

## **Corações e mentes: uma relação tão delicada. Compreendendo e lidando com os aspectos psicológicos das doenças cardíacas**

**Glória Heloise Perez**

(In: Mitsue Isosaki e Adriana Lúcia van-Erven Ávila. (Org.). Como cuidar de seu coração. São Paulo: Atheneu, 2009, v. , p. 35-50.)

### **O coração é um órgão que expressa a integração corpo-mente**

“Coração apertado”, “coração disparado”, “coração na boca” são algumas das descrições que as pessoas fazem na vivência de desconfortos de ordem psíquica tais como angústia, ansiedade, tristeza, alegria, medo... Embora estejamos acostumados a pensar nas emoções como algo que diz respeito à nossa mente, percebemos que algo acontece em nosso corpo quando as experimentamos. Isto prova que existe uma relação entre corpo e mente, que um interfere no funcionamento do outro. O coração, em particular, é um órgão de repercussão fisiológica das emoções, ou seja, ele sofre alterações no seu funcionamento na vivência das mesmas. Esta característica pode explicar o fato, de simbolicamente, ele ser considerado o centro das emoções. Na ansiedade, por exemplo, que é a expectativa de algo ameaçador, temos as seguintes alterações das funções orgânicas (*Jeammet, 1982*):

- aceleração (ou raramente diminuição do ritmo cardíaco),
- modificação da vasomotricidade cutânea trazendo palidez ou rubor
- dispnéia (dificuldade na respiração) ou taquipnéia (respiração acelerada),
- intestino “preso” ou “solto”,

- transpiração, mais salivagem ou “boca seca”,
- tremores,
- modificações metabólicas (por exemplo: glicemia, nível de colesterol).

O resultado de uma pesquisa, onde se perguntava o que as pessoas sentiam no corpo quando estavam angustiadas, aponta mais frequentemente os sintomas: compressão torácica (“coração apertado”), respiração curta, palpitações cardíacas, dores no peito (*Haynal, 1983*). Observe-se que estes são sintomas de doenças cardíacas.

Estudos sobre o impacto de emoções repentinas, intensas e negativas sobre o funcionamento do coração observam que as alterações cardíacas na vivência das emoções podem chegar até a provocar a doença cardíaca. Raiva e hostilidade estão associadas com o desenvolvimento da doença arterial coronária, pois geram alterações do sistema nervoso simpático, que por sua vez pode desencadear espasmos das artérias coronárias, ruptura de placas ateroscleróticas e aumentar a agregação plaquetária. Estados intensos de raiva e frustração e, em menor grau a ansiedade e tristeza, podem desencadear infarto ou angina, sendo maior o risco nas duas primeiras horas após episódio de raiva (*Wulsin e Barsky, 2008*).

Raiva e ansiedade são acompanhadas de aumento na resistência vascular e da pressão arterial. Algumas pesquisas epidemiológicas apontam níveis mais altos de raiva e raiva reprimida entre pacientes hipertensos do que na população em geral. Estudos que avaliaram hostilidade observaram que indivíduos hostis responderam a provocações, conflitos e desavenças com aumentos maiores na pressão arterial do que aqueles que não eram hostis.

Algumas investigações observaram que hostilidade tem uma relação dosedependente com o desenvolvimento da hipertensão (Wulsin e Barsky, 2008). Um outro dado que revela a interação corpo-mente no funcionamento do coração é que 10 a 14% das pessoas que buscam o cardiologista apresentam queixas que são derivadas de angústia ou ansiedade, mas não dizem respeito a um problema cardíaco. Wulsin e Barsky (2008) relatam que queixa de palpitação é uma das mais comuns na prática médica, mas frequentemente não está associada a anormalidades da freqüência ou do ritmo cardíaco. Em exames ambulatoriais de monitoramento de arritmias, onde durante 24 horas se faz o registro eletrocardiográfico do funcionamento cardíaco juntamente com o relatório do paciente das suas atividades e sensações no mesmo período, é muito comum não haver correlação entre o relato de palpitação e a alteração do ritmo do coração. Por outro lado, também salientam os casos onde arritmias e outros eventos cardíacos agudos tais como embolia pulmonar, disfunção aguda de válvula cardíaca e isquemia miocárdica, serem experienciadas e referidas pelo paciente como ansiedade aguda ou pânico, ao invés de um evento cardíaco. A percepção do funcionamento e das alterações do corpo e da mente, e a possibilidade de identificar e nomear estes eventos, está diretamente relacionada a uma série complexa de fatores objetivos e subjetivos. Entre estes fatores podemos destacar o conhecimento objetivo que o sujeito tem sobre o funcionamento do corpo e da mente, da sua consciência corporal, do seu nível de auto-conhecimento, dos sentimentos de identidade, do significado que atribui a uma determinada alteração fisiológica. Fatores como estes vão determinar a forma como o sujeito irá decodificar e nomear a sua experiência.

Algumas pessoas têm dificuldade de identificar e discriminar suas vivências psíquicas e, dessa maneira, tendem a descrevê-las como uma experiência da ordem do corpo. Outras, pelo contrário têm dificuldade de perceber os sinais corporais, que por conta disso podem passar despercebidos ou serem identificados como algo da ordem do psíquico. Fenômenos deste tipo determinam que emoções sejam confundidas com alterações cardíacas e viceversa.

Estes dados nos fazem notar que existe uma completa integração entre corpo e mente. Lembrando que o “ser” é uma complexa inter-relação de fatores psicológicos, biológicos e sócio-culturais, entenderemos porque a doença cardiovascular está ligada para além dos fatores biológicos, ao nosso funcionamento psíquico, ao nosso comportamento e ao nosso estilo de vida. Os hábitos alimentares, estresse, ansiedade e depressão estão entre esses fatores.

### **A nossa mente e o nosso comer: as origens da compulsão alimentar**

Os hábitos alimentares têm grande impacto na saúde do coração. Maus hábitos alimentares podem trazer como conseqüência a elevação dos níveis de colesterol, de triglicérides e obesidade. A obesidade, por sua vez, pode gerar hipertensão e diabetes tipo 2, que assim como os anteriores são fatores de risco para a doença arterial coronária.

Os maus hábitos alimentares podem se dever ao comer compulsivo presente na “compulsão alimentar”, impedindo a mudança necessária para o controle do peso e dos níveis destes metabólitos no sangue. A compulsão alimentar periódica é definida pela Associação de Psiquiatria Americana no DSM-IV por

“ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria num período similar, sob circunstâncias similares, com sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio”.

Estes episódios não estão associados a comportamentos compensatórios inadequados (uso de laxantes, indução de vômito...), mas são recorrentes (pelo menos 2 vezes por semana, durante 6 meses) e estão associados com indicadores subjetivos e comportamentais de prejuízo no controle da ingestão alimentar e sofrimento significativo relacionado aos ataques de hiperfagia (aumento exagerado do apetite para o consumo de alimentos), tais como:

- comer grandes quantidades de alimento, muito rapidamente, mesmo sem fome
- comer sozinho em razão do embaraço pela quantidade de alimentos que consome
- comer escondido dos outros
- sentir repulsa, culpa ou depressão após a ingestão alimentar excessiva
- a presença de sentimentos desagradáveis durante e após os episódios de excesso alimentar
- preocupação acerca do efeito a longo prazo dos episódios repetidos de compulsão alimentar sobre a forma e o peso corporais.

A compulsão alimentar diz respeito a uma relação desvirtuada com o alimento, onde ele preenche outras funções que não estão ligadas ao provimento de

energia, das necessidades que são da ordem do corpo. Neste caso, a ingestão alimentar terá uma função importante no equilíbrio psíquico.

Existe uma estreita relação entre o comer e o funcionamento mental, que revela-se nos dois aspectos do comportamento alimentar: a fome e o apetite.

A fome é a expressão biológica da necessidade de regular o balanço energético. Obedece a uma necessidade fisiológica. O apetite está ligado ao psíquico, é regido pela necessidade de prazer. Não toma como referencial o suprimento de necessidades energéticas ou calóricas. Enquanto a fome busca o alimento, energia, o apetite busca o prazer, a satisfação libidinosa.

Assim, a ingestão alimentar na espécie humana não está necessariamente vinculada à fome. É possível comer sem ter fome e beber sem ter sede. Este comportamento é peculiar do ser humano, que tem uma vida psíquica simbólica.

A obtenção de prazer, um dos motores do funcionamento psíquico e do comportamento humano, é algo muito complexo porque envolve a simbolização e o significado que a experiência tem para o indivíduo.

Diferente dos animais, o comportamento do homem é modulado não só por instintos, mas também pelo simbólico. Isto quer dizer que um comportamento como o comer não se dá de forma padronizada para todos os homens, como nos animais. Como todos os comportamentos, o comer é atravessado pelo processo de simbolização, conseqüentemente terá um significado e uma função na economia psíquica diferentes para cada um, constituindo-se num comportamento com peculiaridades singulares.

Assim é, que se para o compulsivo alimentar, que necessita de satisfação imediata, o comer é uma fonte principal de prazer, para o anoréxico é fonte de

angústia e para outros o comer cumpre saudavelmente sua função de manutenção do balanço energético, havendo equilíbrio entre seus aspectos biológicos e psicológicos.

Na compulsão alimentar a ingestão alimentar é buscada não para alívio da fome, mas para alívio de tensão psíquica. Isto ocorre porque a tensão psíquica é uma experiência de desconforto, desagradável, enquanto o comer é uma experiência prazerosa, agradável. Assim, come-se buscando prazer e para escapar da experiência desagradável, sendo este o único recurso para tal fim. Esta maneira de lidar com as situações de tensão psíquica instala-se na compulsão alimentar por uma falta de recursos psicológicos determinada por falhas no desenvolvimento psíquico. O compulsivo alimentar tem um funcionamento parecido com o do bebê que ainda não tem os recursos psíquicos suficientemente desenvolvidos. O bebê quando sente um desconforto, não sabe decodificá-lo, não consegue discriminar se é fome, frio, sede... Sem poder compreender essa vivência, não tem a possibilidade de saber como e quando poderá escapar dela, o que a torna ainda mais desagradável e, chora. Fica querendo ser aliviado rapidamente, pois não tem recursos psíquicos que lhe permitam compreender a situação e suportar esperar a solução. O compulsivo alimentar busca o alimento da mesma forma que o bebê recorre à mãe, para aliviá-lo de seu desconforto. E, sem poder discriminar seus sentimentos, confunde emoções com sensação de fome. A compulsão alimentar freqüentemente associa-se à obesidade, pois gera uma ingestão alimentar extra, e como está respondendo a uma demanda que é psíquica e não biológica serão escolhidos alimentos mais saborosos, geralmente doces e/ou gordurosos, conseqüentemente mais calóricos.

Assim, entende-se a intolerância à frustração, peculiar ao compulsivo alimentar, pois as falhas no seu desenvolvimento determinam recursos psicológicos limitados para suportar e encontrar alívio das tensões, determinando que esperar a satisfação seja algo insuportável e desorganizador. A necessidade de satisfação imediata é o que move à compulsão alimentar.

Considerando as características de funcionamento psíquico do compulsivo alimentar é possível compreender a que se deve suas dificuldades de sucesso nos tratamentos para emagrecimento. A ingestão alimentar, recomendada na dieta de emagrecimento, demanda o controle da alimentação, implicando portanto na obediência de limites, de restrições o que muitas vezes gera frustração da vontade de ingerir um determinado tipo ou quantidade de alimento. Por outro lado, este custoso controle da alimentação não leva ao emagrecimento imediato. Portanto, o tratamento da obesidade exige autocontrole, encarar limites e adiamento da satisfação, mas estas constituem-se nas maiores dificuldades do compulsivo alimentar.

Figura 1 (anexo)

Cabe salientar também que esta estrutura de funcionamento psíquico deixa o indivíduo mais vulnerável ao estresse e à depressão, pois em função da falta de flexibilidade psicológica e de recursos para a elaboração psíquica, haverá maior predisposição para experienciar uma situação como estressante e menos preparada para lidar com perdas, que inevitavelmente ocorrem, ao longo da vida. Assim, o compulsivo alimentar fica preso num círculo vicioso, onde escapa da frustração e da tensão, comendo. No entanto, essa ingestão alimentar também gera tensão como o medo de ficar doente, culpa, arrependimento... que por sua vez será contornada com mais comilança.



Figura 2 (anexo)

Um outro aspecto que vale a pena salientar é que esta relação conturbada com o alimento pode trazer o comprometimento da percepção da ingestão alimentar. Trata-se do mecanismo de negação, um mecanismo inconsciente de defesa contra a angústia despertada pela incapacidade de seu controle. Fica claro que estamos aqui diante de um fenômeno que nada tem a ver com falta de força de vontade, sem-vergonhice, etc... Trata-se de um transtorno psíquico e como tal deve ser tratado. Para haver a possibilidade de sair do círculo vicioso da compulsão alimentar é preciso desenvolver recursos psicológicos que permitam uma relação mais adaptativa com a realidade interna e externa, o que pode ser obtido num processo psicoterapêutico. Portanto, o que livrará o sujeito deste círculo vicioso em que se encontra é a mudança no seu mundo interno, e não o profissional renomado, a dieta da moda ou medicamento de última geração. É preciso buscar desenvolver-se.

### **Estresse e depressão: reconhecendo e aprendendo a controlar**

Estresse e depressão também comportam-se como fatores de risco para o desenvolvimento e para a progressão da doença cardiovascular. Estes estados psíquicos provocam uma série de alterações do sistema nervoso autônomo e neuro-endócrino, que por sua vez repercutem no funcionamento cardiovascular podendo trazer o desenvolvimento da doença.

Além das alterações fisiológicas, as alterações de comportamento geradas por estes transtornos psíquicos influenciam para o aparecimento da doença. A ansiedade, a tensão, o desânimo, a apatia, a intolerância à frustração e a falta

de flexibilidade psíquica, peculiares ao humor deprimido, criam condições desfavoráveis, levando à falta de motivação para a sustentação de um estilo de vida saudável, dos cuidados com a saúde e para a adesão ao tratamento quando a doença está instalada.

Depressão e estresse são dois distúrbios tão presentes na atualidade que temos a impressão de que as condições da vida moderna são

desencadeadoras deles. Parece-nos que não é bem assim. Será que o homem primitivo que precisasse enfrentar um leão para sair de sua caverna não teria o desencadeamento de uma reação de estresse também muito intensa? Até mais intensa do que um executivo que enfrenta duas horas de trânsito pesado para chegar à sua casa instalado em seu carro, ouvindo as notícias no rádio? Assim, podemos entender que o estresse sempre existiu. Estresse é a resposta do organismo a determinados fatores que são experienciados como circunstâncias inesperadas ou ameaçadoras. Para adaptar-se a este tipo de situação, o corpo desencadeia uma série de reações orgânicas e psíquicas que deixam o indivíduo em estado de alerta e em condições de reagir e se adaptar. Portanto, é uma reação normal e necessária ao ser humano. Porém, se o fator estressor é repetitivo ou se mantém por períodos prolongados, as reações desencadeadas sucessivamente podem prejudicar o organismo e gerar doenças físicas (hipertensão arterial, doenças gástricas, distúrbios dermatológicos, doenças cardíacas...) e ou mentais (depressão, ansiedade permanente, compulsão alimentar, abuso de álcool e tabaco...). Observamos, então que os fatores estressores mudaram muito. Uma grande diferença é que hoje, as fontes de estresse são menos concretas exigindo mais adaptações psíquicas do que físicas, antes a via de descarga era muito mais motora. Era necessário correr,

pular, lutar... A questão é que apesar das fontes de estresse serem atualmente diferentes, as reações corporais são as mesmas. Levar bronca do chefe que faz ter medo de perder o emprego, também gera aumento da pressão arterial, no entanto, não vai haver uma luta corporal para resolver o problema (descarga da tensão dá-se no nível motor), mas ficar imóvel diante dele tentando discutir a questão (descarga da tensão dá-se no nível psíquico). As fontes de estresse podem ser tanto externas como também internas, pois um fator só será estressor se ele for considerado uma ameaça. Isto quer dizer que algo pode ser um fator estressor para um, mas não ser para outro. Assim, fica claro que o funcionamento psíquico terá um papel importante na geração do estresse. Alta exigência consigo próprio e com os outros, necessidade de controle, intolerância, dificuldade de lidar com frustrações, falta de flexibilidade são características que predis põem mais ao estresse. Se não consigo aceitar os meus limites e os dos outros, se tenho a ilusão de que nada escapa ao meu controle ou não aceito ter que me adaptar a uma situação de mudança como algo natural da vida, essas situações serão estressantes.

Temos duas maneiras de lidar com um fator estressor: evitá-lo ou neutralizar seu impacto estressante. Identificar o que está estressando é o primeiro passo para verificar se é possível eliminá-lo. Por exemplo: estou impaciente na fila do caixa do supermercado não por estar apressado, mas por não gostar de ir ao supermercado. Não posso fazer as compras via internet ou dar esta tarefa para alguém?

Quando é impossível eliminar o fator estressor, pode-se fazer com que ele perca a condição de ameaçador. Como?

- Encarando as dificuldades e os imprevistos como fazendo parte da vida

- Sendo mais flexível e menos exigente consigo próprio e com os outros
- Reconhecendo e aceitando seus limites e dificuldades (pois todos nós temos)
- Estabelecendo prioridades já que ninguém é capaz de dar conta de tudo sozinho.

Pensemos na situação de você não ter dinheiro suficiente para comprar o material escolar de seu filho, torturando-se com seus sentimentos de culpa e fracasso. Em tempos de crise econômica, muitos têm este problema. Não será possível negociar na escola a compra do material na medida do uso e pedir a compreensão do seu filho?

No final deste capítulo você encontrará o teste da auto-avaliação do estresse. Nesse teste você poderá avaliar o seu nível de estresse , e aprender a pensar em estratégias de enfrentamento de situações estressantes .

Mas, alguns não conseguem lidar com suas dificuldades e esta maneira de encarar a vida, gera um estresse crônico que pode culminar na depressão. Doença, que se caracteriza principalmente por tristeza e perda de interesse e prazer na vida. Além de pelo menos três dos sintomas: perda de apetite *ou* compulsão alimentar, insônia *ou* hipersonia (estado de sonolência diurna excessiva e ataques de sono), desânimo, pessimismo, sentimentos de inutilidade, de fracasso e isolamento social. E nos casos mais graves: apatia e idéias e atitudes suicidas.

O deprimido sofre muito, pois não lida bem com perdas, mudanças que não são aceitas como fazendo parte da vida. A tristeza que naturalmente sente-se frente uma perda, e que passa, quando aceita-se a realidade e se adapta a ela, perpetua-se e agrava-se no caso do deprimido. Assim, ele pode, não conseguir viver bem após a perda de um ente querido, pois a morte não é aceita como

condição inexorável da vida, mas como algo que não podia ter acontecido. Por outro lado, por ser muito exigente consigo próprio e inflexível, ele tende a ser pessimista e a hiperdimensionar as dificuldades. Assim, o convite de um amigo para sair pode ser visto não como um gesto carinhoso, mas como um problema, pois pode chover, arruinando o passeio!

Principalmente entre os homens, a depressão pode estar encoberta pelo abuso de álcool, tabagismo, drogas, trabalho excessivo e expressar-se por irritabilidade e hostilidade, no lugar de tristeza e desânimo. No caso das mulheres, ela pode estar encoberta principalmente pela compulsão alimentar, tabagismo, pela compulsão por compras...

A tendência à banalização da depressão como doença e da desqualificação do sofrimento psíquico na cultura contemporânea, fazem com que, muitas vezes, a tristeza seja confundida com depressão, e que por outro lado, a depressão não seja respeitada como doença psíquica, mas tratada como algo que pode se resolver com o passar do tempo, ou com a simples ingestão de um medicamento. O deprimido sente-se desamparado, fracassado e impotente ante as suas dificuldades, envergonhado por seu desânimo, isolado e incompreendido em seu sofrimento. Assim, quando a depressão é detectada e encaminha-se a sua terapêutica, abre-se a possibilidade de alívio desse sofrimento.

Em síntese, o deprimido enfrenta um problema querendo que a realidade mude, e não ele. Para lidar com a depressão é preciso criar recursos psíquicos para enfrentar a realidade com menos sofrimento, o que pode requerer ajuda profissional: psicoterapia e nos casos graves sua associação com medicamento. A dica é “Se a vida lhe proporcionar um limão, faça uma limonada”, se você não conseguir, procure ajuda, pois sempre é possível aprender!

## Referências Bibliográficas

Associação de Psiquiatria Americana. DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Manual de psicologia médica. Rio de Janeiro, Masson, 1982.

Haynal A, Pasini W. Medicina Psicossomática, Rio de Janeiro, Masson, 1983.

Wulsin LR , Barsky AJ. Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease in Libby P et al. Braunwald's heart disease - a textbook of cardiovascular medicine. Vol1, 8<sup>th</sup> ed, USA, Elsevier Inc., 2008.

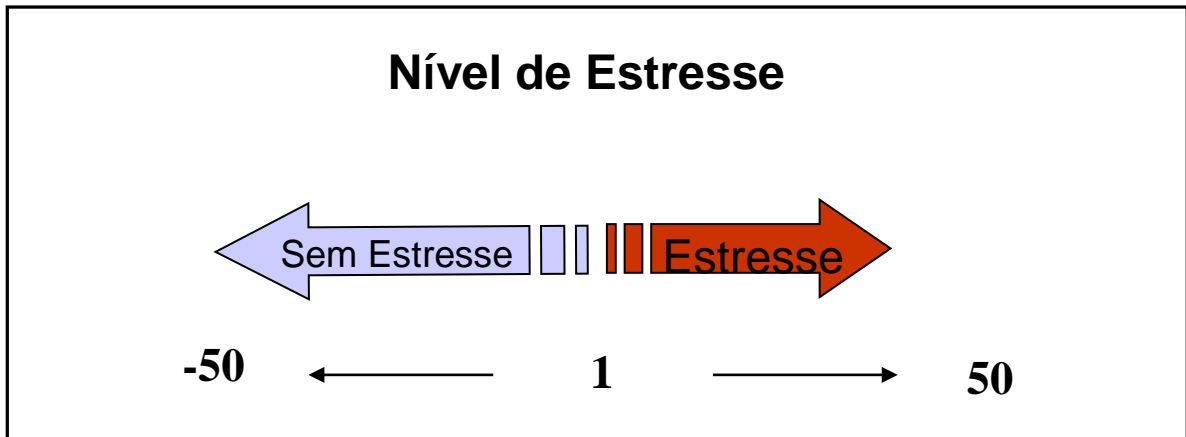
## Auto-Avaliação de Estresse

### 1- Avaliando Estresse

Na 1ª coluna escreva 5 situações que lhe deixam *estressado(a)*, *tenso(a)*. Na 2ª coluna, avalie, segundo uma escala de 0 a 10, a *freqüência* com que estas situações acontecem na sua rotina de vida. Quanto mais freqüente a situação na sua rotina, maior deve ser o valor. Por exemplo se a situação estressante acontece várias vezes ao dia, o valor da freqüência deve ser 10. Na 3ª coluna, avalie, segundo uma escala de 0 a 10, o quanto você *consegue manejar* estas situações de tensão, conseguindo neutralizá-las. Quanto mais você consegue neutralizar a situação de estresse, maior deve ser o valor da sua avaliação.

Situações de Estresse, Tensão	Freqüência	Manejo
	0 a 10	0 a 10
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
<b>Total</b>		
<b>Estresse</b>	<b>Freqüência – Manejo =</b>	

Para ter uma dimensão do seu estresse calcule o total da freqüência somando os valores da coluna da *freqüência*, e o total de *manejo* somando os valores da coluna do *manejo*. Faça avaliação do nível de estresse subtraindo o valor total de *manejo*, do valor total da *freqüência* ( $Freqüência - Manejo = nível de estresse$ ). Para saber o quanto você está estressado analise o valor obtido conforme o gráfico abaixo:



Na 1ª coluna escreva 5 situações que lhe relaxam e lhe dão prazer. Na 2ª coluna, avalie, segundo uma escala de 0 a 10, a freqüência com que estas situações acontecem na sua rotina de vida.

Situações de Relaxamento, Prazer	Frequência 0 a 10
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
<b>Total</b>	

Parabéns, se você teve facilidade para identificar situações de prazer e relaxamento em sua rotina e se o total da freqüência for próximo de 50! O cuidado em manter na rotina momentos prazerosos é importante fator antiestressante e de equilíbrio psicossomático.



## 2- Pensando em Estratégias de Manejo do Estresse

Transcreva na 1ª coluna, as situações de estresse que você avaliou com valor abaixo de 5 para *manejo*. Uma das estratégias de enfrentamento de estresse é evitá-lo. Muitas vezes isso não é possível, mas é muito importante refletir se essa estratégia já foi cogitada. Por isso lhe convidamos a se perguntar “Posso evitar?”. Uma vez que sua resposta a esta pergunta seja “não” você está convidado a pensar em outra *estratégia de manejo*. Avalie o porquê aquela situação lhe é estressante. Não haveria outra maneira de encarar esta situação? Não é possível fazer algo para neutralizar esta mobilização estressante?

Situações de Estresse	Posso evitar?	Estratégia de Manejo

Figura 1

## Tratamento da Obesidade

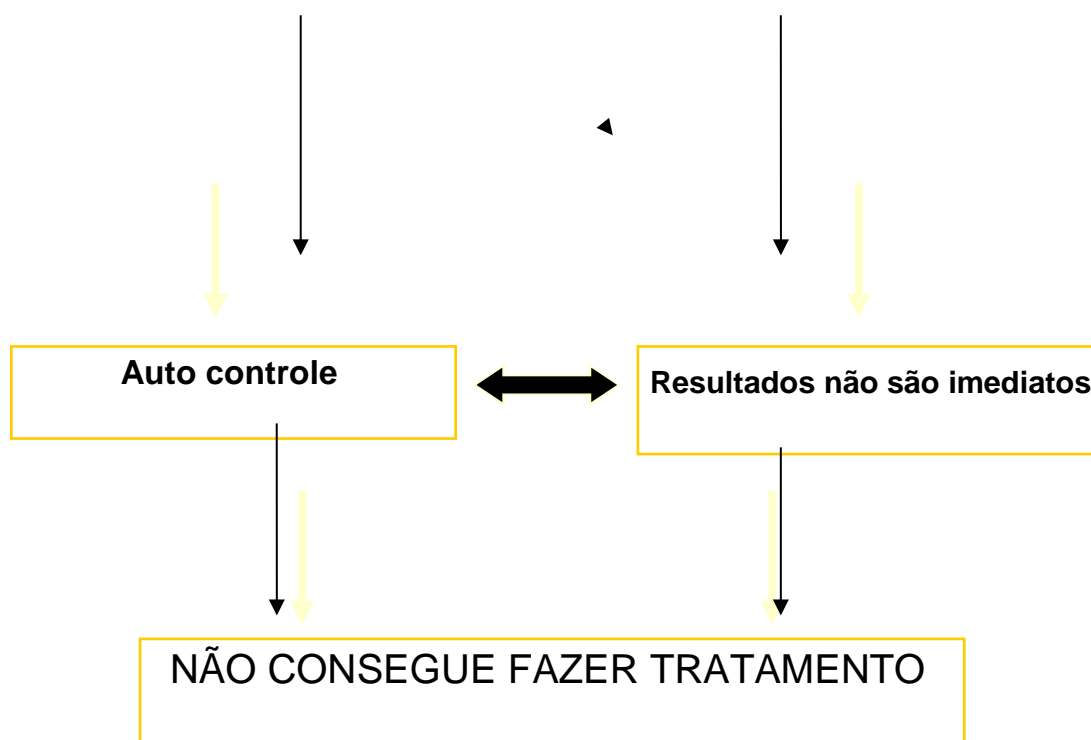


Figura 2

## COMPULSÃO ALIMENTAR

