

## Traços de um Coração Doente: Psicologia em Diálogo com a Cardiologia

### Traits of a Sick Heart: Psychology in Dialogue with Cardiology

Taiane dos Santos Ventura<sup>1</sup>, Barbara Borges Rodrigues<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Autor para correspondência. Faculdade Ruy Barbosa. ORCID: 0000-0001-6567-2949. taianeventura@hotmail.com

<sup>2</sup>Faculdade Ruy Barbosa, Hospital Santa Izabel. ORCID: 0000-0001-7492-9187. barbara.borges.rodri@terra.com.br

**RESUMO | INTRODUÇÃO:** Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as doenças cardiovasculares lideram o ranking referente à óbitos no país. Há também uma superlotação dos hospitais com essa demanda, o que demonstra a urgência em investimentos e estudos na área. **OBJETIVO:** Esse artigo tem como objetivo realizar uma investigação acerca dos fatores emocionais que envolvem as doenças cardiovasculares de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, bem como as causas e tratamento sob o viés da psicologia. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa de caráter revisional através do levantamento bibliográfico da temática que teve como referencial a abordagem qualitativa a partir da base de dados BVS-PSI, livros e capítulos de livros. **RESULTADOS:** Delimitou-se categorias diante dos temas mais relevantes encontrado nas pesquisas, organizado nos seguintes grupos: psicofisiologia das emoções; aspectos psicológicos; simbologia do coração; a cirurgia e o paciente cirúrgico; atuação do psicólogo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A multifatorialidade da enfermidade aponta para a importância de uma visão ampliada sobre os fenômenos saúde-doença. Diante disso, este estudo espera contribuir com os avanços no conhecimento das doenças cardiovasculares sob a perspectiva da psicologia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cardiopatia. Emoções. Tratamento psicológico. Paciente cirúrgico.

**ABSTRACT | INTRODUCTION:** According to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), cardiovascular diseases lead the ranking of deaths in the country. There is also overcrowding of hospitals with this demand, which demonstrates the urgency in investments and studies in the area. **OBJECTIVE:** This article aims to conduct an investigation about the emotional factors that involve cardiovascular diseases in patients undergoing cardiac surgery, as well as causes and treatment under the bias of psychology. **METHOD:** It is a research of a revisional character through the bibliographical survey of the thematic that had as reference the qualitative approach from the database BVS-PSI, books and chapters of books. **RESULTS:** Outlined categories in the most relevant themes found in the research, organized in the following groups: psychophysiology of emotions; psychological aspects; symbology of the heart; surgery and the surgical patient; performance of the psychologist. **FINAL CONSIDERATIONS:** The multifactoriality of the disease points to the importance of an expanded view on health-disease phenomena. Therefore, this study hopes to contribute to advances in the knowledge of cardiovascular diseases under the bias of psychology.

**KEYWORDS:** Cardiopathy. Emotions. Psychological treatment. Surgical patient.

## Introdução

Com o avanço das tecnologias dura e leve-dura<sup>1</sup>, a medicina atual consegue fornecer tratamento satisfatório para as diversas patologias do coração. Muitos pacientes são beneficiados com tratamentos não cirúrgico, mas para aqueles que o tratamento puramente clínico não resolve, há a indicação para cirurgia. Ainda assim, cada vez mais, é possível abordar o músculo cardíaco por meio de incisuras mínimas, possibilitando agressões menores ao corpo e uma recuperação mais rápida e satisfatória.

A literatura médica traz uma gama de cirurgias praticáveis para correção das moléstias cardiovasculares. Entre elas, estão a revascularização do miocárdio para desobstrução das artérias, cirurgias para correção de disfunções nas válvulas do coração, cirurgias para cardiopatias congênitas (má formação do órgão durante o desenvolvimento embrionário), cirurgias para pacientes que apresentam perturbações que alteram a frequência ou o ritmo dos batimentos cardíacos (arritmias), cirurgia para retirada de tumores ou implante de marca-passo e o transplante cardíaco.

Os avanços tecnológicos, apesar de contribuírem de forma positiva com os tratamentos disponíveis e redução da mortalidade de pacientes cardiopatas, não retiraram as doenças cardiovasculares do ranking de primeira causa de morte no Brasil. E mesmo com todo tratamento disponível, estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes globais (OMS, 2017).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em sua pesquisa nacional de saúde, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil e geram os maiores custos com internações hospitalares (IBGE, 2013), demonstrando a falência dos programas preventivos em saúde cardiovascular e subsecutivo superlotação da atenção terciária com essa demanda.

Alguns fatores aumentam a probabilidade de uma pessoa desenvolver doenças cardiovasculares. Eles são divididos em duas grandes categorias, denominados fatores mutáveis e imutáveis. A hipertensão, o estresse, o diabetes, o abuso de álcool, o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e o colesterol elevado pertencem à primeira categoria. Os fatores genéticos, etários e sexo não podem ser modificados e, portanto, pertencem à segunda categoria. Apesar da sua condição inevitável, os fatores imutáveis servem como parâmetro de alerta para cuidados regulares, tendo em vista o maior risco para desenvolvimento de cardiopatias (Giannotti, 2002).

Os fatores socioeconômicos e orgânicos têm ganhado um amplo espaço de debates no meio científico em detrimento de pesquisas que incluem os aspectos emocionais. Logo, a publicação deste artigo reveste-se de grande relevância, pois contribuí com informações pertinentes sobre o tema, no momento em que se discute o alto índice de morbimortalidade decorrente das doenças cardiovasculares. Para tal, buscou-se compreender o fenômeno do adoecimento a partir da interpretação psicossomática sobre o tema para fundamentar a discussão posterior.

Na visão da psicossomática, as disfunções psíquicas e/ou orgânicas são resultado de falhas das defesas dos sujeitos. Portanto, para um maior entendimento das doenças do coração, torna-se necessário um estudo sobre a representação do sintoma no corpo. O interesse pelos fatores orgânicos que favoreceram a eclosão da doença cardíaca é tão significativo quanto a função e o momento de surgimento da moléstia na história de vida do paciente.

Em 1920, Freud já descrevia como a mente humana produz enfermidade no corpo e até que ponto essa condição é inata a todo ser falante. No texto “além do princípio do prazer”, ele dividiu as pulsões em dois tipos, pulsões de vida e pulsão de morte. Enquanto a pulsão de vida está ligada autopreservação do ego, a pulsão de morte tende a redução das tensões, ou seja, tende reduzir o ser vivo para a instabilidade do estado inorgânico.

<sup>1</sup> O conceito de tecnologias em saúde foi desenvolvido por Emerson Merhy. As tecnologias são classificadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são os resultados dos processos de comunicação, das relações e dos vínculos; as leve-duras são os saberes estruturados, tal como as teorias; e as duras representam os recursos materiais como, por exemplo, os equipamentos de um hospital.

*Esses instintos, portanto, estão fadados a dar uma aparência enganadora de serem forças tendentes à mudança e ao progresso, ao passo de que, de fato, estão apenas buscando alcançar um antigo objetivo por caminhos tantos velhos quanto novos [...] se tomarmos como verdades que não conhece exceção o fato de que tudo que vive morre por razões internas, torna-se mais uma vez inorgânicos, seremos compelidos a dizer que 'o objetivo de toda vida é a morte' (Freud, 1920, p.48).*

No texto "inibições, sintomas e ansiedade" (1926) é possível diferenciar inibições do sintoma. A inibição é a diminuição de uma função do Ego, sem conotação patológica. Em contrapartida, o sintoma é um substituto que emerge no corpo através da modificação ou de uma nova manifestação dos instintos reprimidos. A libido reprimida a todo momento está buscando acessar o ego, produzindo tensão psíquica, mas o crivo do recalque deve impedi-la de obter sucesso. Porém, através de outros mecanismos, a libido reprimida encontrará caminhos para acessar o Ego, entre os quais podemos citar o sintoma, os sonhos, os chistes e o ato falho.

*A inibição tem uma relação especial com a função, não tendo necessariamente uma implicação patológica. Podemos muito bem denominar de inibição a uma restrição normal de uma função. Um sintoma, por outro lado, realmente denota a presença de um processo patológico [...] o sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão (Freud, 1926, pp. 91-95).*

Conforme descreve Mello (2002), há duas maneiras de representar o sintoma no corpo, são elas: psicogênica e psicossomática. A forma psicogênica (ou conversiva) seria, basicamente, o estabelecimento de problemas físicos para os quais não se encontra substrato orgânico. Essas alterações são motivadas por aspectos mentais reprimidos que são convertidos em sintomas e simbolizados no corpo. Existem também os casos de doenças psicossomáticas, onde não há significação simbólica e ocorrem em virtude da cronicidade das respostas fisiológicas que são provocadas por tensões emocionais excessivas e incessantes.

O autor acima citado, enfatiza a tese de que toda doença, em última instância, é psicossomática. Afirma que é possível pensar sempre em uma influência da psiquê na gênese do adoecimento orgânico. No caso da doença humana, há uma superposição de fatores, entre eles os hereditários/psicológicos, que são indissociáveis. O desfecho de toda doença culmina em repercussões psicológicas. Logo, independentemente de qual for a origem da patologia, ela passará a ser imediatamente psicossomática.

*Compartilhamos da concepção que toda doença humana é psicossomática, já que incide num ser sempre provido de soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente. E, neste mesmo sentido, a divisão de doenças em orgânicas e mentais é acima de tudo problema de classificação de formas clínicas, já que todas as doenças orgânicas sofrem, inevitavelmente, influências da mente de quem as apresentam e as doenças mentais são traduzidas, em sua intimidade última, por processos bioquímicos que, de resto, acompanham todos os momentos do viver (Mello, 2002, p.19).*

A partir desses estudos, é possível notar que os indivíduos reagem de maneira distintas aos percalços da vida, sejam eles internos ou externos. Volich (2007), estudando as dinâmicas do adoecer, institui três formas de escoamento da libido, são elas: orgânica, motora e pensamentos. Mesmo que ambas compartilhem do mesmo fim (escoar a libido) poderão utilizar meios diferentes na tentativa de restabelecimento do equilíbrio e conservação do organismo. Essas categorias não são estáticas podendo o indivíduo recorrer ora a primeira outrora a segunda e serão influenciadas por diversos fatores. Nesse trabalho, nos interessa os escoamentos orgânicos no que tange as cardiopatias. É importante salientar que para tentar restabelecer o equilíbrio o organismo se utilizará primeiramente de recursos mais evoluídos, mas diante do insucesso recorrerá a recursos gradativamente mais primitivos.

Nessa perspectiva, buscou-se compreender a origem dos sintomas e doenças a partir dos processos mentais. A forma como as ações da psiquê influenciam o corpo, conduzindo-o para o adoecimento. De um modo geral, a pobreza de representações lança o indivíduo para o campo do real, inviabilizando a

elaboração do aparelho psíquico frente às situações limites. Essa via de descarga, onde o corpo é usado como página para os significantes privados de sentido, tem um custo demasiadamente alto para o sujeito, colocar a própria vida em risco.

Desse modo, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão da literatura de textos e livros que discutem os fatores emocionais que envolvem as doenças cardiovasculares de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, bem como as causas e tratamento sob o viés da psicologia. Para tal, o artigo foi dividido em sessões que irão elucidar os pontos principais encontrados nas pesquisas. Primeiramente, buscou-se descrever a relação entre emoções e as doenças cardíacas. Foi apresentado, também, um estudo a respeito do perfil psicológico do paciente e os aspectos psíquicos mais relatados nos trabalhos (estresse, depressão e ansiedade). Após isso, no tópico simbologia do coração, demonstrou-se como o simbolismo atribuído ao coração interfere na forma como as pessoas lidam com a doença, finalizando com a compreensão dos mecanismos que envolvem a cirurgia e o tratamento do ponto de vista da psicologia.

## Método

Esta pesquisa buscou aprofundar o conhecimento sobre as temáticas que envolve as doenças cardiovasculares de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca através de uma revisão bibliográfica. Para tal, efetuou-se uma pesquisa de natureza exploratória que teve como referencial a abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio da base de dados BVS-PSI, livros e capítulos de livros. A base BVS-PSI foi escolhida por ser uma biblioteca virtual científica e técnica, referência no campo da saúde, que reúne informações científicas de qualidade e que engloba mais de 35 bases de dados da região latino-americana.

Ao final da pesquisa foram selecionados 14 artigos, 11 capítulos de livros e 4 livros. O critério de seleção dos livros e capítulos de livros foi feito de acordo com o grau de relevância destes diante da temática principal e/ou dos subtemas relacionados. Portanto, não foi delimitado como corte o ano das

publicações. O método de escolha dos artigos se deu a partir da leitura dos resumos e posterior identificação da ligação destes com o tema proposto. Foram excluídos do estudo os resumos que investigavam as doenças cardiovasculares associadas a atenção primária e artigos publicados em inglês. Os descritores utilizados foram: cirurgia cardíaca, intervenção psicológica, stress, emoção, depressão, cardiopatia, comportamento tipo A. Para aproximar o resultado da pesquisa com o objetivo do trabalho, foi utilizado o uso do operador booleano and.

Posteriormente, foi feita leitura sistemática do material selecionado e o registro das informações essenciais levando em consideração os objetivos que o artigo propõe. Após análise das referências técnicas selecionadas, observou-se que alguns temas apareceram de modo recorrente nas obras, comprovando a relevância destes diante da finalidade proposta. Esses temas foram agrupados e organizados nas seguintes categorias: psicofisiologia das emoções; aspectos psicológicos; simbologia do coração; a cirurgia e o paciente cirúrgico; atuação do psicólogo e serão apresentados a seguir.

## Resultados e discussões

### Psicofisiologia das emoções

A palavra emoção deriva do latim *emovere* que significa movimentar. Como a própria etimologia sugere, são reações em decorrência de acontecimentos que nos mobilizam e provocam uma ação. Em termos científicos, três elementos são considerados para definir uma emoção: as alterações fisiológicas, uma tendência para ação e a experiência subjetiva da emoção (como o indivíduo entende e descreve o episódio experimentado). Para Levenson, “as emoções são fenômenos psicofisiológicos de curta duração, que representam modos eficientes de adaptação às constantes exigências do meio ambiente” (Levenson, 1994 como citado em Martins et al., 2008, p. 125).

Dessa forma, as emoções se caracterizam como um importante campo de estudo das ciências porque acham-se intrínseca na personalidade dos sujeitos e corroboram para seu ajustamento saudável ou para eventuais aparecimentos de psicopatologias.

Sua relevância engloba os paradigmas biopsicossociais, considerando-se que as alterações das funções ocorrem nas três dimensões.

*A nível psicológico e cognitivo, as emoções modificam funções intelectuais, nomeadamente a percepção, o pensamento, a memória, a atenção, a capacidade de concentração e a consciência crítica. Do ponto de vista biológico, induzem modificações corporais e, quando ocorrem, alteram o traçado eletroencefalográfico, a tensão muscular, a ativação do sistema nervoso vegetativo e certas secreções hormonais, como a adrenalina, a noradrenalina, a insulina e os corticosteroides, podendo conduzir a doenças psicossomáticas. Numa perspectiva social, as emoções desempenham um papel de especial relevo na motivação humana, podendo influenciar aspectos como a personalidade, as relações sociais, o desempenho profissional, a vida sexual, a ascensão numa carreira ou a própria maneira de viver dos indivíduos (Vaz Serra, 1999 como citado em Martins et al., 2008, p. 126).*

É importante salientar que não é a vivência dos afetos por si só que geram doenças cardiovasculares. Sentir emoções não, necessariamente, causam doenças do coração. Já se sabe que a elevação da pressão, das taxas de colesterol e de triglicérides são respostas normais do nosso corpo às emoções. O fator principal está na forma como essas pessoas vivenciam esses afetos, qual intensidade e qual frequência com que eles ocorrem. Essas vivências continuamente tornam as taxas permanentemente alteradas, favorecendo o desencadeamento de doenças desse tipo.

Diante de estímulos negativos, nosso organismo vai realizar um conjunto de modificações químicas e de funcionamento que teoricamente nos preparará para enfrentar a situação adversa. Apesar do caráter inicialmente reparador desse mecanismo, estudos demonstram que essas alterações de maneira hiper-reativa causam danos ao organismo, podendo evoluir para infarto do miocárdio e arritmias (Knobel et al., 2010).

Independente do estímulo que suscita a emoção ser real ou simbólico, o cérebro humano coordenará as reações no sentido de preservar a vida. O cérebro

não identifica a diferença entre um estímulo real ou estímulo simbólico. Logo, aquilo que o estímulo representar para o sujeito desencadeará todo o mecanismo no funcionamento do seu organismo, produzindo substâncias e todas as alterações químicas.

Partindo do pressuposto que as emoções atuam como motivadoras do comportamento humano seu papel no estado de saúde e doença é indiscutível e, portanto, caracteriza o campo de investigação desse estudo. Para tanto, é necessário diferenciar emoções negativas das positivas. As emoções positivas são aquelas que instituem experiências agradáveis e fortalecem a saúde, as negativas dizem respeito às experiências desagradáveis e, ao contrário, comprometem-a. Os estados emocionais negativos mais estudados devido sua amígdala associação aos transtornos são notoriamente a ansiedade, raiva, ódio e tristeza (Martins et al., 2008).

Diversos estudos demonstram que, diante de sentimentos como raiva e ódio, uma carga extra de adrenalina é liberada no sangue pelo organismo. Como consequência, da concentração de adrenalina, há aumento dos batimentos cardíacos, aumento da pressão arterial e constrição dos vasos sanguíneos. Tão necessário quanto sentir a emoção é o comportamento de resolução, pois uma emoção em aberto de forma persistente provoca um desequilíbrio bioquímico acelerando o processo de somatização (Giannotti, 2002; Martins et al., 2008). “A repetição desses episódios pode gerar dois problemas, em geral associados ao infarto; alteração do ritmo cardíaco (arritmia), aumento da pressão arterial e uma súbita dilatação das placas de gordura que, porventura, estejam nas artérias” (Silva, 2000 como citado em Martins et al., 2008, p. 134).

As alterações fisiológicas danificam o músculo cardíaco de diversas maneiras. A insuficiência coronariana está intimamente relacionada com a cronificação dessas alterações. A doença apresenta altos índices de mortalidade e morbidade e suas manifestações clínicas são a angina, morte súbita ou infarto agudo do miocárdio (IAM). A depender da extensão da musculatura cardíaca que deixou de ser irrigada, o IAM pode oferecer uma série de complicações ao doente cardiovascular.



No caso da angina, as dores se manifestam de modo irregular podendo estar relacionada ao esforço, ao frio e a estados emocionais de medo ou de frustração.

O IAM é a ocorrência mais dramática, do ponto de vista clínico, manifestando-se com uma dor intensa que pode ser mitigada ou levar o indivíduo à morte. Essas formas podem se combinar, isto é, o paciente anginoso apresentar um quadro de infarto, o paciente infartado apresentar uma arritmia fatal e morte súbita (Burd et al., 2004, p. 235).

Por esse motivo, os estudos que buscam entender a dinâmica da vivência das emoções negativa no organismo tornaram-se fundamental, já que sua nocividade à saúde cardiovascular independe dos conhecidos fatores de risco. Giannotti declara que o infarto é “uma espécie de suicídio inconsciente, pois corresponde à necrose, ou à morte do tecido de parte do músculo cardíaco” (2002, p. 182).

Ademias, a raiva, o ódio e a tristeza crônica comprometem o sistema imunológico, aumentam as chances de dislipidemias (acréscimo anormal dos níveis de gordura no sangue), exacerbam a dor, possibilitando um organismo mais vulnerável às doenças.

## Aspectos psicológicos

### Personalidade tipo A

A palavra personalidade deriva do latim *persona* e é usada para qualificar o modo como os indivíduos são, agem e reagem aos estímulos. Segundo Zimerman, personalidade é a “construção de um modo de ser, de como o sujeito será percebido pelos outros”. E sua estruturação se dá pela interação dos “heredoconstitucionais, as antigas experiências emocionais com os pais e as experiências traumáticas da realidade da vida adulta”. O que na atualidade é denominado “*nature* (fatores biológicos) e *nurture* (fatores ambientais)” (Zimerman, 2008, p.322).

Diversos tipos de personalidade são investigados para melhor entendimento do adoecimento no humano. Dos diversos tipos de personalidade, as pessoas que possuem traços da personalidade Tipo A comumente estão propícias a desencadear uma doença cardíaca. Os primeiros cientistas a descreverem esse tipo de relação foram os cardiologistas Friedman e Rosenman (1974) comprovando a predisposição de pessoas com certas características

para o surgimento de doenças do coração. Eles verificaram que indivíduos ambiciosos, autodisciplinados, com agressividade reprimida, competitivos, impacientes, com sentimento de urgência e hiperinvestimento profissional tendem a somatizar, culminando no adoecimento do coração (Lipp et al., 1990; Oliveira & Luz, 2010; Knobel et al., 2010).

*Poderíamos citar outras características do paciente coronariano, como incapacidade de delegar aos outros autoridade e responsabilidade, controle rígido dos que o rodeiam e de si próprio, incapacidade de aceitar angústia e conseqüentemente racionalizar as emoções, colocar-se sempre em situações competitivas, buscando êxito profissional e/ou social; ficar parado, descansar ou tirar férias angustia, necessidade primordial de ser amado e elogiado pelos outros. Os indivíduos do grupo A são geralmente perfeccionistas e as características aqui citadas demonstram a conduta obsessivas dessas pessoas. Admite-se que essas características de personalidade geram suficiente estresse emocional a ponto de contribuir para o surgimento da doença coronária (Oliveira & Luz, 2010, p.347).*

Estudos indicam que a impaciência e irritação constantes desses sujeitos escondem o caráter agressivo dessa personalidade, que geralmente é reprimido ou negado, resultando em um estilo de vida que comumente fará mal para o coração. São comportamentos autodestrutivos que além de inclinados a uma conduta de risco permanente, estimulam a liberação excessiva de substâncias que causam disfunções, como: arritmias, hipertensão arterial, necrose miocárdica, insuficiência cardíaca, entre outras (Campos, 2010).

Portanto, o sujeito que apresentar um estilo cientificamente denominado “tipo A de comportamento” para lidar com os acontecimentos internos/externos da sua vivência estarão mais vulneráveis a somatização cardíaca. Evidentemente, esse não será o único fator determinante nas cardiopatias, porém é inegável a importância desse entendimento para um planejamento terapêutico mais adequado as especificidades desse perfil.

Há também estudos que indicam que as pessoas não, necessariamente, precisarão estar de forma global inserida em todas as características do tipo A de comportamento para desenvolver problemas

cardíacos. Esses estudos mostram que há alguns traços que são mais nocivos, porém não concluem de forma categórica quais. A hostilidade, a raiva e a sensação de urgência de tempo (pressa) são as características mais citadas como fator marcante na propensão de doenças cardiovasculares (Spieberger, 1979; Williams et al., 1980; Krantz et al., 1988; Friedman e Ulmer, 1984; Wright, 1988 como citado em Lipp et al., 1990).

Outro fator determinante são as autoexpectativas que as pessoas que possuem esse padrão de comportamento se impõem. Seus desempenhos são sempre comparados ao ideal e nunca à média, o que imprime uma exigência maior diante dos acontecimentos e uma tensão desproporcional diante do insucesso. Essas concepções são “irracionais porque contrariam a lógica e a razão, já que correspondem a expectativas que são impossíveis de serem satisfeitas” (Ellis, 1973 como citado em Lipp et al., 1990, p. 313).

Esse conflito é ainda prejudicado pela sobrevalorização dessas características em âmbito social que, apoiado no reconhecimento social, torna-se objeto de desejo dos sujeitos desprezando-se o caráter crônico e danoso desse comportamento.

## Estresse

O estresse tem objetivo de preservar o organismo, preparando corpo para enfrentar os obstáculos das situações que pressupõe risco. Segundo Campos (2010), “o estresse é o estado de tensão de um organismo que de alguma forma se sente ameaçado em sua integridade” (p. 322). Dessa forma, pode-se inferir que o estresse é um mecanismo de sobrevivência. Porém, quando essa carga é prolongada e excessiva, o efeito é imediato, a doença física. Todavia, o estresse não é universal e, diante de uma mesma situação, as pessoas reagem de forma diferente. Caso contrário, teríamos que comprovar que, diante de determinados estímulos estressantes, as pessoas desenvolveriam a mesma doença física, o que não é verídico.

*Isto faria distinguir situações estressantes e situações percebidas como estressantes. Seriam estas últimas as que teriam valor psicológico. Sem dúvida, parece haver correlação entre quantidade de situações estressantes*

*e a resultante percepção desse estresse. Mas parece haver um efeito moderador ou hipertrofiador que depende do próprio indivíduo em função de sua constituição, história e circunstâncias. O mesmo se aplica ao modo de reagir, de enfrentar, de se adaptar ao estresse, que aparece também influenciado por circunstâncias particulares, próprias do indivíduo (Campos, 2010, p. 322).*

Estudos buscam comprovar a relação danosa que a exposição excessiva à agentes estressores causam ao organismo sadio. Sua relação com as doenças cardiovasculares também é, exaustivamente, estudada e comprovada através desses estudos (Campos, 2010; Knobel et al., 2010). O organismo sadio possivelmente irá responder de forma adaptativa a diversas emoções, agradáveis e desagradáveis, a qual estará submetido ao longo da sua vida. Hans Selye (1965) como citado em Campos (2010) denominou esse mecanismo de síndrome geral de adaptação. Quando nosso organismo encontra formas de adaptação a esse processo estressante, dizemos que houve a síndrome geral de adaptação, ou seja, nosso organismo, de forma sadia, mobilizou mecanismos de defesas que prepararam o corpo para resolução da problemática. As doenças de adaptação seriam os sinais físicos e psicológicos de desgastes causados pelo estado de tensão permanente.

*Sendo o estresse um processo que ativa respostas singulares, o momento de avaliação subjetiva será crucial para determinar se a situação é ou não estressante e o dispêndio de energia e tempo, buscando restabelecer sua integridade, ditará o surgimento (ou não) de padecimento orgânico. Em resumo, a situação estressante envolve a “avaliação (quanto à possível ameaça à integridade, coesão e sobrevivência do organismo) e a escolha (ou decisão) do método para enfrentá-la, resultando, então, numa dada resposta (Campos, 2010, p 322).*

O estresse pode ser dividido em quatro etapas: alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. A fase de alerta é caracterizada pela produção de adrenalina com objetivo de manter a pessoa mais alerta para ação com a finalidade de sobrevivência. Na fase de resistência, há um aumento das taxas de cortisol e o organismo busca restabelecer sua homeostase que está vulnerável devido o prolongamento da fase I ou surgimento de novos agentes estressores. Na quase-exaustão, a tensão excedeu o limite

suportável pelo organismo, há desequilíbrio e aumento da ansiedade. A fase final chama-se exaustão, é uma etapa patológica do estresse, onde há um desequilíbrio interno no qual os mecanismos de adaptação falharam. As doenças ocorrem nas duas últimas fases devido uma diminuição das respostas imunológicas e processos fisiopatológicos (Lipp et al., 1990; Knobel et al., 2010).

Há doenças cardíacas diretamente relacionadas ao estresse, como a doença de Takotsubo, mais conhecida como síndrome do coração partido, caracterizada por mimetizar o infarto agudo do miocárdio sem a obstrução das artérias coronárias (Knobel et al., 2010). Já o aumento da pressão arterial (PA), também correlacionado ao estresse crônico, está indiretamente ligado à patogênese cardiovascular. Nesse caso, a PA constantemente elevada irá favorecer o surgimento da hipertensão arterial que, se não for controlada causa danos ao músculo cardíaco e diversas comorbidades. Estudo sobre a reatividade cardiovascular, demonstrou que o estresse está intimamente relacionado com as mudanças de pressão arterial ou frequência cardíaca. “Estudos brasileiros sobre reatividade cardiovascular mostram que o hipertenso exibe aumentos de pressão significativos quando submetido a sessões experimentais de *stress emocional*” (Lipp et al., 2007, p.162).

*O indivíduo reage de forma global: fisiológica, psicológica e comportamental nas situações de stress, em relação ao grau de ameaça percebido e em função de experiências passadas, sendo que a resposta do indivíduo é medida pelo seu Sistema de Avaliação que compreende processos cognitivos e emocionais (Longis et al., 1985 como citado em Lipp et al., 1990, p.313).*

Como vimos, o estresse está diretamente relacionado com as crenças individuais de cada sujeito. A tendência ao estresse crônico é equivalente à dificuldade em superar os estressores. Há estudos que correlacionam as crenças mais nocivas às características encontradas no comportamento tipo A, indicando que essas crenças são socialmente construídas e enraizadas na personalidade do indivíduo que futuramente terá uma predisposição para agir de forma prejudicial diante dos acontecimentos (Knobel et al., 2010; Lipp et al., 1990). Essa personalidade também está associada a sujeitos potencialmente

mais vulneráveis ao estresse, justamente por conta da necessidade de controle e a tentativa de alcançar metas impossíveis em tempo ínfimo.

## **Depressão e ansiedade**

A relação entre o transtorno depressivo e as doenças cardiovasculares tem recebido significativa atenção da literatura devido à forte evidência de que a depressão é um fator de risco independente para o desenvolvimento de DCV e para piorar o prognóstico daqueles que já possuem a doença.

A caracterização da depressão tem como sintomatologia a presença de humor deprimido, perda de interesse em atividades antes prazerosas, fadiga, alterações do sono e do apetite, sentimentos de inutilidade e culpa, tendência ao isolamento, ideação suicida e irritabilidade. A ansiedade é definida como “uma emoção ou estado de humor negativo caracterizada por apreensão e preocupação antecipada quanto ao futuro” (Regis et al., 2016, p. 93). As alterações que a ansiedade propicia ao organismo são divididas em quatro categorias: sintomas fisiológicos, sintomas afetivos, sintomas cognitivos e sintomas comportamentais.

*Sintomas fisiológicos como aumento da frequência cardíaca (FC), sudorese, tremores e desmaio; sintomas afetivos como impaciência, frustração, nervosismo e irritabilidade; sintomas cognitivos como falta de concentração, hipervigilância para ameaça, memória deficiente, distorções cognitivas e medo; sintomas comportamentais como fuga, esquiva, agitação, busca de segurança e dificuldade para falar (Regis et al., 2016, p 93).*

Apesar de frequente, o transtorno depressivo comumente é subdiagnosticado, ou quando identificado, não há diferenciação entre a doença clínica de base e o episódio depressivo reativo. A denominada depressão reativa é uma resposta a uma determinada situação. Nesses casos a depressão é secundária, consequência da DCV e não causa. Contudo, o transtorno depressivo maior, em indivíduos saudáveis, poderá evoluir para doenças cardiovasculares em virtude das alterações nas funções e ritmo cardíaco, alteração dos níveis hormonais (principalmente cortisol) e do sistema nervoso autônomo, ativação



das plaquetas e aumento da resposta inflamatória, além de predispor os indivíduos a um estilo de vida não saudável (Knobel et al., 2010; Lemos et al., 2008; Perez et al., 2005).

Perez et al., (2005) informam que a depressão em pacientes portadores de doença cardíaca aumenta a probabilidade de mortalidade, morbidade e má qualidade de vida. A ansiedade é citada como causa para depressão, ou seja, pacientes com histórico de ansiedade tem mais chance de apresentarem depressão. Todavia, o estudo aponta a diferença entre ansiedade-estado e ansiedade-traço concluindo, posteriormente, que a segunda é uma condição crônica, intrínseca a personalidade e sua constância justifica a predisposição à depressão.

*[...] ansiedade-estado, que caracteriza-se pela percepção subjetiva de sentimentos de tensão e apreensão acompanhados de reações do sistema nervoso autônomo em um momento particular. Ansiedade-traço, avaliada pela outra escala, diz respeito a uma tendência relativamente estável de perceber as situações como ameaçadoras e de reagir a elas com estado de ansiedade (Perez et al., 2005, p. 47).*

Lemos et al., (2008) estudando a relação entre ansiedade, depressão e qualidade de vida em 224 pacientes infartados, concluiu que os transtornos depressivos não são desencadeados pelo infarto agudo do miocárdio, afirmando que estes já estavam presentes antes da admissão hospitalar. Porém, outros autores inferem que a relação casual varia entre os pacientes: em uns, a depressão é a doença-causa das DCV, em outros, é consequência de uma doença cardíaca e, no restante, tanto a depressão quanto as DCV fazem parte de um processo subjacente mais amplo (Knobel et. al., 2010; Regis et. al., 2016). Esses achados demonstram a necessidade de uma maior averiguação e atenção clínica para casos de ansiedade e depressão, tendo em vista que um diagnóstico adequado contribui para redução de comorbidades relativas a DCV e para o planejamento de intervenções efetivas quando estas já se estabeleceram.

### **A simbologia do coração**

O coração é um órgão oco responsável pelo bombeamento do sangue através de vasos sanguíneos

do sistema circulatório. Porém, socialmente mistificou-se como sede das paixões, sentimentos e afetos. A própria palavra coração denota “lugar de sentimentos” descaracterizando a real função do órgão. Essas atribuições sociais acarretam aos cardiopatas uma exacerbação de emoções, fantasias, medos e mecanismos de defesa próprios podendo, por vezes, dificultar o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação destes pacientes.

Ruschel (1998), em seu artigo “quando o coração adoce”, contribui informando que as superstições socialmente arraigadas tornam a doença cardíaca mais ameaçadora, quando, na verdade, existem outras até mais graves. O efeito dessa mistificação interfere com bastante intensidade a forma de enfrentamento da doença, as fantasias a ela associada e a ansiedade de morte é incrementada.

Ao longo das nossas vidas iremos experimentar diversos tipos de emoções, tais como: raiva, medo, desesperança, tristeza, alegria, ansiedade, etc. Algumas sensações atuam de modo a aumentar as respostas fisiológicas e outras tendem a diminuir. Nesse sentido, pode-se conceber que a convicção de relacionar o coração às paixões, sentimentos e afetos, está associada com o fato de o coração ser o órgão que mais facilmente se percebe as respostas fisiológicas. Assim quando um indivíduo marca um encontro romântico e isso faz com que sinta a aceleração dos batimentos cardíacos, logo vai associar a sensação (fisiológica) à paixão (Giannotti, 2002).

Em vista disso, é muito comum ouvir expressões atribuídas ao coração, como: “coração mole”, “coração grande”, “coração apertado”, “coração de pedra”, “meu coração está partido”, “prepare seu coração”, “te amo do fundo do meu coração”, para citar algumas. Expressões essas que servem para simbolizar, nomear os próprios sentimentos. Logo, esse músculo terá função dual, ou seja, a própria função orgânica e de depositário de toda simbologia de afetos (Romano, 2001). As experiências do cardiopata serão intensificadas por essa função binária do órgão. Isso porque a carga de significação afetiva é tão grande que esse superinvestimento tornará o órgão mais suscetível a eclosão somática.

## A cirurgia e o paciente cirúrgico

Do ponto de vista individual, a cirurgia cardíaca é sempre mobilizadora. Contudo, a cirurgia de urgência é mais mobilizadora devido a iminência de morte ser um impeditivo para o preparo psicológico do paciente. Na eletiva, o tempo favorece o preparo do paciente, do ponto de vista psicológico, reduzindo o impacto emocional.

Apesar de ser um procedimento que vislumbra a preservação da vida não podemos negar o risco eminente de morte que será sentido pelos pacientes submetidos a tal procedimento. Indubitavelmente, é fomentador de fantasias e medos, e quando alcançado êxito, deixará marcas definitivas nesse indivíduo. Estudos evidenciam que o medo está associado à possibilidade de morte real, à anestesia, à perda de controle, as superstições, à cirurgia e a antecipação da dor (Erdmann et al., 2013; Oliveira & Oliveira, 2010; Quintana et al., 2013 como citado em Wottrich et al., 2016, p. 20). A perda de controle atribui-se a anestesia devido à perda de sentido e subsequente perda da autonomia e do poder de decisão sobre o próprio corpo.

A cicatriz oriunda do pós-operatório é uma marca perene que, por ora, carrega a simbologia da vitória, ratificando a natureza corajosa de uma pessoa que “venceu” a doença e outrora poderá surgir como um sinal de vulnerabilidade (Burd et al., 2004).

A nova imagem corporal precisará ser integrada aos esquemas psicológicos devido à modificação oriunda da intervenção cirúrgica. Essa transfiguração não remete somente a marca da cicatriz, mas também e, principalmente, o tipo de cirurgia ao qual o sujeito foi submetido. Na angioplastia, por exemplo, um stent é colocado na artéria para diminuir a chance de os vasos ficarem novamente obstruídos por aterosclerose. Essa intervenção cirúrgica requer o convívio do paciente com esse novo objeto incorporado ao seu corpo, causando um ruído na forma como esse sujeito se enxerga e, eventualmente, emergindo sentimento de violação. É imprescindível um trabalho voltado para reorganização dessa nova imagem corporal que convoque o paciente a reinvestir nesse corpo e ressignificar essa experiência (Grisa et al., 2015; Wottrich et al., 2016).

Nesse cenário, há também o processo de despersonalização, que acentua o curso de passividade e deixa o paciente destituído do lugar de dono da sua própria vida. Será sujeitado a uma rotina inflexível e despersonalizada, incapaz de tomar decisões, tendo que se adequar as exigências do ambiente hospitalar (Romano, 1998).

Agregado a essa dinâmica, naturalmente desorganizadora, é relevante considerar a influência que o ambiente hospitalar, por si só, causa ao paciente. Os diferentes locais que o paciente circula têm suas peculiaridades e precisam ser incorporadas na análise do profissional para um plano terapêutico mais adequado.

*Para este olhar diferente, da prática, deve-se procurar entender onde está esse sujeito, o que o faz sofrer hoje e (até) amanhã, quais minhas ações possíveis [...] se reconheço a potencialidade de um local em desencadear reações psíquicas, antevejo a demanda e a ela devo me antecipar. Não há, dentro de um hospital, o tempo de uma vida inteira para agir (Romano, 1999, p. 46).*

A unidade de terapia intensiva (UTI) é uma realidade invariável quando se trata do paciente cirúrgico, todos eles irão se recuperar nessa unidade no pós-operatório. Comumente revestida pela figura da morte, carrega como característica a rotatividade, ruídos constantes e a privação de sono e está associada ao ambiente hospitalar que mais causa desordens psiquiátricas, entre elas, a depressão exógena.

*A depressão pode se manifestar por volta do 4º ou 5º dia de pós-operatório, sendo ocasionada na maioria das vezes pelo estresse imposto pela hospitalização e rotinas de procedimentos. O paciente também pode ter alterações mais graves, como quadros psicóticos exógenos ou mesmo psicoses relacionadas à inadequada oxigenação cerebral (Oliveira & Luz, 2010, p.346).*

O isolamento, típico desse ambiente, é um agravante a ser considerado. A privação sensorial, privação do sono, ausência de alternância dia/noite, ausência de privacidade e os ruídos são citados como preponderante na gênese dos distúrbios psicopatológicos (Romano, 2001).

A ansiedade é identificada em todas as etapas que envolve o tratamento cirúrgico. A ansiedade elevada compromete a recuperação satisfatória do paciente. Porém, o contrário também é válido (ansiedade muito diminuída). Estudos indicam que “existe uma faixa de ansiedade que deve ser considerada e que impulsiona o sujeito a ação” (Romano, 2001, p.116). O baixo grau de ansiedade é colaborador para que o paciente tenha uma atitude de retraimento que dificultará sua apreensão da realidade, resistência em compreender as informações e se reafirmar diante da situação vivenciada (Vargas et al., 2006 como citado em Quintana et al., 2012).

A depressão é muito comum no pós-operatório e associa-se à perda de autoestima, às limitações decorrentes da cirurgia e à cronicidade da doença. A depressão reativa pode alterar o curso clínico de uma doença cardíaca e tornar-se um forte empecilho para bons resultados no processo de reabilitação (Sebastiani et al., 2005; Romano, 2001; Quintana et al., 2012).

O momento de aceitação da necessidade de realização do procedimento também provoca sentimentos ambivalentes. A incerteza do sucesso cirúrgico faz com que o paciente experimente sentimento de tristeza, preocupação, medo, desespero, bem como sentimentos positivos, particularmente a esperança. A esperança está relacionada a possibilidade de reabilitação, aspirando a remissão dos sintomas (dor, dispneia, tontura, etc.). Esses sentimentos intensos devem ser trabalhados no pré-operatório para resultados mais eficazes (Banner et al., 2012; Erdmann et al., 2013; Bergvik et al., 2010, Lanzoni et al., 2015 como citado em Wottrich et al., 2016).

O despertar do sono anestésico também gera estranhamento e desorganização psíquica. A anestesia contribui para o temor do paciente e é um complicador para aceitação do procedimento. Acordar desse sono remete lidar com a cicatrização das feridas, possíveis dores e um estranhamento diante da nova situação. Medidas que evitem o sentimento de descontrole e desamparo, típico desse momento, contribuem para maior cooperação do paciente intensificando os efeitos positivos do processo (Barroso, 2010; Wottrich et al., 2016).

Além disso, quando o risco iminente de morte é afastado poderá dá lugar a uma experiência de morte social favorecida pelo afastamento do trabalho, da vida acadêmica, dos laços sociais. Sobretudo o trabalho, que tem papel hegemônico em nossa sociedade e está diretamente ligado à sensação de bem-estar e dignidade. A inatividade do paciente afeta diretamente sua dignidade e poderá ocasionar agravamento do estresse emocional, principalmente se ele for o mantenedor da família. Portanto, sublinha-se que o mal-estar perante à cirurgia não se constitui apenas em função do procedimento em si, mas também em decurso das especificidades do próprio contexto hospitalar e das limitações decorrentes.

### **Atuação do psicólogo**

A bússola que orienta e direciona as intervenções psicológicas, qualquer que seja a conduta terapêutica adotada, é implicar o paciente com seu desejo para torná-lo apto a se responsabilizar pela sua vida. Isto significa dizer que o paciente é inserido no tratamento como sujeito de sua vida e não objeto de estudo.

Sendo a doença propiciadora da instalação de uma crise na vida do sujeito acometido, é comum quadros reativos decorrentes da atual situação. Portanto, o primeiro procedimento deve ser diferenciar se o comportamento do paciente é reativo (resultante da situação ansiogênica pela qual está passando) ou uma conduta estrutural fixa. Feita a definição, será delineada um plano terapêutico adequado para cada caso (Romano, 2001).

O atendimento ao cardiopata torna-se peculiar devido o órgão atingido ser repleto de carga simbólica e mito. Socialmente mistificou o coração como o órgão mais valioso e essa força simbólica deve ser considerada no trabalho com esse público. Desse modo, é relevante que o profissional estabeleça uma aliança terapêutica com o paciente que viabilize a expressão dos conteúdos que estão envolvidos na situação atual.

Contrariando a lógica médica que vê seu êxito atrelado a extinção dos sintomas físicos, com relação aos sintomas psicológicos, a intervenção buscará promover uma nova posição subjetiva do sujeito frente ao seu sintoma. É oferecendo sua escuta e,

por conseguinte, suscitando a fala do paciente que o profissional favorecerá essa transformação e simbolização deste sofrimento, visto que, em casos de pacientes cardiopatas, existe uma carência na elaboração psíquica e uma falha na simbolização.

*[...] o coronariano possuiria uma estrutura psicossomática, por meio do qual a carga das emoções é transferida para área somática. Uma das características seria a dificuldade de sonhar ou fantasiar e projetar nos outros o que eles são, dificultando assim suas relações pessoais (Marty et al., como citado em Burd et al., 2004, p. 236).*

Devido os impactos físicos, emocionais e sociais pode ocorrer uma desestruturação psíquica do sujeito. Diante da urgência subjetiva, dentro desse ambiente que requer intervenções breves, o psicólogo poderá recorrer a psicoterapia de apoio a fim de aliviar os sintomas e prevenir descompensações futuras para que o paciente possa recuperar o nível prévio de equilíbrio.

*As terapias de apoio de longo prazo destinam-se a pacientes com déficits crônicos de ego, com o funcionamento geral comprometido, enquanto as intervenções breves de apoio destinam-se a pessoas psiquiatricamente saudáveis e bem adaptadas que, momentaneamente, estão atravessando situações de crise, trauma ou desastre natural, e com uma resposta à crise abaixo de sua capacidade, ou que não estão utilizando os recursos de que dispõem. Seus objetivos são o alívio dos sintomas, a manutenção ou a restauração de uma função, o aumento da autoestima e a melhora da adaptação a estresses internos e externos (Ursano & Silberman, 2003 como citado em Cordioli et al., 2008, p. 27).*

É de suma importância que o acompanhamento psicológico ao enfermo se inicie no momento da indicação cirúrgica. Há estudos que demonstram que um acompanhamento psicológico pré-operatório eficaz diminui a ocorrência de depressão reativa. Todavia, diante de manifestações dessa ordem o atendimento psicológico poderá ser realizado na modalidade de psicoterapia breve visando esclarecer, clarear e resolver focos específicos dos aspectos relacionados com os processos do adoecer (Cordioli et al., 2008;

Quintana et al., 2012; Wottrich et al., 2016). Romano (2001) defende que, durante a hospitalização, as questões psicológicas a serem abordadas não devem preterir de profundidade, resguardando-se a aspectos estritamente relacionados com a doença.

Quando a cirurgia é eletiva, há tempo para o preparo psicológico do paciente, favorecendo a minoração do impacto emocional. O tempo de espera pela cirurgia, a estrutura do paciente e os mecanismos de defesas utilizados por ele são aspectos que devem ser considerados. Isso auxiliará o profissional a entender como essa situação está sendo elaborada pelo paciente, seu grau de ansiedade e prostração. O psicólogo deve intervir com a finalidade de minimizar a angústia e ansiedade do paciente, favorecer a verbalização das fantasias e facilitar a expressão dos sentimentos (Romano, 2001; Sebastiani et al., 2005).

O foco no período pré-operatório é na organização egoíca do paciente para o procedimento. A psicoprofilaxia cirúrgica<sup>2</sup> é bastante utilizada nesse momento com objetivo de desmitificação de crenças irrealis e questões que emergem diante de procedimentos cirúrgicos. Os significados que o indivíduo atribui à circunstância colaborará ou dificultará o processo. Uma adequada compreensão dos procedimentos, no qual será submetido, contribui para o controle da ansiedade, angústia e medo (Sebastiani et al., 2005; Quintana et al., 2012; Grisa et al., 2015).

O período de pós-operatório imediato é o momento no qual o paciente vai constatar que conseguiu sobreviver a cirurgia, proporcionalmente à medida que for recuperando a consciência, vai sentir as incisões, extensão das feridas, os drenos. Estará mais suscetível aos distúrbios psiquiátricos que comumente são facilitados pelo ambiente ou pelo uso das medicações. Mudanças estruturais podem ser incorporadas para minimizar esses efeitos complicadores (tornar o ambiente menos barulhento, presença de relógio, etc.). Quando oportuno, a ampliação da visita familiar é utilizada como técnica porque favorece a orientação têmporo-espacial do paciente, minimiza o desgaste emocional e aumentar a sensa-

2 Psicoprofilaxia cirúrgica é uma técnica que busca orientar o paciente, do ponto de vista psicológico, possibilitando a aprendizagem de estratégias relevantes para o enfrentamento da situação de cirurgia, alicerçada na informação (Romano, 1999).

ção de segurança (Pimentel et al., 2013; Grisa et al., 2015; Romano, 2001).

No pós-operatório tardio, um dos principais fatores a serem avaliados é o impacto da cirurgia na qualidade de vida do paciente. A qualidade de vida satisfatória está diretamente relacionada com a recuperação do estado funcional do paciente (Pimentel et al., 2013). Ter uma doença cardiovascular vai solicitar do paciente uma reestruturação no seu estilo de vida, visto que os hábitos diários contribuem para o agravamento dessa condição. Dessa forma, é necessário incluir no tratamento o caráter educativo com o objetivo de ensinar os pacientes a se ajudarem, favorecendo a conscientização e preparando-os para lidar com as mudanças inerente dessa nova fase (Giannotti, 2002).

Na fase de reabilitação é avaliado o retorno à atividade laboral, sexual e lazer. Para uma recuperação dentro do preconizado, empenha-se para que o restabelecimento seja global e que nenhuma das dimensões fique prejudicada. Para avaliar essa reabilitação é importante que seja realizada uma entrevista aberta, pois dará ao enfermo possibilidade de se expressar.

*A reabilitação cardíaca tem sido definida como um processo de manutenção (ou de retorno a) das capacidades fisiológicas, psicológicas e social do paciente [...] qualidade de vida é uma grandeza com diferentes aspectos e torna-se naturalmente impossível de ser medida objetivamente. É subjetiva, cultural, e varia segundo cada doente, seu grupo (familiar e comunitário) e cada momento de vida (Romano, 2001, p.127).*

O retorno a atividade sexual será influenciado pelos significados que o paciente atribuiu a situação pós-cirúrgica e está diretamente relacionada uma recuperação satisfatória ou não do paciente. Geralmente, as disfunções sexuais não ocorrem por impedimentos orgânicos e estão muito mais relacionadas com o medo de morrer, baixo autoestima, a simbologia do órgão doente, ansiedade e depressão. O aconselhamento sexual é uma orientação pedagógica eficiente no controle da ansiedade e desmistificação dessas fantasias (Romano, 2001).

Diante do exposto, entende-se a necessidade de uma intervenção multiprofissional e a relevância de contemplar a orientação psicológica nesse ambiente. O aperfeiçoamento nesses assuntos contribui sobremaneira para uma recuperação cada vez mais multidimensional dos cardiopatas garantindo uma qualidade de vida satisfatória. O propósito é oferecer um atendimento personalizado e acolhedor, um ambiente humanizado, colaborando na reestruturação da vida do paciente assistido.

## Considerações finais

Com os resultados deste estudo, espera-se contribuir com os avanços no conhecimento das doenças cardiovasculares. A literatura dessa temática assinala que o paciente cardíaco apresenta uma personalidade psicossomática, o que significa dizer que esse sujeito responde as exigências da vida de forma mais danosa ao organismo. Como evidenciamos, os sujeitos são fruto primeiramente da construção apreendida na primeira infância com os responsáveis e, posteriormente continuam a se desenvolver através da socialização. Essas primeiras relações, quando são precárias, encaminha o sujeito para uma falta fundante, tornando-o mais suscetível a somatização (uma maneira típica de responder os conflitos psíquicos pela via da inscrição no registro corporal).

A função binária do órgão acarretará mais dúvidas e tornará o doente cardiovascular mais propenso a agentes estressores e a consequente dificuldade em sair desse emaranhado de respostas insuficientes. Sendo o corpo centro privilegiado para a expressão do sofrimento do cardiopata e o coração um órgão superinvestido devido à simbologia a ele associada, destacamos a importância da fala como meio funcional de promover o sentido e simbolizar o sofrimento. Posto isso, o psicólogo é o profissional capacitado para ajudar o paciente a descobrir o sentido individual do seu sintoma e representar o excesso pela via da linguagem.

As pesquisas indicam a eficácia da intervenção psicológica no tratamento da ansiedade, depressão e estresse. Esses aspectos se retroalimentam e estão no âmago das doenças do coração, por esse motivo



merecem destaque e intervenção precoce. É comprovado pela literatura os benefícios do suporte psicológico tanto para o paciente quanto para a instituição. Para o paciente ajuda no enfrentamento da doença, melhor compreensão diante das informações recebidas, minoração do grau de ansiedade e depressão, etc. A nível institucional poderá reduzir os dias de internação e uso de psicotrópicos.

Considerada uma doença multifatorial, engloba a necessidade de uma mudança de estilo de vida. Para isso é preciso redução do peso, álcool, tabaco, pratica regular de exercícios físicos, reeducação alimentar, mudanças complexas que envolvem primeiro um entendimento do significado psicológico que esses elementos assumem na vida desses sujeitos. Estudos sobre compensação alimentar demonstraram que a comida exercer muito mais do que um papel nutricional, validando a natureza emocional desse hábito.

No que tange as intervenções cirúrgicas, é indiscutível a necessidade de um trabalho multiprofissional que considere o caráter desorganizador desse processo. Em face do processo crônico, desencadeado pelas intervenções cirúrgicas, o objetivo final não será atingir a cura, mas alcançar uma reabilitação global do paciente cardiopata a fim de que nenhuma das dimensões fiquem prejudicadas (biopsicossocial), proporcionando uma reinserção satisfatória para o paciente e promovendo melhores condições de vida e saúde.

Apesar de não constituir campo de investigação desta pesquisa, a díade família-equipe também é alvo das intervenções do psicólogo hospitalar devido os inegáveis benefícios para o paciente. As pesquisas sobre a temática ratificam que a família cumpre um papel de extrema importância em situações de tratamento de doenças e internações. O psicólogo tem como propósito, também, promover bem-estar à família, possibilitar uma comunicação interpessoal entre as partes em questão e oportunizar uma boa interação entre equipe-família, paciente-família, para que possam expressar seus conflitos, suas dores, aflições, estresses, entre outros sentimentos vividos nesse processo.

A doença, como fenômeno regressivo, oportuniza a criação dos novos vínculos segundo modelos já experimentados e nem sempre funcionais. Essas re-

lações, denominadas transferenciais, devem ser interpretadas e manejadas a fim de evitar conflitos na tríade equipe-paciente-família. Não raramente, o psicólogo deverá instrumentalizar a equipe para lidar com nuances que envolve a relação transferencial, favorecendo uma visão ampliada do sujeito e a humanização das intervenções assistenciais.

### Contribuições autorais

Ventura TS foi responsável pela escolha do tema; busca e análise dos dados da pesquisa; interpretação dos resultados; redação do artigo científico. Borges RB supervisionou e orientou o trabalho e foi responsável pela revisão crítica do conteúdo.

### Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc).

### Referências

- Barroso, F. L. (2010). O paciente e seu cirurgião. In M. Burd, & J. Mello Filho (Orgs.), *Psicossomática hoje* (2a ed., cap. 25, pp. 350-355). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Burd, M., & Mello, J. F. (2004). Cardiopatias e família. In M. Burd, & J. F. Mello. *Doença e família* (1a ed., cap. 20, pp. 335-356). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, E. P. (2010). Aspectos psicossomáticos em cardiologia: mecanismos de somatização e meios de reagir ao estresse. In M. Burd, & J. Mello Filho (Orgs.), *Psicossomática hoje* (2a ed., cap. 23, pp. 318-342). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cordioli, A. V. (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (3a ed., cap. 1, pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1920). Além do princípio de prazer. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XVIII, pp. 11-75). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. XX, pp. 79-168). Rio de Janeiro: Imago.

- Giannotti, A. (2002). Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicologia USP*, 13(1), 167-195. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100009&lng=pt&tlng=pt). doi: [10.1590/S0103-65642002000100009](https://doi.org/10.1590/S0103-65642002000100009)
- Grisa, G. H., & Monteiro, J. K. (2015). Aspectos emocionais do paciente cardíaco cirúrgico no período pré-operatório. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(1), 111-130. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n1/v8n1a09.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). *Pesquisa nacional de saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: Autor. Recuperado de <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
- Knobel, E., Silva, A. L. M., & Andreoli, P. B. A. (2010). *Coração é... emoção: a influência das emoções sobre o coração*. São Paulo: Atheneu.
- Lemos, C., Gottschall, C. A. M., Pellanda, L. C., & Müller, M. (2008). Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 471-476. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n4/10.pdf>. doi: [10.1590/S0102-37722008000400010](https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000400010)
- Lipp, M. E. N., Frare, A., & Santos, F. U. (2007). Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 161-167. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n2/v24n2a03.pdf>. doi: [10.1590/S0103-166X2007000200003](https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000200003)
- Lipp, M. E. N., Nery, M. J. G. S., Curcio, M. A. C., & Pereira, M. R. P. (1990). A relação entre stress, padrão tipo A de comportamento e crenças irracionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6(3), 309-323. Recuperado de <http://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/20431/14525>
- Martins, M. C. A., & Melo, J. M. C. D. (2008). Emoção... emoções... que implicações para a saúde e qualidade de vida? *Revista Millenium*, 34(13), 125-148. Recuperado de <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8362>
- Mello, J. F. (2002). Histórico, Conceitos e Proposições. In J. F. Mello. *Concepção psicossomática: visão atual* (10a ed., cap. 1, pp. 13-22). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Oliveira, M. F. P. & Luz, P. L. (2010). O impacto emocional da cirurgia cardíaca. In M. Burd, & J. Mello Filho (Orgs.), *Psicossomática hoje* (2a ed., cap. 24, pp. 343-349). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Doenças Cardiovasculares (DCVs)*. Ficha informativa. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- Perez, G. H., Nicolau, J. C., Romano, B. W., & Laranjeira, R. (2005). Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia Hospitalar*, 3(1), 41-58. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v3n1/v3n1a04.pdf>
- Pimentel, J. F., Ferreira, C. S. B., Ruschel, P. P., & Teixeira, R. C. P. (2013). Qualidade de vida em pacientes pós-operatórios de cirurgia cardíaca. *Revista da SBPH*, 16(2), 120-136. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n2/v16n2a09.pdf>
- Quintana, J. F., Kalil, R. A. K. (2012). Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicologia Hospitalar*, 10(2), 17-32. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v10n2/v10n2a03.pdf>
- Regis, B. N., Araújo, R. L. R., Souza, V. G., Santiago Neto, N. A., Nodari, N. L., & Hayasida, N. M. A. (2016). Ansiedade, depressão e doença cardiovascular em jovens adultos: uma revisão da literatura. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 4(1), 91-100. Recuperado de [https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude\\_desenvolvimento/article/view/2490](https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/2490). doi: [10.18316/2317-8582.16.22](https://doi.org/10.18316/2317-8582.16.22)
- Romano, B. W. (1998). *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Romano, B. W. (2001). *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Ruschel, P. P. (1998). Quando o coração adoece. In Romano, B. W. (Org.), *A prática da psicologia nos hospitais* (pp. 39-54). São Paulo: Pioneira.
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirurgica Brasileira*, 20(Suppl. 1), 50-55. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s1/25568.pdf>. doi: [10.1590/S0102-86502005000700010](https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000700010)
- Volich, R. M. (2007). Psicossomática Psicanalítica. In Volich, R. M. *Psicossomática. Coleção clínica psicanalítica* (6a ed., cap. 4, pp. 109-168). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wottrich, S. H., Quintana, A. M., Moré, C. L. O. O., & Oliveira, S. G. (2016). Significados da Cirurgia Cardíaca para Pacientes Submetidos a Processo Cirúrgico. *Interação em Psicologia*, 20(1), 20-29. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/29434>. doi: [10.5380/psi.v20i1.29434](https://doi.org/10.5380/psi.v20i1.29434)

Zimerman, D. E. (2008). *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise* (recurso eletrônico). Porto Alegre: Artmed.