Climepsi.
- Gorayeb, R. & Guerrelhas F. (2003). Sistematização da Prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1), 11-19.
- Kerbauy, R.R. (1999). O papel da universidade e a formação do psicólogo que trabalha com comportamento e saúde. Em: R.R. Kerbauy (Org), *Comportamento e Saúde. Explorando alternativas* (pp. 10-21). Santo André: ARBytes Editora.
- Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitiva Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre. Artmed.
- Mazutti, S.R.G., Kitayama, M.M.G. (2008). Psicologia Hospitalar: Um enfoque em Terapia Cognitiva. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11(2), 111-125.
- Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M, Valério, N.I., Souza, E.F., Silva, R.C.M.A. (2005). Tratamento da hepatite C: sintomas psicológicos e estratégias de enfrentamento. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1), 119-126.
- Neves Neto, A.R. (2001). Terapia Cognitiva Comportamental e síndrome do cólon irritável. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 350-355.
- Palotti, C.A. & Ribeiro, A.L.A. (2008). *Psicologia e Cardiologia: Novas Tendências*. Campinas: Alínea.
- Romano, B. W. (1994) *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira.

- Romano, B. W. (2001). *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Ruschel, P.P., Daut, P.E., Santos, M.F. (2000). Grupoterapia na Redução de Complicações Pós-Operatórias em Cirurgia Cardíaca. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 2(3), 57-60.
- Sebastiani, R.W. Aspectos Emocionais e Psicofisiológicos nas Situações de Emergência no Hospital Geral (1998). Em: A.V. Angerami (Org.). *Urgências Psicológicas no Hospital*. São Paulo: Pioneira.
- Souza, R. P. (Org.). (2004). *Manual de Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva*. Curitiba: Edição do Autor.
- Willianson G.M.; Shaffer D.R., Walters A.S. (2002). Caregiver models of self and others, coping, and depression: Predictors of depression in children with chronic pain. *Health Psychology*, 21(4), 405-410.
- Zimet, G.D.; Dahlem, N.W.; Zimet, S.G.; Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality*, 52(1), 30-41.