

Psicologia em Cardiologia: adoecer do coração, cultura contemporânea e subjetividade

Glória Heloíse Perez

PEREZ, G. H. Psicologia em Cardiologia: adoecer do coração, cultura contemporânea e subjetividade. In: Michele Kamers; Heloísa Helena Marcon; Maria Livia Tourinho Moretto. (Org.). Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde. 1ed.São Paulo: Editora Escuta Eireli, 2016, v. , p. 269-291.

Doença cardiovascular: maior causa de mortalidade no mundo ocidental

“Coração apertado”, “coração apressado”, “coração partido”.... Angústias, ansiedades, alegrias, medo, tristeza, decepções.... As emoções deixam seus traços no coração com suas palpitações, com o seu pulsar mais forte ou mais fraco, mais rápido ou mais lento.... Adoecer e morrer das doenças deste órgão, que tão fortemente repercute as emoções, tem sido uma realidade do homem da sociedade ocidental contemporânea. Desde o fim da segunda guerra mundial, a doença cardiovascular é a maior causa de adoecimento e morte no mundo. E no entanto, a despeito e paralelamente aos importantes avanços conquistados no seu diagnóstico e tratamento, a doença cardiovascular mantém-se ainda no século XXI como a primeira causa de morte nos países desenvolvidos e grande parte das nações em desenvolvimento, apresentando o mesmo comportamento neste início de século que tinham as grandes endemias nos séculos passados, responsável por 30% das mortes no mundo (OMS, 2013).

Adoecer do coração é uma das marcas da cultura contemporânea.

Sabemos da estreita relação entre os modos de viver, de experimentar a vida, adoecer e morrer, como aponta a concepção psicossomática de *Ser* e de doença. Na concepção psicossomática o *Ser* é concebido como a inter-relação entre fatores de ordem biológica, psicológica e sociocultural, a doença seria uma forma de adaptação a um estímulo desorganizador que atinge este *Ser* (Marty, 1993). Dessa maneira, em qualquer doença teremos a presença e a interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. E, se partirmos do pressuposto que existe uma relação entre o modo que vivemos e morremos, podemos considerar que existe uma relação entre a cultura contemporânea e a doença cardiovascular.

Sobre a cultura contemporânea

Alguns elementos principais caracterizam a cultura contemporânea: a sociedade de consumo e o domínio do discurso da ciência. E estes são dois vetores que com seus desdobramentos como a globalização e o desenvolvimento da tecnologia, a crise das instituições, a destradicionalização e o predomínio do individualismo, vão definir a cultura da pós-modernidade, e serão moduladores do comportamento humano. Como exemplo, lembremos dos protocolos de consultas e exames

médicos para prevenção de doenças a que nos submetemos regularmente na atualidade, cumprindo um verdadeiro ritual de cuidados com a saúde.

A globalização econômica e as relações de consumo levaram as instituições a uma crise e conseqüentemente, à destradicionalização. As instituições se fragilizaram, e deixaram de ser referências sólidas. Os valores instituídos não são mais absolutos e universais. Isto implica por exemplo, que diferente do que se preconizava num passado recente estudar, trabalhar, casar e ter filhos não é mais o projeto de vida a ser seguido. Assim como, a família a ser constituída não é mais, necessariamente, composta de um casal heterossexual e seus filhos. Tudo é válido mas deverá ser inventado, conforme fizer sentido para aquele sujeito. A destradicionalização que convoca o sujeito a desenvolver um projeto individual e autônomo, inventando a sua própria vida, sua família, sua carreira profissional, sua religião, etc... trará como consequência, a falta das tradicionais referências da modernidade para a constituição da identidade do sujeito da pós-modernidade (Minerbo, 2013; Freire Costa, 2004),

O discurso da ciência, ao invés do discurso religioso, terá grande importância na sustentação do sujeito contemporâneo, uma vez que tomará o lugar das instituições tradicionais na tarefa de propor recomendações morais de teor universal (Freire Costa, 2004).

Cabe salientar que a ciência, esta que permeia a vida do sujeito contemporâneo de maneira tão fundamental, parte dos pressupostos básicos que a realidade é constituída de regularidades que podem ser compreendidas de forma independente do sujeito do conhecimento. Esta é a lógica do método científico, que visa primordialmente garantir a reprodutibilidade do experimento, considerando que independentemente de quem o faça, chegar-se-á ao mesmo resultado, o que se caracteriza numa dicotomia sujeito/objeto. O ser humano quando objeto de estudo da ciência, como é o caso na medicina, não é sujeito de uma enunciação, mas objeto de um enunciado a respeito dele. Dessa maneira, a ciência se apoia no mito da incondicional objetividade e neutralidade do empreendimento científico. A linguagem matemática é a que será utilizada na compreensão dos dados. A ciência trabalha também com a perspectiva do progresso irrestrito no desenvolvimento de técnicas e intervenções, ou seja se o resultado de uma investigação é negativo, a continuidade dos experimentos trará o conhecimento ainda não alcançado, criando o mito cientificista de um saber total, com a promessa de totalidade. (Castiel, 1999; Sibilia, 2002)

Assim, com esta promessa que um dia a ciência alcançará o saber total que paira no imaginário social e permeia a constituição da subjetividade na contemporaneidade, desenvolve-se a tecnologia.

O desenvolvimento da ciência e da tecnologia produziu um saber que mudou a forma como o homem experimenta a vida e seu corpo.

A vida deixa de ser encarada como um mistério insondável para ser algo completamente objetivável e mensurável. Muda-se o conceito de vida e morte. A tecnologia é pensada como uma maneira de aprimorar a espécie humana, de reformar a humanidade, o que antes pensava-se fazer através das reformas sociais. (Bezerra Jr, 2009)

O corpo deixa de ser o substrato daquilo que se denominaria natureza humana. Na lógica do pensamento científico o corpo humano é compreendido como máquina orgânica. No entanto, a evolução do conhecimento científico e da tecnologia acabaram por transformar a percepção do corpo como algo também passível de ser transformado, aprimorado e corrigido até onde os meios à disposição permitirem. É o momento de reprojeta-lo, uma vez que passa a haver tecnologia que possibilite isso, e assim pode-se transformá-lo para algo mais compatível com a vida atual, dada pelo ambiente tecnológico. É o denominado sujeito pós-orgânico, pós-biológico.

Dessa maneira, somos convocados a conhecer este sujeito pós-orgânico em suas novas montagens simbólicas não mais reguladas pelos limites naturais do corpo biológico, mas sim pelas possibilidades de transformação pela tecnologia e técnica científica. Como são os modos de subjetivação do sujeito pós-orgânico? Como seriam as manifestações de sofrimento do sujeito pós-orgânico? Quais seriam as figuras da alteridade, da identidade e da interioridade deste novo sujeito?

O sujeito cardiopata pós-orgânico

A cardiologia, sendo uma especialidade médica das mais avançadas da medicina, e estando baseada sua evolução no desenvolvimento de recursos cirúrgicos e de implante de dispositivos para a correção de cardiopatias, é rica em exemplos das modalidades de experiência do sujeito pós-orgânico.

Podemos dizer que o sujeito pós-orgânico se personifica no paciente cardiopata, cujo coração, dilatado por uma miocardiopatia ou acometido de uma arritmia, necessita de um marca-passo para regular o ritmo de seus batimentos cardíacos. A aceitação e a experiência de ter um dispositivo implantado em seu corpo que regule o ritmo cardíaco convoca este sujeito a elaborar o luto pela perda desta função do seu coração e a dependência de um aparelho para tê-lo funcionando adequadamente. Os recursos psíquicos para lidar com esta situação serão determinantes na sua adaptação a ela. Leite (1995) aponta que pacientes mais idosos têm mais chance de aceitar e se adaptar ao aparelho, por encará-lo mais como um ganho na possibilidade de melhorar sua qualidade de vida e aumentar a sua sobrevivência. Por outro lado, pacientes mais jovens com mais frequência que os idosos, ficam mais mobilizados com a perda de capacidade funcional do coração e com as alterações de imagem corporal. Fatores como cardiopatia sintomática, uma relação de confiança com o médico e um bom funcionamento do aparelho também serão preditivos de bom ajustamento a ele. Alguns pacientes apresentam reações hipocondríacas e medo

de falhas no seu funcionamento, podendo levar até a precauções descabidas. Sensação de perda do autocontrole, da autonomia, diminuição da autoconfiança, e depressão também são estados emocionais reativos mobilizados por esta experiência.

Esta experiência do sujeito cardiopata pós-biológico também é presente naqueles pacientes que apresentam arritmias complexas e que já tiveram parada cardiorrespiratória ou têm alto risco de morte súbita e que para sua prevenção têm implantado o Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI). Trata-se de um dispositivo eletrônico que tem em sua programação o monitoramento frequente do ritmo cardíaco, o reconhecimento de fibrilações ventriculares e taquiarritmias, além do disparo de descargas elétricas corretivas, quando necessário. Pulsos elétricos com intensidades variadas são disparadas para reverter o quadro de arritmia. Quando é detectada uma arritmia potencialmente fatal, o dispositivo emite uma descarga elétrica muito potente, um choque, cujo objetivo é reverter a arritmia. Este choque disparado geralmente com o paciente consciente, é percebido por ele como uma forte pancada no peito. Falhas do aparelho podem disparar choques inapropriados (Gomes, 2014).

A realidade do sujeito que recebe o implante do CDI passa por lidar com o diagnóstico de uma doença potencialmente fatal, com as perdas e as limitações impostas pela realidade da doença e do CDI, com a experiência de reanimação e a imprevisibilidade da arritmia desencadeadora e com as mudanças na rotina de vida e nas relações afetivas.

A questão que se coloca é se o ser portador de um CDI, impõe ao sujeito uma experiência diferente e nova pela convivência próxima e intensa com a possibilidade de morte súbita, da experiência de ressuscitação *pret á porter* por um choque elétrico disparado por um aparelho alojado em seu corpo e pela vida pós ressuscitação. Podemos inferir que demanda-se a este sujeito um esforço muito maior para afastar a ideia de morte, movimento tão presente no sujeito da cultura ocidental contemporânea, pois lá está aquele aparelho e um complexo tratamento médico a lembrá-lo que ela pode acontecer a qualquer momento. François de La Rochefoucauld, em sua Máxima 26, diz que “Nem o sol, nem a morte podem ser olhados fixamente”. Assim, pergunta-se que defesas são demandadas a este sujeito para não paralisar aterrorizado com a angústia de morte que pode ser mobilizada pela experiência de ter um dispositivo implantado em seu peito, que supostamente pode lhe trazer a concretude da sua morte de forma algo inescapável e submetê-lo a viver em tempo integral, objetiva e concretamente em contato com a sua finitude?

Como aponta Gomes (2014) alguns estudos detectaram transtornos fóbico-ansiosos em pacientes que apresentavam ansiedade e preocupação extrema com o funcionamento do aparelho. A possibilidade ou a própria experiência de choque também mobiliza este sujeito. Ansiedade antecipatória estava associada com a vivência de batimentos cardíacos irregulares ou sensações corporais semelhantes ao choque, sensação de tensão intensa e constante na expectativa do

choque, preocupação com o mau funcionamento do aparelho. Pauli e cols (1999) observaram em seu estudo que, 50% dos pacientes relatam dor importante ao receber o choque e que 40 a 60% relatam ansiedade associada com as possíveis descargas de choque.

A literatura epidemiológica aponta transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de pânico, manifestações de ansiedade antecipatória e síndromes depressivas como configurações sintomáticas encontradas em sujeitos com implante de CDI.

Gomes (2014) estudou indícios a respeito dos mecanismos psíquicos que envolvem a capacidade adaptativa dos pacientes submetidos ao implante de CDI e o sentido que eles conferem a esta experiência. Os pacientes estudados eram homens e tinham história de infarto agudo do miocárdio prévio à indicação de implante de CDI. Concluiu que os comportamentos adaptativos, os mecanismos defensivos e o tempo de reação apresentados pelos pacientes eram similares em quaisquer situações impactantes relacionadas ao adoecimento, seja na experiência do infarto agudo do miocárdio, do implante do CDI ou dos choques. A adaptação ao impacto do CDI e do choque mostraram-se diretamente ligadas ao impacto do Infarto Agudo do Miocárdio e do adoecimento como um todo, sendo que as reações dos pacientes aos diferentes episódios mostraram-se análogas. Evidenciou-se que só é possível compreender as repercussões psíquicas relativas ao CDI a partir da compreensão das repercussões causadas pela doença que levou o paciente a ter o dispositivo implantado. Gomes (2014) observa que os pacientes não fizeram associação entre os seus hábitos de vida ou a experiência de situações difíceis de vida e o desenvolvimento da doença que determinou a necessidade de implante do CDI. Pelo contrário, analisa Gomes (2014) que a saída encontrada pelo ego para seguir adiante após os primeiros meses pós-Infarto e CDI foi idealizar a doença e o dispositivo como positivos, afastando-se dos afetos e vivências negativas relacionadas a eles. Foi detectado também que os sentimentos relatados por estes pacientes, que têm a experiência do CDI, aproximam-se dos referenciados por Ruschel (2006) em seu estudo com pacientes que sofreram infarto, tais como: ansiedade intensa, medo da morte e da dor, incerteza sobre o futuro, vivências de perdas significativas e suspensão das atividades habituais.

Gomes (2014) analisa que comportamentos observados tais como a suspensão de algumas atividades cotidianas e da atividade sexual, medo do choque, a incerteza sobre o funcionamento do dispositivo e sobre o futuro podem ser um deslocamento da angústia de morte para um lugar onde é possível dar sentido à experiência.

Por outro lado, essa paralisia decorrente do medo de fazer atividades cotidianas pode ser parte do movimento de reação ao trauma na busca do reequilíbrio psíquico e consequente adaptação. Ou seja, a reação inicial ao impacto psicológico do adoecimento constituída por defesas intensas e arcaicas para dar conta da angústia e terror mobilizados, o que é um padrão de reação típico de

uma experiência que é vivida como traumática, possibilitariam um movimento de reinvestimento narcísico que permitiria posteriormente a ampliação do ego e aumento da complexidade do seu funcionamento, distanciando-se da fixação no trauma e promovendo a adaptação.

E o que temos a dizer sobre a experiência pós-orgânica do Transplante Cardíaco? Neste caso, os avanços da técnica cirúrgica remetem o sujeito a aceitar a morte de um órgão vital próprio, simbolicamente considerado o centro da vida e das emoções e aceitar a presença do órgão de um outro em si.

Pereira (2007) em seu estudo sobre as relações objetais de pacientes em transplante cardíaco descreve que a aceitação deste tipo de cirurgia remete o sujeito a uma experiência de ambiguidade, uma vez que a cirurgia representa ao mesmo tempo morte e renascimento. Para aceitar a necessidade de transplante do próprio coração e suportar a espera pelo órgão é necessário aceitar que o seu coração perdeu sua capacidade de funcionamento, morte do seu coração. No entanto, ao mesmo tempo reivindica-se o encobrimento da verdade da morte pois, principalmente para suportar a espera pelo órgão, por tempo indefinido, vivendo todos os percalços do agravamento da doença e da potencialidade do desfecho fatal, é necessário ter esperança e acreditar na possibilidade de renascimento, que o implante do órgão de um outro trará. Dois processos opostos e mobilizadores de extrema angústia, que acontecem simultaneamente. Pereira (2007) investigando estratégias de sobrevivência psíquica dos sujeitos que tiveram sucesso no transplante, identifica o predomínio regressivo de relações de objeto persecutórias, em virtude da extrema ansiedade depressiva. Como hipótese teórica para compreender como se sustenta esse processo de mobilização psíquica frente o transplante Pereira (2007) apoia-se no conceito de *refúgio psíquico*. “Steiner (1997) define *refúgio psíquico*, como posição transitória, na qual o sujeito, diante da angústia excessiva, da castração e da diferença sexual mantém duas versões contraditórias da realidade cindidas e coexistentes, a que nega e a que aceita, pelo horror que desperta. Esta posição de refúgio poderia servir como estratégia temporária de sobrevivência psíquica, para lidar com outras situações traumáticas, tais como a perspectiva da morte”. Observa-se que estes pacientes muito frequentemente adotam uma postura de distanciamento e passiva frente à doença e o transplante, ou apoiam-se fortemente na religião. Atribui-se este movimento psíquico como o estado mental de refúgio, encontrado no apoio em objetos internos idealizados e poderosos, mantendo-se a salvo de intensas ansiedades persecutórias e depressivas mobilizadas por esta vivência. (Pereira, 2007)

No entanto, o transplante cardíaco confronta-se com uma grande dificuldade que é a escassez de órgãos, o que tem como repercussão que entre 20% e 40% dos pacientes morram na fila de espera pelo coração. A medicina desenvolveu uma tecnologia para minimizar este problema, o Dispositivo de Assistência Ventricular, também denominado Coração Artificial. Para esses

pacientes, a utilização deste dispositivo de assistência circulatória traz a possibilidade de sobrevivência durante a espera do doador. O implante deste dispositivo é usado principalmente como uma “ponte” para o transplante, embora estejam se desenvolvendo duas outras modalidades de utilização: como “ponte” para uma futura recuperação ou como definitiva para alguns pacientes com contraindicação ao transplante (Galantier, 2008).

O Coração artificial é um conjunto de cânulas e bombas que transportam o sangue, simulando o funcionamento do coração. Ele pode ser implantado no corpo ou extracorpóreo, ou seja ligado a uma bomba fora do corpo. É composto por uma bomba, um controlador eletrônico e duas baterias. A bomba é alocada no interior do corpo, se houver a necessidade do dispositivo ser permanente. Ela será utilizada fora do corpo quando o paciente espera por uma bomba permanente ou pelo transplante de coração, neste caso o paciente permanece hospitalizado. O controlador é como um pequeno computador que regula o funcionamento da bomba. As baterias são carregadas fora do corpo, o que implica que enquanto uma delas está em uso, outra está em processo de recarga. Elas são ligadas à bomba por cabos que passam pelo corpo do paciente (Fiorelli et al., 2008)

O viver com o dispositivo de assistência ventricular implantável exige desde uma inspeção elétrica da casa, uma vez que o ambiente deve oferecer tomadas elétricas em número suficiente para atender às necessidades do aparelho, bem como medidas de precaução contra a falta de energia. Uma série de mudanças na rotina de vida tais como o banho que não pode realizar-se muito longe de uma tomada de energia, o vestir-se e a posição na cama para dormir que precisa acomodar todos os elementos externos ao corpo. É preciso preencher um livro de registro de sinais vitais e parâmetros do aparelho pela manhã e à noite (Moraes,2012)

Podemos observar que a complexidade da experiência do coração artificial impõe o lidar com a realidade da perda da função do seu próprio coração (severas limitações físicas e sintomas até mesmo em repouso e de prognóstico desfavorável) e de viver com um “órgão” artificial. Temos um sujeito às voltas com a manutenção da carga de uma bateria, como condição de preservação da própria vida. Voltado a um trabalho de integração do seu esquema corporal, deste novo corpo, agora complementado por dispositivos artificiais que se projetam para fora do corpo. O banhar-se, o vestir-se, o dormir, passam a ser novas experiências que exigem um trabalho psíquico de reinvenção. O ato sexual precisa ser reinventado.

Moraes (2012) falando da sua experiência clínica junto ao paciente portador de coração artificial destaca como um elemento fundamental da experiência subjetiva o processo de incorporação/ apropriação, da integração no plano psíquico deste “órgão”, uma vez que o tempo do processo de apropriação, ou seja de tornar este dispositivo como próprio no plano psíquico, é muito diferente do tempo de implante no organismo. Salienta que a questão que se coloca a este sujeito é “este coração é, ou não é, meu?”. Este sujeito vive uma ambiguidade. O coração artificial está

implantado em seu corpo, portanto é dele. No entanto, ao mesmo tempo este coração é um estranho e esta condição de estranho se presentifica concretamente pela visibilidade dos seus cabos, das suas baterias e pelas complicações do seu funcionamento. Convoca-se este sujeito ao trabalho psíquico de integração, pois para cuidar-se é necessário que seja experimentado como dele e que seja estranho, ao mesmo tempo.

O lugar do corpo pós-orgânico na cultura pós-moderna

Este corpo pós-orgânico que adquire possibilidades ilimitadas com a ajuda da tecnologia, sai do espaço da intimidade, e passa a estar em destaque no cenário social, vindo a ter um lugar diferente na cultura e no campo psíquico. Ele está em todos os lugares na TV, nos jornais, revistas, na internet, nas conversas nos mais variados ambientes, vestido ou desnudo, erótico, atlético, vendendo produtos, objeto de preocupações com a saúde, de procedimentos estéticos e transformadores, invadindo contextos inusitados, presença constante... A expansão do saber médico e o desenvolvimento da tecnologia possibilitou um contato e um conhecimento dos próprios órgãos internos e da composição dos fluidos e secreções corporais através de imagens e de sofisticadas análises laboratoriais. Elementos como por exemplo, a anatomia e funcionamento do próprio coração, o peso corporal, a pressão arterial, a taxa de glicemia, o nível de colesterol... também passaram a ser objeto de investimento libidinal e foram incorporados ao esquema corporal. Cardiopata, obeso, hipertenso, diabético, dislipidêmico... características somáticas passam a ser referências para dizer sobre quem é este sujeito na contemporaneidade. Freire Costa (2004) sublinha que, na cultura contemporânea que ele denomina de cultura somática, com o enfraquecimento das tradicionais instâncias doadoras de identidade o corpo tornou-se um referente privilegiado para a construção das identidades pessoais. E, ele acrescenta que “referir o sentimento de identidade ao corpo significa definir “*o que somos e devemos ser*, a partir de nossos atributos físicos”, denominando esta identidade como personalidade somática. (Freire Costa, 2004 p. 203)

Com a fragilização dos outros referentes identitários o que resta ao sujeito é seu corpo e seu poder de consumir. E, assim o corpo, em sua carnalidade e materialidade, passa a ser considerado o substrato do ser, sendo prova da identidade e da alma. O cuidar de si ganha valor moral. “O cuidado de si, antes voltado para o desenvolvimento da alma ou das qualidades morais, dirige-se agora para a longevidade, a saúde, a beleza e a boa forma” (Freire Costa, 2004 p.190). Ser longo, saudável, belo e em boa forma é tomado como um sujeito de bem, de boa moral.

Birman (2010) fala em “sujeito cerebral”, pois a crença de que a experiência subjetiva pode ser explicada pelos processos neuroquímicos do cérebro está presente no imaginário social, adotando enunciados que utilizam a causalidade dos processos cerebrais para entender afetos e também para explicar o mal-estar psíquico. Buscar o alívio do mal-estar psíquico com uma

intervenção no corpo, como por exemplo, a cirurgia plástica para se recuperar das dores de um rompimento amoroso é conduta plenamente aceitável e considerada eficaz tanto pelo meio social, em geral como pelo profissional de saúde.

Destaca que no contexto do chamado “sujeito cerebral”, que busca no corpo a explicação do mal-estar psíquico ocorre a neutralização da subjetividade, ou seja um esvaziamento do mundo mental.

No universo da cardiologia, a busca de atendimento médico por parte de alguns pacientes com queixa de dor torácica, de palpitação, arritmias, síncope parece ilustrar este fenômeno.

“Um coração que palpita...”

Amélia, 40 anos, casada, filho de 9 anos, tem solicitação de avaliação psicológica na Unidade de Emergência de um hospital de Cardiologia. Na evolução do cardiologista consta que a paciente procurou a Unidade de Emergência com queixa de palpitações persistentes, mas a investigação diagnóstica não detectou nenhum correlato clínico cardiológico e solicita avaliação psicológica. Na entrevista psicológica, a qual Amélia se submete passivamente como mais uma investigação diagnóstica, uma vez que cumpre a solicitação médica, refere que está muito preocupada com a saúde do seu coração e quando perguntada sobre sua vida atual responde estar há quase 1 ano vivendo uma situação muito conturbada no seu trabalho, que se caracteriza pela imposição de muitas mudanças na sua rotina e uma sobrecarga em suas tarefas. Salienta que sempre conseguiu dar conta das suas tarefas ainda que isto lhe tenha custado muitas horas extras e levar trabalho para casa. Mas, apesar disso não vinha sendo considerada, como sempre fora até então, uma profissional competente e eficiente. E, temia ser demitida, no entanto ao invés disso, foi promovida! Refere que continua tendo muita dificuldade de trabalhar, não está conseguindo se organizar. Sente-se sempre cansada, indisposta, com o coração acelerado e frequentemente pensa que não vai conseguir realizar seu trabalho. Assim, descreve seu mal-estar “não estou conseguindo trabalhar direito. Mas não entendo o que pode estar acontecendo comigo, meu problema era o chefe, ele foi afastado e eu fui promovida. Eu preciso trabalhar...”

À medida em que a entrevista evolui revela-se, embora pareça não se dar conta, que a promoção não está sendo vivida como algo propriamente bom, pois como chefe terá que viajar com frequência, o que lhe desagrade bastante por ter de se afastar do seu filho. Em seu relato também parece desconsiderar que o novo grupo hierárquico a que pertence não está sendo receptivo e a trata com hostilidade, uma vez que não concorda com sua promoção, o que pode ser um fator que pode estar gerando ansiedade, medo.

O que palpita em Amélia? Será o coração? A investigação médica não tem apresentado sucesso de encontrar uma patologia cardíaca que justifique este sintoma. Amélia, identificando um mal estar, o localiza no corpo como uma palpitação e vai buscar uma instituição de saúde para um

diagnóstico médico. É o médico, que não identificando problema com o funcionamento do seu coração a direciona para um outro tipo de abordagem do seu sintoma e a encaminha para uma avaliação psicológica, ela não o faz por iniciativa própria.

Amélia, por seu lado, parece muito distante da percepção de que seu mal-estar possa se encontrar também no plano psíquico, como resultado de sua experiência subjetiva difícil em relação a esta situação de vida. Não faz nenhuma referência a ansiedade, angústia, raiva do seu chefe, conflitos em relação à promoção, insegurança pela nova tarefa, medo da hostilidade dos seus colegas de trabalho, o que supostamente poderia estar sentindo nesta vivência. Não se pergunta sobre a sua relação com o trabalho. Não se pergunta sobre o seu sofrimento. Podemos inferir que a maneira objetiva e restrita aos fatos como descreve sua experiência revela pobre registro dela no plano simbólico. Identificando este mal-estar como algo do corpo confunde angústia com palpitação cardíaca? Uma dificuldade de tomar contato e nomear seus sentimentos pode estar sustentando este movimento psíquico.

A clínica cardiológica está repleta de casos como este, tanto que os estudos epidemiológicos apontam que palpitação é o sintoma mais comumente encontrado na prática médica, reportado por 16% dos pacientes em cuidados primários. No entanto, a prática médica aponta que esta sensação subjetiva corresponde pobremente a demonstrações de anormalidades do batimento ou do ritmo cardíaco. Muitas palpitações não têm associação com arritmias e muitas arritmias não têm associação com palpitação e menos de 10% dos pacientes monitorados reportam palpitações acuradamente. A causa psiquiátrica mais comum de palpitações é o transtorno de pânico, encontrado em mais de um quarto dos pacientes ambulatoriais clínicos com esta queixa. A literatura também traz vários estudos em que os pacientes com palpitações, sem comprovação de base cardíaca, mantêm-se sintomáticos e apresentando índice elevado de utilização de serviços médicos. (Wulsin e Barsky, 2012).

O relato de Amélia, nas entrevistas psicológicas, sobre os seus sintomas e sua história de vida revelam que nenhum sofrimento psíquico é notado. Descreve suas experiências objetivamente e de maneira fragmentada, a qualificação da experiência dos fatos no plano subjetivo parece não estar incluída em seu relato. Este caso é emblemático para ilustrar um dos tipos de demanda que se apresenta para atendimento psicológico no contexto do hospital de cardiologia, na atualidade. Um sujeito que localiza no corpo o seu mal-estar, sintoma desprovido de sentido. Por outro lado, este tipo de demanda parece advir do movimento de desqualificação do mundo mental, próprio da cultura contemporânea, havendo um empobrecimento da linguagem na referência ao mal-estar psíquico. “Enquanto a subjetividade perde progressivamente a sua função de ligação, elaboração e simbolização do afeto, o corpo se torna cada vez mais o principal lócus de expressão da dimensão afetiva do eu” (Birman, 2010 p. 11)

Estaríamos diante de um exemplo da articulação entre as transformações dos discursos sociais sobre a subjetividade e os deslocamentos para as funções do corpo nas narrativas subjetivas? Teria havido um empobrecimento da linguagem na referência ao mal-estar psíquico?

A medicina encontra nos estudos epidemiológicos desses sintomas, a sua associação com transtornos psiquiátricos. No caso das palpitações, estudos apontam que 25% dos pacientes com queixas de palpitação em ambulatórios médicos têm Transtorno de Pânico (Wulsin e Barsky, 2012). Cabe analisar no entanto, que a psiquiatria com os diagnósticos do DSM, é uma psiquiatria descritiva, onde o paciente é tomado como portador de um transtorno, agente de um comportamento. Este diagnóstico psiquiátrico pressupõe uma disfunção a ser corrigida preferencialmente por um psicofármaco e, também não dará voz para que este que sofre seja sujeito do seu enunciado, sujeito de uma narrativa a respeito do seu sofrimento.

Dor torácica inexplicada: o coração tem razões que a própria razão desconhece

A dor torácica também aponta para o mesmo fenômeno. É muito comum a queixa de dor torácica sem causa orgânica, embora ela possa ser de etiologia cardíaca, gastroenterológica, pneumológica ou músculo-esquelética.. O *National Institute of Mental Health*, após levantamento epidemiológico, sugere que dor torácica está entre os 5 sintomas mais inexplicados por etiologia orgânica.

A literatura médica (Wulsin e Barsky, 2012) aponta que, com alguma frequência, a dor torácica não tem uma relação estreita com patologias demonstráveis:

- muitos pacientes com queixa de dor torácica não têm doença cardíaca
- pacientes com Isquemia e Infarto Agudo do Miocárdio nem sempre apresentam dor torácica.
- 70% pacientes com Doença Arterial Coronária referem episódios de dor torácica sem comprovação de alteração de Eletrocardiograma
- pacientes permanecem com dor torácica mesmo com exames negativos
- este tipo de fenômeno ocorre mais frequentemente entre jovens, mulheres e pessoas que se preocupam muito com o corpo

Dor torácica inexplicada: quando a doença cardíaca não explica, o transtorno mental explica?

Diz a literatura médica (Wulsin e Barsky, 2012) que, pacientes com Dor Torácica inexplicada, mais frequentemente do que pacientes com angiografia positiva, têm transtorno de pânico (7 a 10 vezes mais) e depressão maior (5 a 7 vezes mais). Nos transtornos de pânico frequentemente a

dor torácica apresenta-se de forma atípica em suas características clínicas, sendo acompanhada por palpitações, vertigens, parestesias e múltiplos outros sintomas somáticos.

Wulsin e Barsky (2012) afirmam que a angústia encontra-se fortemente correlacionada aos relatos de dor torácica nos pacientes com ou sem doença arterial coronária.

Dor Torácica Atípica

Entre o colo materno e os cuidados do cardiologista

“Maria, 38 anos teve diagnóstico cardiológico da valvopatia estenose aórtica, lesão na válvula cardíaca adquirida aos 16 anos em decorrência de febre reumática. Está internada para investigação de dor torácica atípica, refratária ao tratamento. A evolução médica aponta “paciente poliqueixosa” como motivo de solicitação de atendimento psicológico. Na entrevista psicológica, Maria mostra-se apática, desvitalizada, pouco comunicativa, e demonstra estar confortável com a situação de hospitalização. Responde sucintamente ao que lhe é perguntado, e quando estimulada a contar mais detalhadamente sua história de vida relata chorando que foi traída e abandonada pelo marido. Refere também, sucintamente, que sempre foi responsabilizada por ele de não conseguir engravidar, mas por fim descobriu-se que ele era infértil. Revela que gostaria muito de voltar para o Nordeste para ficar com a mãe, mas não pode ficar longe do hospital em São Paulo, para continuar o tratamento da sua cardiopatia”

Maria demonstra um certo distanciamento da realidade da cardiopatia e da hospitalização. Parece ter sido devastada pela vivência da problemática com o marido, embora não chegue a formular propriamente uma queixa com este conteúdo. Refere dor torácica mas não solidão, desamparo, raiva, revolta, decepção.... Percebe-se sua dificuldade para falar e nomear seus sentimentos sobre a experiência dolorosa de ter sido traída, atacada, e abandonada pelo marido. O sofrimento, sem outra possibilidade de expressão, parece transbordar para o corpo. Maria mostra-se como um bebê em desamparo, necessitando de um cuidado que não pode dar para si própria, possivelmente porque não tem recursos psíquicos para isso, pois espera recebê-lo da mãe. E, quem sabe, também do cardiologista.

“As carências na primeira infância de um vínculo empático que permita o desenvolvimento da subjetividade e da atividade fantasmática têm como uma de suas consequências clínicas a manifestação de patologias nas quais um narcisismo com atividades mentais empobrecidas é acompanhado de uma tendência a somatizações” (Costa, 2015 p.26)

Em função da precariedade da organização psicossomática ou seja da precariedade dos recursos psíquicos e representativos do sujeito, o sofrimento pode se manifestar aquém do discurso e das possibilidades de representação, pela via sensorial e no corpo, com uma somatização. “Tomado

pelo excesso de excitações, o *ego* revela a precariedade de suas defesas, a insuficiência de seus recursos e sua desorganização. Ele é incapaz de constituir angústia-sinal que poderiam alertar para a iminência de um perigo e para a necessidade de mobilizar a economia psíquica para enfrentá-lo.” (Volich, 2010 p.295)

“O protótipo mítico do paciente do nosso tempo não é mais Édipo e sim Hamlet”

(André Green)

Outeiral e Godoy (2003) na apresentação do livro “Desamparo e Trauma” analisam que “Na atualidade, a clínica psicanalítica tem se confrontado com um número cada vez maior de pacientes que apresentam estruturas de funcionamento mental predominantemente não-neuróticas. Isto significa o contato crescente com processos mentais pertencentes a um momento do desenvolvimento psíquico anterior à aquisição da capacidade de simbolização. Muitos destes pacientes sofreram um trauma psíquico em períodos- ou desde momentos- muito precoces do seu desenvolvimento, e comunicarão esta experiência psíquica por meio de mecanismos também bastante primitivos, dos quais a simbolização está excluída ou é muito precária”

Dados de pesquisas epidemiológicas corroboram a teoria psicossomática psicanalítica sobre esta associação entre o desenvolvimento de doenças somáticas e falhas no desenvolvimento psíquico. Estudo de metanálise (Wegman e Stetler, 2009) identifica uma associação entre um amplo espectro de problemas de saúde na idade adulta (incluindo abuso de substância, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, doença cardiovascular, e mortalidade prematura) e experiências adversas na infância (maus tratos tais como abuso sexual, verbal e físico e famílias disfuncionais com violência doméstica, familiar drogadicto, encarcerado, ou doente mental).

Os serviços de psicologia em ambulatórios de cardiologia recebem com frequência pacientes que são encaminhados para avaliação e atendimento psicológico por apresentarem sintomatologia atípica, falhas de adesão ao tratamento medicamentoso da cardiopatia, fracasso no tratamento dietético para controle das dislipidemias e da diabetes, fracasso no tratamento do tabagismo, ou diagnosticados pelo cardiologista como deprimidos ou ansiosos. E, percebe-se que, encaminhado este paciente comparece ao atendimento psicológico no ambulatório da mesma maneira que ao laboratório clínico para a coleta de sangue, para a realização de um exame solicitado. Cumprindo uma prescrição médica. Pouco apropriado da doença e pouco implicado no seu tratamento, muitas vezes não sabe porque foi encaminhado e não tem propriamente uma queixa, muito menos uma demanda de atendimento psicológico. Depositando no médico, nos profissionais de saúde e também no psicólogo toda a responsabilidade do cuidado consigo próprio.

Percebe-se que este paciente está esperando ouvir algo e não falar sobre o seu mal-estar, no atendimento psicológico. Dessa maneira, circunscreve-se a tarefa do psicólogo junto ao paciente somático. Como assinala Volich (2010) cabe-nos o desafio de ao paciente cujos recursos representativos limitam sua capacidade de perceber e comunicar seu sofrimento, que podem apenas reconhecer a realidade concreta da lesão corporal ou da dor, propiciar um espaço que permita pensar sobre este sofrimento e integrar no plano psíquico o que está sendo vivido no corpo, buscando tornar acessível o sofrimento que não encontra outros meios para se expressar. Um grande desafio, que podemos começar a vencer ajudando-o a formular uma queixa, nomeando o motivo do seu comparecimento ao atendimento psicológico para o qual foi encaminhado.

Na cultura do vazio de referências, patologias do vazio representativo

Como nos diz Lisondo (2004) na cultura do vazio de referências, patologias do vazio representativo. A cultura contemporânea propõe um estilo de vida modulado pela lógica do consumo. Criam-se necessidades para gerar uma demanda de consumo. Dessa maneira, a relação e os rituais ligados ao corpo, à saúde, à alimentação vão ser atravessados pela ordem do consumo. Corpo, saúde, alimento também se transformam em objeto de consumo. É na lógica do consumo que o ato de alimentar-se, de cuidar da saúde e do corpo passam a se realizar, como um ato econômico. Estratégias altamente sofisticadas de incentivo ao consumo são operadas. Dessa maneira, o sujeito da sociedade de consumo está exposto, desde antes de seu nascimento, a uma oferta excessiva, persistente e antecipada ao seu desejo, de objetos, com a promessa de que seu consumo trará satisfação rápida e imediata. Antecipa-se aos desejos do consumidor, oferecendo cada vez mais e mais rápido. Promete um mundo sem frustrações, de prazer contínuo. É a cultura do excesso e do conforto. Não é difícil imaginar o prejuízo que esta lógica cultural, que não propicia condições para o desenvolvimento da capacidade de adiar a satisfação e aceitar a castração, traz para o desenvolvimento do mundo representativo e simbólico. Justifica-se desta maneira, as patologias de insuficiência representativa como manifestações clínicas frequentes na cultura contemporânea. São elas as adicções, a depressão, o transtorno do pânico, as atuações violentas e as somatizações.

É curioso que estas patologias, as chamadas patologias do vazio representativo, frequentes na atualidade como forma de manifestação do mal-estar contemporâneo, também sejam fatores de risco para o desenvolvimento da doença cardiovascular, a forma atual mais frequente de adoecimento somático.

O Infarto Agudo do Miocárdio é o segundo maior responsável por morte entre as doenças cardiovasculares, sendo o evento agudo da doença arterial coronária. A literatura médica (SBC, 2013) aponta que os principais fatores de risco da doença arterial coronária são: hereditariedade,

as dislipidemias (níveis elevados de colesterol e triglicérides), diabetes mellitus, hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, estresse e depressão.

O risco da doença arterial coronária também é maior para homens e aumentam com a idade. Dessa maneira, até bem pouco tempo atrás, era predominantemente uma doença de homens e idosos, à medida em que as mulheres protegidas pelos hormônios femininos só ficavam mais vulneráveis a ela, após a menopausa. Mas isto não é mais assim.

Hoje, a doença arterial coronária também é uma doença das mulheres e de pessoas cada vez mais jovens. Esta mudança aconteceu mais recentemente porque as mulheres passaram a ter comportamentos que as levaram a desenvolver fatores de risco que “neutralizam” a proteção oferecida pelos hormônios femininos. Com a emancipação feminina, a mulher passou a ter muitos comportamentos antes exclusivamente masculinos. O tabagismo é o exemplo mais significativo. No Brasil, a doença arterial coronária em mulheres também está associada a baixo nível sócio econômico. Trata-se de um grupo de mulheres muito frequentemente obesas, hipertensas, fumantes, com baixa escolaridade, pouca qualificação profissional e sobrecarregadas com a tarefa de sozinhas e carentes afetivamente, terem que dar conta da sobrevivência econômica e da educação de vários filhos de pais diferentes e ausentes. Este novo contexto social da mulher e suas conseqüentes mudanças no estilo de vida vieram associados com o aumento da prevalência além do tabagismo, da hipertensão, das dislipidemias (níveis elevados de colesterol e triglicérides), do estresse e da depressão. Estes são os principais fatores de risco do desenvolvimento da doença arterial coronária na mulher (Perez, 2004).

E, também para os homens, a faixa etária de maior incidência do infarto vem diminuindo ao longo das últimas décadas. Cresceu muito a incidência do evento cardíaco na faixa etária dos 50 e 40 anos e começam a aparecer pacientes na faixa dos 30 e até 20 anos. O rebaixamento da idade de ocorrência do infarto justifica-se, graças ao estilo de vida da sociedade de consumo que traz consigo o desenvolvimento cada vez mais precoce de patologias como a hipertensão e as dislipidemias, além da presença mais frequente nestes casos de outros fatores de risco como a depressão e o estresse (Perez et al, 2005). Em pacientes jovens, com idade na casa dos 20 anos, o fator mais frequente de desenvolvimento do infarto agudo do miocárdio é o abuso e muitas vezes a dependência de drogas como a cocaína.

Cabe ressaltar também outros fatores de risco apontados pelos estudos epidemiológicos (Vaccarino e Bremner, 2015), os denominados fatores de risco psicológico-psiquiátricos:

1-estresse agudo: muitos estudos mostram um aumento de hospitalizações por síndrome coronária aguda após a ocorrência de eventos emocionalmente estressantes tais como, desastres naturais e industriais, ataques terroristas, e eventos esportivos

2-estressores crônicos, incluindo-se entre outros, o estresse no trabalho, baixa condição sócio econômica, estresse conjugal e do cuidador e falta de suporte social

3- traços de personalidade, conforme identificados em estudos epidemiológicos:

-personalidade tipo A (Friedman e Rosenman-1960)- personalidade excessivamente competitiva e agressiva, frequentemente tomada por sentimentos de ambição, de urgência, impaciência, intolerância, raiva e hostilidade

-personalidade tipo D (Denollet -1995) - tipo de personalidade que combina afetividade negativa e inibição social e isolamento. Descreve indivíduos que tendem a experimentar emoções negativas (disforia, tensão, preocupação) e ao mesmo tempo inibidos na sua expressão de emoções, pensamentos e comportamento em contextos sociais.

4- diagnósticos psiquiátricos:

-depressão (mais frequentemente na forma atípica) e transtornos de ansiedade. E, incluídos mais recentemente o transtorno de estresse pós-traumático, os transtornos dissociativos, transtornos de personalidade borderline e transtornos de abuso de substâncias

Parece claro que os fatores de risco de adoecimento do coração fazem parte do estilo de vida da cultura ocidental contemporânea, assim como que entre eles encontramos manifestações clínicas que denotam uma vida representativa com pouca capacidade de modular a angústia no plano psíquico. É o caso da adicção que pode estar presente em vários fatores de risco. Adicção ao alimento, como se apresenta na compulsão alimentar (que pode estar associada à diabetes e às dislipidemias) ao cigarro (no tabagismo) e à cocaína, onde a modulação da angústia se faz no plano comportamental, das ações. O mesmo podemos dizer do estresse agudo, da depressão atípica, dos transtornos da ansiedade, do transtorno de estresse pós traumático, dos transtornos dissociativos e dos transtornos de personalidade borderline, que pressupõem uma hipertensão psíquica que se mantém por uma insuficiência representativa que permita o restabelecimento do equilíbrio psicossomático, o que pode por vezes vir a transbordar para o corpo na doença cardíaca.

Nas denominadas personalidades Tipo A, com a expressão de sentimentos de forma exacerbada e descontrolada, e o Tipo D, com a inibição intensa das emoções, também parece haver como base um funcionamento psíquico que tende mais a contribuir para a manutenção do estado de tensão do que ser uma maneira que favoreça a manutenção do equilíbrio psicossomático, protegendo-se de uma somatização, como a doença cardíaca.

Para concluir, considerando os elementos aqui apresentados podemos identificar a estreita relação entre a cultura da sociedade de consumo e o adoecer do coração, sendo este portanto, um autêntico representante da expressão do mal-estar contemporâneo, no limite entre o somático e o psíquico.

Referências bibliográficas

BEZERRA JR, B. **A vida biológica e a vida tecnológica: do sujeito corporal ao sujeito pós-orgânico**. Disponível em: <http://www.cpflcultura.com.br/wp/2009/02/27/a-vida-biologica-e-a-vida-tecnologica-do-sujeito-corporal-ao-sujeito-pos-organico-benilton-bezerra-jr/> acessado em 31/03/2015

BIRMAN, J.; FORTES, I.; PERELSON, S. **Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010.

CASTIEL, L.D. **A medida do possível: saúde, riscos e tecnologias**. Rio de Janeiro: Contracapa/ Editora Fiocruz, 1999

COSTA, G.P. **A clínica psicanalítica das psicopatologias contemporâneas**. 2ª ed. ampl Porto Alegre: Artmed, 2015

FIGLIOLI A.I., OLIVEIRA JR J.L., COELHO G.H.B., ROCHA D.C. Assistência circulatória mecânica: *porque e quando* . **Revista de Medicina** v.87,n.1, 2008

FREIRE COSTA, J. ***O vestígio e a aura***: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2004.

GALANTIER, J et al. Desempenho hemodinâmico e resposta inflamatória durante o uso do DAV-InCor como ponte para o transplante. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2008, vol.91, n.5, pp. 327-334. ISSN 0066-782X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001700008>.

GOMES, A.C.B.P. **Estudo descritivo e compreensivo da capacidade adaptativa de pacientes adultos submetido ao implante de cardioversor desfibrilador implantável**.

2014 Dissertação de mestrado . Universidade de São Paulo Instituto de Psicologia, São Paulo.

LEITE, J.C. T. Implicações psicológicas do implante de marcapasso cardíaco. In: Oliveira, M.F.P; Ismael, S.M.C.. (Org.). **Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia**. Campinas: Papyrus, 1995. p. 225-232.

LISONDO A.B.D. Na cultura do vazio, patologias do vazio. **Rev. bras. psicanál.**, v.38 n.2, p.335-358, 2004.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MINERBO M. *Ser e sofrer, hoje*. **Ide (São Paulo)**, v.35 n.55 São Paulo jan. 2013.

MORAES P. Coração artificial e suas repercussões emocionais comunicação. In: JORNADA DE PSICOLOGIA DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012, São Paulo, SP

OUTEIRAL J., GODOY L. **Desamparo e trauma: transferência e contratransferência**. Rio de Janeiro Revinter, 2003.

PAULI P, WIEDEMANN G, DENGLER W, BLAUMANN-BERNNINGHOFF G. Anxiety in patients with an automatic implantable cardioverter defibrillator: what differentiates them from panic patients? **Psychosom Med.** v. 61, n.1, p.69-76, 1999.

PEREIRA A.A.M., ROSA, J.T. O ninho da Fênix: sobre as relações objetais de pacientes em transplante cardíaco . **Mudanças - Psicologia Da Saúde**, v.15, n.1, 2007, p.73-80 - DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v15n1p73-80>. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ms/index.php/MUD/article/view/668/669>

Acesso em: 31 mar.2015

PEREZ, G. H. ; Nicolau, J.C. ; Romano BW ; Laranjeira, R. . Depressão e Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis: Diferenças entre Homens e Mulheres. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 85, p. 319-326, 2005

PEREZ, G. H. . Fatores de Risco da Doença Arterial Coronária em Mulheres: uma Visão Psicossomática. In: Ana Lúcia Ribeiro Alves ; Denise de Paula Rosa. (Org.). **Mulher e Coração: Aspectos Ligados às Cardiopatias.** São Paulo: Papyrus, 2004

RUSCHEL P.P. Quando o luto adoce o coração: luto não elaborado e infarto. Edipucrs, 2006

SBC SOCIEDADE BRASILEIRA de CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular- Arq Bras Cardiol 2013; 101(6) supl 2

SIBILIA, P. **O Homem Pós-orgânico:** corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.** v.101,n.6, 2013. Suplemento 2.

STEINER J. **Refúgios Psíquicos** - Organizações Patológicas em Pacientes Psicóticos, Neuróticos e Fronteiriços. São Paulo: Imago, 1997.

VACCARINO V, BREMNER D. Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease. In Heart disease : a textbook of cardiovascular medicine. 10th edition. MANN DL, ZIPES DP, LIBBY P, BONOW RO, BRAUNWALD E. 2015. p1876-1889

VOLICH R.M. **Psicossomática**: de Hipócrates à Psicanálise. 7ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

WEGMAN H.L. STETLER C. A meta –analytic review of the effects of childhood on medical outcomes in adulthood. **Psychosom Med.** v. 71, n. ? p.805-811, 2009.

WULSIN L.R. , BARSKY A.J. . Os aspectos psiquiátricos e comportamentais da doença arterial coronariana. In: Braunwald E. **Tratado de doenças cardiovasculares.** 8ª edição. Rio de Janeiro : Elsevier, 2010.