

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA - RS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOSSOMÁTICA

CRISTIANE ARRUDA

**DOENÇA CARDÍACA E AS RELAÇÕES FAMILIARES SOB O ENFOQUE
DA PSICOSSOMÁTICA**

Porto Alegre
2012

CRISTIANE ARRUDA

**DOENÇA CARDÍACA E AS RELAÇÕES FAMILIARES SOB O ENFOQUE
DA PSICOSSOMÁTICA**

Trabalho de conclusão de curso de especialização
apresentado como requisito parcial para a obtenção do
título de Especialista em Psicossomática, pelo curso de
Especialização em Abordagem Psicossomática da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Orientador: Prof. Ms. Juliana Dors Tigre da Silva

Porto Alegre
2012

Doença Cardíaca e as Relações Familiares sob o enfoque da Psicossomática

RESUMO

O aumento da incidência de doenças cardíacas na população mundial tem se tornado um grave problema de saúde e foco de muitas preocupações. Os aspectos emocionais vêm sendo crescentemente investigados como possíveis fatores desencadeantes ou agravantes das doenças cardíacas. As relações familiares, sendo contexto de suporte social do doente cardíaco, também podem influenciar e sofrer influência nesta vivência e por isso também precisam ser investigadas. Fatores emocionais /psicológicos envolvidos nas doenças cardíacas, o significado simbólico do coração, o apoio familiar ao doente cardíaco e os sentimentos e emoções que nele permeiam também são contemplados. Através de revisão teórica em livros e artigos científicos, foram encontrados vários autores que compartilham da idéia de que a dinâmica familiar interfere na condição de saúde do membro familiar. Os vínculos, emoções e sentimentos pertinentes à dinâmica familiar, de acordo com maioria destes pesquisadores, podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento da doença cardíaca.

Palavras-chave: doença cardíaca, emoções, psicossomática, família

Cardiovascular Illness and Family Relationships in a Psychosomatic Approach

ABSTRACT

The increased incidence of heart disease in the world population has become a serious health problem and focus of many concerns. The emotional aspects are being increasingly investigated as possible factors triggering or aggravating heart disease. The family relationships are the most important source of social support, and can also influence and be influenced by this experience so it also need to be investigated. Emotions aspects / psychological involved in heart disease, symbolic meaning of the heart, the family support, feelings and emotions that underlie it are also contemplated. By reviewing theoretical books and scientific papers were found several authors who share the idea that the family dynamics interfere with the health condition of the family member. The bonds, emotions and feelings pertaining to family dynamics, according to most of these researchers, can contribute to the development or worsening of heart disease.

DOENÇA CARDÍACA E AS RELAÇÕES FAMILIARES SOB O ENFOQUE DA PSICOSSOMÁTICA

Muitos estudos têm sido realizados na tentativa de explicar a relação entre as doenças físicas e as emoções. Autores têm dedicado seus esforços em busca de variáveis psicológicas que possam estar relacionadas à produção de stress e têm pesquisado o papel das emoções na saúde, na vulnerabilidade ao stress e na reatividade cardiovascular. Conforme Lipp, Frare e Santos (2007) o stress emocional vem sendo estudado como o principal elemento desencadeador da reatividade cardiovascular. Tais pesquisas vêm em muito a contribuir para se entender e pensar em estratégias de enfrentamento das doenças cardíacas, doenças que vem aumentando sua prevalência na população mundial de forma considerável.

Bonono e Araújo (2009) chamam a atenção para a compreensão de como os fatores emocionais desencadeiam o desequilíbrio funcional do coração e podem contribuir para estratégias terapêuticas mais eficazes no campo da Cardiologia. Aprimorando continuamente o conhecimento sobre a participação das emoções nas doenças cardíacas, será possível gerar subsídios para uma orientação psicológica mais adaptada à rotina diária dos pacientes.

Segundo Paiva (2008) na sociedade hipermoderna, a idéia de superação é muito presente, assim, os pacientes coronarianos infartados são exemplos de pessoas que sofrem com excessivas demandas e expectativas impostas por eles próprios e pela sociedade, é superar-se cada vez mais. O adoecimento é uma das conseqüências das pressões, externas e internas, e a quebra com o desejo de corresponder a tantas demandas vem através da hospitalização.

O adoecimento faz parte da natureza humana e muitos fatores estão envolvidos neste processo e muitas vezes, a pessoa sofre também pela perda da sua saúde, o que é algo muito difícil de aceitar. Nestes momentos a família, que é o grupo de pessoas com os quais temos laços sanguíneos e afetivos, torna-se um dos principais espaços de interação e contato do doente. Em todas as famílias existe a possibilidade da saúde e da doença e o modo como a família enfrenta as situações de crise, como está a comunicação e a afetividade entre os membros, pode interferir no apoio ao paciente.

O ser humano influencia e sofre influências, sendo na família o primeiro lugar onde acontecem as trocas com o mundo externo, considerando a dimensão da complexidade humana.

Assim, observamos que em muitos casos o tratamento depende também do entendimento da dinâmica familiar e da função que a doença cumpre naquela família e para o próprio paciente.

É comum as famílias relatarem que o surgimento de uma doença traz prejuízos psicológicos e sociais importantes, e a dinâmica familiar influencia e é influenciada pela frequência e intensidade dos sintomas, pelo aumento de estresse, interferindo também nas comunicações familiares e relacionamento entre os membros.

Castro e Piccinini (2002) ressaltam que existem evidências apontando que as relações familiares são fundamentais para o adequado enfrentamento das doenças. Para os autores é fundamental uma abordagem multiprofissional quando estamos diante de situações envolvendo a doença crônica, e esta abordagem deve envolver não só os seus aspectos clínicos, mas suas repercussões psicológicas e sociais para a família do paciente.

Apesar de ser nítida a influência da família sobre o doente, ainda são escassas as pesquisas que se dedicam a investigar a influência que esta pode causar no contexto da doença cardíaca. Levando este fato em consideração, este artigo tem como objetivo buscar uma compreensão através de uma revisão teórica atualizada, de como a doença cardíaca afeta as relações familiares e quais aspectos das relações familiares podem contribuir para a doença cardíaca sob o enfoque da abordagem psicossomática. Além disso, pretende-se discutir se os vínculos, emoções e sentimentos pertinentes à dinâmica familiar que podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento da doença cardíaca.

FAMÍLIA – TRANSFORMAÇÕES E DESAFIOS

A sociedade atual vem passando por diversas mudanças ao longo dos tempos, seja através da evolução tecnológica, do avanço da ciência, dos processos políticos e econômicos, das mudanças climáticas e ambientais, entre outros, e tudo isso de forma rápida e intensa o que por vezes dificulta que as pessoas acompanhem este ritmo de modificações. No contexto familiar se observam os mesmos movimentos, estas também sofrem muitas modificações ao longo dos tempos, pois a família é um sistema dinâmico. (FERREIRA, 2002)

Quando se fala em família nos remete a idéia do tripé pai-mãe-filho(s), considerando um modelo mais tradicional. Com as transformações da sociedade, hoje a configuração familiar pode ser outra, por exemplo: pais separados, pais que casaram novamente e tiveram mais filhos, pais que casaram e já tinham filhos, famílias chefiadas somente pela mulher, ou somente pelo homem, e também não podemos esquecer-nos das famílias de pais homossexuais.

Conforme Lisboa e Carneiro (2005) a família está organizada a partir de um sentimento de pertencimento, onde estão os sentimentos dos membros da família, e este sentimento se alimenta através das percepções inconscientes que cada membro tem um do outro. Laços sanguíneos unem um grupo de pessoas, por diversas gerações.

Ferreira (2002) salienta que como as relações familiares têm sofrido um contínuo processo de mudanças, e por isso há a necessidade do desenvolvimento de perspectivas e abordagens teóricas no sentido de possibilitar o entendimento desta nova dinâmica familiar, abarcando não somente os aspectos relacionados ao mundo intrafamiliar, mas também outros, como o contexto externo.

Cada família tem uma identidade própria, um jeito de funcionar, uma dinâmica, e esta pode evoluir e modificar ao longo do tempo de acordo com a história desta família. Não podemos esquecer que os membros da família têm sua personalidade própria, são diferentes entre si e ao mesmo tempo parecidos por conviverem na mesma dinâmica.

Conforme Lisboa e Carneiro (2005) geralmente os relacionamentos entre os membros da família são demarcados por fronteiras inconscientes, e essas fronteiras servem para proteger as diferenças subjetivas entre os membros.

É na família que as pessoas adquirem um significado e um valor muito particular, sentindo-se individuais e únicas, em condições favoráveis; sentindo-

se, inclusive íntimas. (...) A família é um laboratório de experiências relacionais e de aprendizagens, onde todos os afetos são desenvolvidos e experimentados. (CAUS, 2002, p.57)

Para Tiba (2009), a família é um tipo específico de comunidade, cujo núcleo é o lar, todos os seus integrantes tem direitos e deveres, os pais são provedores e educadores e os filhos seus dependentes a caminho da independência.

Conforme Osório (2002, p.17),

A origem etimológica da palavra “família” nos remete ao vocabulário latino *famulus*, que significa “servo” ou “escravo”, o que, em nosso entender, não significa, como pensou-se, que a família foi assim designada porque na Antiguidade incluía ela o conjunto de escravos ou criados de uma mesma pessoa.

Ao longo da vida familiar cada integrante que a compõe tem suas experiências de vida que, ao mesmo tempo em que são individuais, podem ser também experiências que trazam desafios ao seu grupo familiar. Neste caso, destaca-se quando a doença crônica se apresenta na vida de algum dos integrantes trazendo consigo um desafio, na maioria das vezes inesperado, que necessariamente obriga o doente a relacionar-se com um aspecto repentino que pode mudar sua vida, tendo que rever certos hábitos e padrões até então estabelecidos. Os familiares por sua vez, de alguma forma também estarão expostos a esta nova vivência e também serão desafiados a relacionar-se com este novo contexto.

Cada família exerce um papel de grande influência na evolução favorável ou desfavorável de uma doença. Em alguns casos observam-se famílias que encontram seu equilíbrio em volta dos cuidados e atenção ao membro doente, buscando assim manter o *status quo*, em outros casos, as famílias não conseguem lidar com a situação, prolongando o estar doente e a ameaça à vida. (COELHO In CAMON, 2011).

Na compreensão da família, Lisboa e Carneiro (2005) apontam que é como um grupo que possui organizadores psíquicos inconscientes que pré-determinam a sua formação e a relação envoltória entre seus membros e o meio externo.

Não importa quais as metas e objetivos escolhidos. É interessante que todos saibam que temos um rumo a seguir e um local a chegar. A família é um alicerce de riqueza incrível que favorece que cada integrante consiga a sua própria realização pessoal, social e profissional. (TIBA, 2009, p.100)

Segundo Zir (2001), o homem vive em comunidade e depende emocionalmente dela para realizar-se como pessoa. Em determinado momento de sua vida vê-se envolvido numa nova realidade, sua doença ou de algum membro de sua família, necessitando assim mudar padrões de comunicação, entender o significado dos sintomas e principalmente re-escrever a história de forma a criar a partir daquele momento, por um futuro indeterminado, os novos padrões de comportamento e interação entre os membros da família e dessa com a sociedade.

A doença é uma situação que coloca o homem diante de questões existenciais pouco consideradas no cotidiano do indivíduo “normal”, como o homem diante da vida, diante de si mesmo, diante da perda e também do princípio de realidade. Confrontar com estas questões é entrar em sofrimento e sobrepujar este sofrimento, é forjar uma organização interna mais madura e mais próxima da realidade da vida que é a morte. (COELHO In CAMON, 2011, p.89).

Para Castro e Piccinini (2002), existem intervenções que podem ajudar as famílias a lidar com as conseqüências psicológicas e sociais associadas às doenças crônicas. As intervenções podem trazer contribuições não só para melhorar a qualidade da interação do doente nos vários contextos em que vive, como também para o próprio tratamento da doença, através de respostas mais positivas do paciente e da família às exigências e demandas clínicas da doença.

Corroborando com esta idéia, Ferreira, Müller e Jorge (2006) enfatizam em seu estudo a importância da compreensão dos impactos de uma doença crônica sobre a dimensão psicológica, tanto quanto sobre a dimensão relacional, é fundamental para um entendimento mais consistente e para o planejamento mais eficaz de intervenções, médicas e psicológicas.

DOENÇA CRÔNICA E DOENÇA CARDÍACA

Conforme Wasserman (1992 apud, CASTRO e PICCININI 2002, p.625) “a doença crônica se caracteriza por seu curso demorado, progressão, necessidade de tratamentos prolongados” e “pelo seu impacto na capacidade funcional da pessoa (HEINZER apud CASTRO e PICCININI 2002, p.625).

Coelho In Camon (2011) ressaltam que é comum o paciente se sentir impotente frente ao sofrimento, as restrições, aos distúrbios e as perdas ocasionadas pela doença, pois esta se torna o foco central de sua existência e suas repercussões são vividas dramaticamente por ele. A exposição do paciente crônico à doença, por tempo indeterminado, acentua a psicodinâmica de seu funcionamento.

A convivência constante do risco eminente de adoecer, de entrar “em crise” torna os pacientes crônicos mais vulneráveis a transtornos emocionais. Toda doença representa um ataque ao seu corpo e à sua personalidade, conforme destaca Lewis (1995 apud COELHO, 2011, p.70)

Ainda a mesma autora ressalta que o funcionamento emocional do doente crônico não difere, na sua essência, do funcionamento emocional do homem de modo geral, principalmente quando este está doente. O que acentua a psicodinâmica do doente crônico é a exposição à doença por tempo indeterminado.

Para Coelho In Camon (2011) o doente crônico vive constantemente com a ameaça da deterioração, desvalorização e destruição, uma ameaça de aniquilamento, que provoca a labilidade das emoções, e ainda, o sofrimento imaginado pode se tornar mais importante do que o risco real orgânico.

Os autores ainda destacam que não é qualquer paciente que se torna crônico, mas a união de alguns fatores como tendência à regressão, passividade, dependência e a sensibilidade às frustrações acentuam a cronicidade da doença.

Dentre as doenças crônicas, as doenças cardíacas ocupam o lugar das mais comuns e dispendiosas para o sistema público de saúde. Entre as mais comuns e que requerem mais cuidados a longo prazo estão a hipertensão, a doença coronariana e o infarto agudo do miocárdio.

Cabe ressaltar a importância da simbologia psicológica que o coração representa em nossa cultura como sendo um símbolo ligado ao amor e ao afeto, além de sua função de órgão vital de maior importância, e que em caso de adoecimento, pode causar morte súbita. Conforme Paiva,

Lee e Giglio (2010) o evento cardíaco é algo que sempre impacta e surpreende, colocando o sujeito, inevitavelmente, diante de si mesmo e de profundas reflexões.

Inúmeros são os fatores de risco citados na literatura em geral sobre as doenças cardíacas. Conforme dados do o Ministério da Saúde (2012) a proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010.

Segundo Paiva, Lee e Giglio (2010) atualmente, os fatores considerados de risco para a saúde e, principalmente para a saúde do coração, como o estresse, a obesidade, a hipertensão, o alto nível de colesterol, o tabagismo, o diabetes, a má alimentação, a depressão e o sedentarismo, fazem parte do cotidiano. Além desses fatores, devem-se destacar também os riscos devido ao fator genético.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2012), o diagnóstico de hipertensão é maior em mulheres (25,5%) do que em homens (20,7%). Em ambos os sexos o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 8% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade.

A Hipertensão Arterial (HA) traz complicações importantes à vida da pessoa, e sua prevalência tem aumentado consideravelmente na população adulta brasileira, assim como na população infantil. Os fatores de risco mais conhecidos para a (HA) são: obesidade, fumo, álcool, estresse, histórico familiar de hipertensão, fatores psicológicos e certos traços de personalidade. Outros fatores que podem ser destacados envolvem a falta de atividades físicas e a má alimentação. (FONSECA et al. 2009)

Conforme Fonseca et.al (2009) uma das doenças cardiovasculares que representa o maior percentual de causas de mortalidade por doenças como o acidente vascular cerebral, tem sido a hipertensão arterial (HA) e o infarto agudo do miocárdio.

Levando em consideração estes dados com relação à doença cardíaca a atual Política de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde (2012) tem como uma das prioridades o Estímulo a Atividade Física e o Programa Saúde na Escola cujo objetivo é prevenir e promover saúde dos alunos, através de avaliações do estado nutricional, incidência precoce de hipertensão e diabetes, controle de cárie, acuidade visual e auditiva e também psicológica.

Além dos fatores de risco físicos, os aspectos emocionais vêm sendo crescentemente investigados como possíveis fatores desencadeantes ou agravantes da doença cardíaca. No

entanto, há divergências nos achados que relacionam os fatores emocionais com a hipertensão arterial e cardiopatias. Foram encontrados tanto estudos que demonstram relação positiva da raiva, hostilidade, ansiedade, impulsividade e estresse com hipertensão e doenças cardiovasculares quanto estudos que retratam relações negativas (FONSECA et.al 2009)

Os pacientes cardiopatas em algum momento podem ter experiência da hospitalização, e este momento, segundo Paiva (2008) pode servir como na função de quebrar o círculo da pressão interna e externa que a pessoa coloca em si mesmo, na idéia de superação de si. A hospitalização vem romper com o desejo do paciente de corresponder a tantas demandas, e este momento possibilita com que o paciente reflita sobre como estava sua forma de vida.

Segundo Paiva, Lee e Giglio (2010) na fase pós-infarto, os pacientes também refletem mais profundamente sobre a idéia de imortalidade, esse desejo quase inconsciente ou disfarçado, que acompanha os seres humanos, mortais, e em especial, os coronarianos. Os autores puderam, durante quinze anos de trabalho realizado com pacientes internados no hospital, observar e avaliar as questões sobre a ilusão de onipotência e o desejo de ampliar as fronteiras da morte, que, segundo estes pesquisadores, caracterizam a personalidade dos coronarianos.

Mesmo havendo divergência entre as pesquisas na área, Fonseca et.al (2009) a partir de seus estudos, ressaltam que o risco de desenvolvimento da hipertensão arterial e a reatividade cardiovascular parecem estar influenciados por fatores emocionais como impulsividade, hostilidade, estressores, ansiedade e raiva. Os autores sugerem que sejam realizados mais estudos para elucidar melhor essas relações.

O doente crônico convive muito tempo com a condição de doença e na qual a perda da saúde repercute emocionalmente provocando cuidados prolongados. Muitas vezes não é a dor que a doença traz que incomoda, mas algo subjetivo, é a dor de perceber-se doente, de perder a condição de saudável, e muitas vezes a não elaboração deste luto é que leva a pessoa à cronicidade. Quando o paciente e sua família têm dificuldade na elaboração do luto da perda da saúde, é onde surge a cronicidade, sob o ponto de vista de problema emocional. (COELHO In CAMON 2011).

ENTENDIMENTO PSICOSSOMÁTICO DA DOENÇA CARDÍACA

A interação entre mente e corpo vem sendo o foco de inúmeras pesquisas e a medicina psicossomática vem tendo um papel muito importante para o avanço desta área de conhecimento. A abordagem psicossomática, que possui um entendimento abrangente, dedica-se a estudar o fenômeno do processo saúde e doença, considerando o ser humano de forma integral, nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual.

A expressão psicossomática designa sintomas ou síndromes funcionais em que a unidade patológica se constitui da associação entre expressão fisiológica e uma expressão psicológica manifestadamente. Trata-se de fenômenos físicos expressivos de estados emocionais, segundo Santos In Spinelli (2010).

Importante destacar que a postura Psicossomática considera a natureza física da doença, não se fixando exclusivamente nos distúrbios da estrutura mental do paciente. Existem várias linhas de pensamento no campo da Psicossomática, entre as mais importantes influências na área está o referencial de Franz Alexander, da Escola de Chicago sob a luz da Psicanálise.

Franz Alexander, em 1930 funda a Escola de Psicossomática de Chicago, buscando ampliar a prática psicanalítica para o campo da Medicina. Juntamente com outros colaboradores tentam estabelecer relações entre conflitos emocionais específicos e estruturas de personalidade com algum tipo de doença somática, e desta forma exercendo grande influência na forma de pensar de terapeutas das futuras gerações. (Santos In Spinelli, 2010)

Segundo Alexander (1989) é conhecida a íntima correlação da ansiedade e da raiva com a atividade cardíaca, entretanto ele salienta que é inútil selecionar um determinado perfil psicológico característico dos pacientes que sofrem de sintomas cardíacos. É mais provável que uma variedade de experiências passadas resulte na característica comum de repressão dos impulsos hostis.

No entanto, Consoli 2006 (apud PAIVA, LEE, GIGLIO, 2010) cita que algumas pesquisas atuais indicam que certos tipos de reações e certos traços de personalidade contribuem para o surgimento de diferentes patologias, como por exemplo, a personalidade tipo A, associada ao IAM, e a personalidade tipo C, com o câncer.

O mesmo autor refere que existe uma característica comum que é observada em pacientes com hipertensão que é a incapacidade de expressar seus impulsos agressivos livremente, pois

ocasionalmente expressavam, mas de um modo geral, mantinham considerável grau de controle, passando a impressão de terem uma personalidade madura e bem ajustada.

Corroborando com esta idéia, no estudo de Lipp, Frare e Santos (2007), as autoras referem outros estudos que apontam a associação entre stress e emoção e sua relação com a ansiedade e a raiva. Pacientes hipertensos, quando submetidos a sessões experimentais de estresse, apresentaram aumento significativo na pressão arterial. Ainda Bonono e Araújo (2009) também citam em seu estudo que a ansiedade, raiva e depressão estão associadas às doenças cardíacas, estas emoções são consideradas negativas. Deve-se pontuar que existe uma diversidade de emoções e é possível que outras também possam estar associadas, mas outros estudos precisam ser realizados.

Compreendendo a doença cardíaca em outra concepção psicossomática, Ramos (1995) considera que, é necessário entender a importância do significado psicológico do coração, que é um órgão ao mesmo tempo tão comentado, mas ainda tão inconsciente para as pessoas de seu significado subjetivo na nossa cultura. O coração é um centro vital e essencial para o ser humano, tanto fisicamente quanto psicologicamente.

Na dimensão psíquica o coração reflete a expressão das emoções e dos sentimentos, que são transmitidos através de comportamento social e de conhecimento não intelectual. O papel psicológico do coração parece estar mais presente em nossas ações do que a nossa consciência pode perceber ou imaginar. “Cada batimento cardíaco lembra a nossa fragilidade e sensibilidade e nos liga a padrões básicos da condição humana”. (RAMOS, 1995, p. 125)

Conforme Bonono e Araújo (2009), na literatura a descrição conceitual e teórica das emoções envolve várias perspectivas, nem sempre consensuais ou convergentes. Entretanto, grande parte dos pesquisadores concorda que as emoções compreendem componentes afetivos, cognitivos e comportamentais, associados a componentes neurobiológicos. Ou seja, as emoções estimulam ações que determinam padrões de atividade fisiológica, os quais subsidiam o comportamento adaptativo.

Ramos (1995) diz que, um sintoma corporal, doença física, pode ser entendido como uma forma de expressão do corpo simbólico na dimensão psíquica, ou seja, é como um símbolo que expressa à relação psique-corpo. Este símbolo tem a função de traduzir o sintoma físico em representação psíquica e, se conscientizado, pode servir como revelador de significados para a vivência da doença.

Sabe-se que as emoções são processos constituídos subjetivamente e é a interação com o social que vai determinar quais emoções serão expressas pelo sujeito. Segundo Bonomo e Araújo (2009) há grande variabilidade na expressão de emoções entre as pessoas. Acredita-se que tanto a expressão exagerada quanto a inibição das emoções têm conseqüências para a saúde.

As mesmas autoras também concordam que têm sido encontradas associações entre emoções e doenças. Isto é, as emoções podem influenciar o aparecimento de doenças específicas ou podem ser conseqüência de doenças, influenciando seu prognóstico. Seguindo este foco de pensamento, a influência dos aspectos psicológicos no aumento da pressão arterial tem sido atualmente motivo de muitos estudos.

Em um estudo de Lipp, Frare e Santos (2007) oitenta hipertensos responderam ao Inventário de Sintomas de Stress de Lipp, à Escala de Alexitimia de Toronto e ao Questionário de Assertividade, e passaram por uma sessão experimental envolvendo interações sociais estressantes. Os participantes foram orientados em um momento a controlar suas emoções e em outro a expressá-las. Verificou-se uma correlação significativa entre nível de alexitimia e de inassertividade e reatividade da pressão arterial. Quando solicitados a expressarem emoções, a pressão arterial diastólica de alexitímicos e inassertivos sofreu aumentos significativos. A pressão arterial sistólica de pessoas assertivas e não alexitímicas sofreu aumentos significativos quando instruídas a inibirem as emoções.

As autoras analisaram como, nos momentos de stress, a reatividade cardiovascular é afetada por fatores psicológicos, e sugeriram que o treino psicológico de controle do stress deve ser oportunizado aos hipertensos para que eles possam adquirir estratégias de enfrentamento do stress excessivo e a fim de minimizar seus efeitos negativos.

Segundo Ramos (1995) para que a percepção da relação psique-corpo seja feita, é necessário que haja a observação das alterações fisiológicas e das imagens psíquicas referentes a elas, e estas podem ou não ser sincrônicas. Através de seus estudos destaca que, as disfunções cardíacas associam-se, “ao estresse, qualquer que seja sua fonte, e à dificuldade de lidar com ele; aos sentimentos de solidão, depressão, abandono e isolamento; e a traços de personalidade, tais como: hostilidade, pressa doentia, cinismo e ansiedade difusa”. (RAMOS 1995, p.25)

Fisiologicamente, o coração é um dos órgãos vitais do corpo humano. Silva (1998) nos diz que além da concepção de órgão-sede da vida, se associa também o coração à idéia de sede das emoções. Esta concepção, embora se saiba hoje equivocada, explicam-se pela estreita ligação

entre o funcionamento do coração e do sistema neurológico, as emoções. É o órgão que de forma mais clara reflete os efeitos das emoções.

Campos In Filho (1992, p.234) esclarece que “o sistema límbico (conjunto de estruturas corticais e subcorticais do cérebro) é o responsável pela mediação do processo emocional”. Destaca também, que após apontado o sistema límbico como sede das emoções, incluindo o hipotálamo que coordena as diversas funções neurovegetativas (inclusive as cardiovasculares), encontra-se o elo desse processo eminentemente psicossomático que é o emocional.

O mesmo autor aponta que vários estudos têm evidenciado a correlação de situações de ansiedade ou de estresse com a liberação de substâncias como catecolaminas e corticosteróides e sua repercussão cardiovascular.

Fonseca et al. (2009) descrevem que a associação entre distúrbios emocionais e alterações nas funções vitais, como a hipertensão arterial, tornam-se mais perceptíveis, quando as estruturas límbicas, que são responsáveis pelas emoções, são acionadas e produzem respostas cardiovasculares e respiratórias.

Ao longo dos tempos vários autores propõem a ligação entre as emoções e o coração. Atualmente muito se fala do estresse, que este aumentado tem efeitos sobre todo o corpo humano, especialmente sobre o coração. Campos In Filho (1992) salienta que a pessoa percebe seu coração acelerar diante de determinadas situações emocionais, também geralmente as pessoas atribuem alguma representação simbólica ao coração.

De acordo com Campos In Filho (1992, p.234) “a resultante ação do psíquico sobre o corpo expressará sempre algo de muito pessoal, ligado à história de vida do indivíduo e certamente marcado pelas injunções da dinâmica inconsciente”.

O mesmo autor refere que talvez o ponto de contato que possa se estabelecer com a subjetividade, com o mundo psíquico, seja o das emoções. O ser humano pode expressar suas emoções e sentimentos através das palavras, isso é um diferencial primordial em relação às outras espécies de vida, desta forma o ser humano consegue reconhecer-se. Destaca que a função primordial do processo emocional é a avaliação das informações captadas do ambiente e do próprio indivíduo levadas pelos órgãos sensoriais à “apreciação” das estruturas límbicas.

Devido as conseqüência que a hipertensão arterial causam para o organismo Fonseca et.al (2009) comentam que os pesquisadores têm se dedicado ao estudo de vários agentes de natureza química, física e psíquica capazes de provocar elevação da pressão arterial. Os autores

encontraram na literatura fatores de risco como: idade, raça, sexo, consumo de sódio, obesidade, fumo, estresse, raiva, hostilidade, impulsividade, ansiedade e depressão.

Ramos (1995) salienta que nas doenças cardíacas, existe o mérito do bom condicionamento físico e da alimentação adequada, mas sabe-se que uma mudança de atitude psicológica, que geralmente não é citada, tem importância para a solução dos problemas de saúde em geral. Geralmente a terapêutica proposta é de outra ordem, mesmo que o médico expresse que a causa é psicológica.

Muitas vezes a manifestação cardíaca faz parte do processo subjetivo da pessoa, pois no mundo interno do indivíduo existem muitas informações, sentimentos, formas de enfrentamento e estímulos, os quais geralmente são inconscientes e podem vir à tona através de sintomas físicos.

A alexitimia tem sido identificada clinicamente em muitos pacientes hipertensos, este termo é definido por Sifneos 1972 (apud LIPP, FRARE e SANTOS, 2007) como uma dificuldade da pessoa de identificar e de expressar vários tipos de emoções. As autoras encontraram dados indicando que a alexitimia, o stress emocional, e a inassertividade são importantes fatores na determinação da magnitude da reatividade cardiovascular de pessoas hipertensas leves quando estão em contatos sociais estressantes.

Considera-se que, se o conhecimento sobre a participação das emoções na arritmogênese for continuamente aprimorado, será possível gerar subsídios para uma orientação psicológica mais adaptada à rotina diária dos pacientes. Em suma, compreender como os fatores emocionais desencadeiam o desequilíbrio funcional do coração pode fundamentar estratégias terapêuticas mais eficazes em Cardiologia. (BONONO; ARAÚJO, 2009, p.72)

Conforme Campos In Filho (1992) a pessoa fala com o corpo e com ele se defende. Através do corpo há a obtenção de atenção e cuidados; há a expressão de desejos e fantasias; com o corpo ele enfrenta as situações estressantes e provavelmente com o corpo também se recrimina e se culpa.

Paiva, Lee, Giglio (2010) destacam que freqüentemente no pós-operatório os pacientes cardíacos têm em suas reflexões e projetos o desejo de querer estressar-se menos, reduzir a carga e a tensão laboral, aumentar o contato com a família, restabelecer os laços sociais enfraquecidos ou mesmo rompidos, afirmando assim que estas questões contribuíram para o seu adoecer. Os

autores descrevem que quando os pacientes cardíacos estão hospitalizados, falam sobre temas como o trabalho e o amor, relacionados ao estado de saúde e às vivências prévias e futuras, sugerindo assim, que fazem uma relação entre tais fatores na tentativa de entender o momento que estão passando.

A família reconhece que a hospitalização de um familiar é um momento difícil, e muitas vezes sentem-se desamparada com poucas informações acerca do estado de saúde do seu familiar. A família sente-se assustada com a situação, o medo e angústia se defrontam com o desconhecido, conforme Schneider et al. (2008).

No contexto da vivência da doença crônica e, especialmente a doença cardíaca, as vivências familiares têm um papel fundamental, tanto no desencadeamento da doença, por serem também fonte de estímulos estressores, quando no prognóstico positivo ou negativo da doença, por poder ou não oferecer suporte adequado ao familiar.

DOENÇA CARDÍACA E AS RELAÇÕES FAMILIARES

Para Carneiro, Lisboa e Magalhães (2011) o adoecer faz parte da natureza humana e o seu processo apresenta fatores determinantes que se entrelaçam. Entre estes fatores estão os genéticos, biológicos, fisiológicos, os ambientais e psicológicos, e todos fazem parte desse complexo processo. A família acaba sendo uns dos principais espaços de interação destes fatores que o doente entra em contato, e por isso, tem um papel crucial no processo de adoecimento.

Segundo Zir (2001) geralmente os familiares do paciente buscam incessantemente ajuda, e assim, vivem paralelamente o adoecimento de seu familiar, sentindo também a angústia e insatisfação do doente. Os familiares ansiosos em busca de solução tentam resolver a queixa da paciente, e buscam constantemente os médicos, mas por muitas vezes se sentem impotentes e carregam consigo as suas versões e sentimentos.

Conforme McDaniel, Hepworth e Doherty, (1994) os membros da família também podem agir como recursos para o tratamento, pois os familiares de pacientes somatizadores em geral se preocupam com o bem-estar físico e infelicidade de seus familiares.

Os mesmos autores destacam que a somatização é um problema que exige um enfoque sistêmico e biopsicossocial à família. Para Coelho In Camon (2011) a forma e a extensão com que uma doença afeta a vida de uma pessoa, geralmente depende das características da doença, da intensidade, sua história, grau de limitação, funcionamento emocional anterior à doença, psicodinâmica familiar, e a rede de apoio social e financeiro.

Lisboa e Carneiro (2005) apontam que características subjetivas próprias da pessoa colaboram para a somatização, mas na trama intersubjetiva familiar existe uma complexidade de implicações, onde a dificuldade em lidar com as diferenças pode levar muitos sujeitos ao adoecimento.

Segundo Zir (2001) a dor tem um significado amplo e pode a partir do entendimento sistêmico trazer a transformação da família, possibilitando a melhora na interação. O autor explica que o paciente psicossomático ou portador de doença crônica comunica-se através da linguagem dos sintomas. De forma inconsciente, tenta transmitir através deste sintoma algo que lhe falta e que precisa ser conscientizado.

Conforme Carneiro, Lisboa e Magalhães (2011) no desenvolvimento das doenças é necessário considerar que, além da herança psíquica, há a existência das particularidades da

psicodinâmica familiar que comprometem a condição de saúde dos membros da família. Desta forma, algumas condições psíquicas familiares podem ser caracterizadas como fatores de risco para o adoecimento somático.

Na maioria dos casos envolvendo pacientes psicossomáticos, a doença e o tratamento afetam a família, pois ocorrem realinhamentos importantes de papéis ou ativação de antigos padrões familiares de resposta à perda, tristeza, doença e cuidado, por exemplo. (ZIR, 2001)

Paiva, Lee e Giglio (2010) observam que, a urgência e a necessidade de superação de si, assim como excessos e rupturas amorosas e psicossociais podem afetar a saúde do coração, tanto física quanto psiquicamente. Em seu estudo viu-se o quanto o coração do indivíduo pode ser afetado pelas vivências de grandes emoções e de contrariedades, que o fazem “se partir”, não só emocionalmente como fisiologicamente, apresentando os sintomas clássicos de um infarto.

Quando há o rompimento de vínculos importantes na vida do indivíduo, estes abalam diretamente a sua subjetividade, identidade, o campo emocional e, conseqüentemente, a saúde. As pessoas ficam fragilizadas, contribuindo para a predisposição a um evento coronariano. (PAIVA, 2008)

A participação da família do doente também pode ser observada no contato com a equipe de saúde, pois conforme Schneider et al. (2008) esse contato mobiliza emoções agradáveis, facilitando a assistência prestada ao paciente. Quando são repassadas as informações sobre o estado de saúde do paciente, observa-se o alívio e a segurança dos familiares pela assistência proporcionada. Os familiares conseguem expressar dúvidas e preocupações, proporcionando assim um elo de confiança entre equipe/família.

Estes pesquisadores consideram que o paciente e sua família precisam sentir-se seguros, confortáveis e amparados pela instituição, pois assim ambos mantêm sua autonomia/cidadania e oportunidade de expressão, visto que ambos experienciam os mesmos sentimentos.

Lisboa (2006) em seu estudo explica nem sempre o corpo pode expressar as suas sensações, emoções e sentimentos e possibilitar a tradução destes por palavras. A autora acredita que existe relação de uma história, um segredo ou um conflito familiar com o adoecimento do corpo de um ou de vários membros da família. Para ela há uma complexidade de fatores intersubjetivos e transgeracionais na relação família e somatização.

Em alguns casos a genética familiar não constitui elemento determinante na doença, entretanto, alguns tipos de funcionamento psíquico podem ser favoráveis ao adoecimento. A

autora percebeu na sua prática, algumas particularidades comuns entre a história familiar e o adoecimento somático. Cada família possui um legado próprio, uma história particular, e constitui o ponto de origem da sociedade, caracterizando-se como a nascente de configurações intra e intersíquicas. (LISBOA, 2006)

Complexas e conflituosas dinâmicas familiares atuais e suas histórias podem retratar possíveis ligações com o adoecer somático, pois também é por meio das particularidades do cotidiano e da história de cada família que estes aspectos se revelam. Assim, o sintoma passa a ter uma função de proteção do sistema familiar, colocando em segundo plano quaisquer outros problemas que possam aparecer, como, por exemplo, dificuldades dos cônjuges, entre outros. (FERREIRA; MÜLLER; JORGE, 2006)

A família atua na formação do sujeito sustentando a estruturação do psiquismo desde a sua relação com a mãe, agindo como intermediador dos seus membros com meio externo. Pessoas que vem de famílias que não conseguiram proporcionar a sensação de segurança, proteção e sentimento de coesão aos seus membros, podem ter mais dificuldade para enfrentar momentos de doença. (ZISMAN, 2012)

Diante da possível fragilidade de funcionamento psíquico familiar, o adoecer somático encontra um terreno favorável ao seu surgimento, comprometendo a manutenção das representações intra-familiares. Conforme Lisboa (2006) os processos envolvidos no funcionamento psíquico de uma família levam-nos a pensar nas suas complexas relações com as circunstâncias do adoecimento. Através da relação intersubjetiva, os membros familiares podem sustentar os processos psíquicos comprometedores do adoecer.

Conforme Zisman (2012), no campo da Psicossomática existe a preocupação com a homeostase familiar, conceito este definido como a capacidade do sistema familiar de se manter funcionante, autônoma, coesa e funcional nas diversas condições socioambientais toleráveis, compatível com a sobrevivência, inclusive nos momentos de doença de um de seus membros. Corroborando com esta idéia, Zir (2001), salienta que os sintomas psicossomáticos têm a função de manter a homeostase familiar e os padrões de interação na tentativa de evitar ou diminuir a dor emocional.

Zisman (2012) ainda refere que diante de uma doença, trauma corporal, psíquico, emocional a pessoa poderá utilizar a via somática para expressá-la. Quando a família não consegue fornecer um suporte satisfatório aos seus membros, isso favorece a desorganização

psicossomática, pessoas incapazes de formar defesa suficiente às adversidades por meio de elaboração mental. O aparelho mental fica insuficientemente organizado.

De acordo com Ferreira, Müller e Jorge (2006) o medo do conflito é característica das famílias com quadros psicossomáticos, pois quando qualquer tensão surge na família este é percebido como extremamente perigoso, ameaçando a integridade estrutural da família, assim, esta se empenha para sustentar de todas as formas. Preocupam-se em passar a impressão de que a família não possui problemas senão a enfermidade de um de seus membros, por exemplo. A família preocupa-se que desde a linguagem corporal, e tudo o mais deve transmitir paz e harmonia à família.

No sintoma há o encontro de uma interação circular, de adaptação recíproca entre um sistema familiar com tensões ocultas e fatores constitucionais orgânicos e intrapsíquicos individuais. Fatores estressantes, conectados com dinâmicas familiares rígidas, constituiriam um dos pilares de sustentação do sintoma psicossomático. (FERREIRA; MÜLLER; JORGE, 2006, p. 8)

Importante destacar que a família do doente deve se adaptar a nova realidade, conviver com um de seus membros doente. Sabemos que cada pessoa e cada família têm sua forma de ser e de enfrentar situações, pois não existe um modelo ideal de reagir e funcionar, mas famílias que apresentem dificuldade ou que tenham padrões mais rígidos de funcionamento podem agravar e dificultar o desenvolvimento do paciente cardíaco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe um entendimento geral de que fatores físicos e psicológicos são importantes nas doenças cardíacas e devem ser levados em consideração no tratamento, embora não se saiba exatamente como e por quais mecanismos os estressores psicossociais ou traços de personalidade podem ser capazes de afetá-la. Muito se tem falado que o estresse contribui para o agravamento destas doenças, e quando o paciente apresenta um comportamento sintomático, toda a família se mobiliza para protegê-lo, na tentativa de abafar com isso os conflitos familiares que não querem evidenciar.

É importante considerar que o sintoma comunica algo no nível corporal, e esta comunicação é feita para o sistema de relações, por exemplo, a família. O sintoma reúne em si um sentido da comunicação com a família, e nesse caso ele adquire uma existência simbólica. Além disso, não podemos esquecer que na sociedade atual as pessoas vivem sob momentos de estresse, de pressa, de superação de si, tudo tem que ser rápido, as noções de “hiper” e excesso estão presentes no dia-a-dia, o ideal e o real permeiam os pensamentos e atitudes e as pessoas sentem que devem fazer parte deste contexto, a idéia é muito forte, e para não serem diferentes, deixadas para trás, as pessoas se envolvem, e tudo isso interfere no adocimento. (PAIVA, 2008)

A partir do estudo realizado encontramos vários autores (Fereira, Müller e Jorge 2006; Zir 2001; Castro e Piccinini 2002; Carneiro, Lisboa e Magalhães 2011; McDaniel, Hepworth e Doherty 1994; Lisboa e Carneiro 2005; Schneider et al. 2008; Lisboa 2006, Zisman 2012) que compartilham da idéia de que a dinâmica familiar interfere na condição de saúde do membro familiar. Os vínculos, emoções e sentimentos pertinentes à dinâmica familiar podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento da doença cardíaca.

Considerando algumas emoções que podem estar diretamente ligadas ou causando interferência nas doenças cardíacas, encontrou-se na literatura consultada autores (Alexander 1989; Lipp, Frare e Santos 2007; Fonseca et al. 2009; Bonono e Araújo 2009) que citam a raiva, a ansiedade, e a depressão como aspectos que se destacam leque de emoções apresentados pelo paciente cardíaco.

A doença e a saúde, envolvidas no corpo, possuem uma dimensão biológica e social ao mesmo tempo. A doença e a saúde acontecem no mesmo corpo, corpo que é fonte de vida, de dor, de prazer, de imagem, através dele nos relacionamos e nos movimentamos. Quando este

corpo adoece é difícil lidar com a limitação, e os pensamentos, sensações e emoções se manifestam de forma que desconhecemos, e muitas vezes fogem ao nosso controle. O coração é um órgão vital, e ele influenciado sob estes acontecimentos também adoece, embora a medicina tenha avanços significativos ao longo do tempo.

A partir das leituras, identificou-se que o adoecimento do corpo desperta na pessoa e em sua família conflitos, seja da necessidade de transformações na dinâmica familiar seja da ameaça de morte. O estado emocional do paciente interfere de forma significativa na sua melhora e recuperação, mas também devem se considerar a dinâmica familiar envolvida.

A família do doente deve se adaptar a nova realidade que é a de conviver com um de seus membros doente, pois embora não exista um modelo ideal de enfrentamento, as famílias que apresentem dificuldade ou que tenham padrões mais rígidos de funcionamento podem agravar e dificultar o desenvolvimento e melhora do paciente cardíaco.

A doença possui fatores multidimensionais, sendo ao mesmo tempo produto e produtor de influências orgânicas, individuais, relacionais e mesmo transgeracionais, por isso é necessário considerar o sistema criado por sua interação com o doente, a família e outros sistemas psicossociais. (LISBOA, 2006)

Ebaid e Andreis (1990) chamam a atenção para a necessidade de um trabalho multidisciplinar, com a finalidade de obter maior conhecimento não somente da doença, mas também do paciente. As autoras referem que vários fatores podem causar ou contribuir no estabelecimento de uma doença cardíaca e assim, devem ser analisados conjuntamente para que se tenha uma avaliação adequada da condição do paciente, tratamento e possível prognóstico.

Coelho In Camon (2011) também compartilha desta idéia quando refere que a compreensão dos processos de reação emocional ao adoecer e a interpretação destes para a equipe é parte do trabalho do profissional da área psicológico-psiquátrica inserido no contexto hospitalar. Estudos nesta área virão a contribuir valiosamente no sentido de oferecer acompanhamento psicológico aos doentes e seus familiares.

Nos estudos encontrados, alguns autores apontam que a psicologia pode auxiliar os pacientes cardiopatas. O atendimento psicológico pode contribuir no sentido de oportunizar com que a pessoa comunique seus sentimentos e emoções envolvidos na doença. A dor da perda da saúde às vezes precisa ser elaborada, e pode em alguns casos ser o fator mais complicador do que

enfrentar a doença propriamente dita, e neste sentido de aliviar as tensões causadas pela doença é que a psicologia pode desempenhar papel diferenciado.

Outros estudos neste sentido são sugeridos, a fim de que a temática das relações familiares influenciando nas doenças cardíacas seja ainda mais amplamente discutida, pois além da investigação das questões emocionais envolvidas no adoecimento, as relações familiares podem também ser foco de investigação. A contribuição de novas pesquisas é fundamental para a definição de estratégias mais consistentes no atendimento de pacientes cardiopatas e suas famílias.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, F., **Medicina Psicossomática: seus princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BONOMO, A.M.S., ARAÚJO, T.C.C.F., **Psicologia Aplicada à Cardiologia: Um Estudo sobre Emoções Relatadas em Exame de Holter**. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Jan-Mar, v. 25 n. 1, p. 65-74, 2009
- COELHO, M.O., **A dor da perda da saúde**. In: Camon, V. A.A, (org.) **Psicossomática e a Psicologia da Dor**. São Paulo: Editora Cengage Learning, 2ª edição, 2011. p. 69 - 92.
- CAMPOS, E.P.; **Aspectos Psicossomáticos em Cardiologia**. In: J. Mello Fº e cols. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 234 - 258
- CASTRO, E.K., PICCININI, C.A. **Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas**. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15(3), p. 625-635, 2002,
- CAUSS, L. **E agora? Depois dos primeiros anos de vida a dois**. In: CENCI, C.M.B.; PIVA, M.; FERREIRA, V.R.T.; (Org). **Relações Familiares: uma reflexão contemporânea**. Passo Fundo: Editora UPF, p. 54 – 69, 2002.
- CARNEIRO, T. F.; LISBOA, A. V.; MAGALHAES, A. S. **Transmissão psíquica geracional familiar no adoecimento somático**. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, 2011 .
- EBAID C., ANDREIS. M.; **A Intervenção do Psicólogo junto a pacientes Cardiopatas**. **Arq Bras Cardiol**, v. 55 (nº 2), 1990
- LIPP, M. E. N.; FRARE, A.; SANTOS, F. U.; **Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional**. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 24, n. 2, Jun, 2007.
- LISBOA, A.V.; CARNEIRO, T. F. **Quando o adoecimento assombra e une o grupo familiar**. **Pulsional Revista de Psicanálise**. São Paulo, 18, 184, p. 40-48. 2005
- LISBOA, A.V.; **Família e Adoecimento do corpo: um estudo da transmissão psíquica geracional e da intersubjetividade familiares**. 2006. 109 f. Dissertação (Mestrado de Psicologia) -- Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2006

FERREIRA, V. R. T.; MULLER, M. C.; JORGE, H. Z.; Dinâmica das relações em famílias com um membro portador de dermatite atópica: um estudo qualitativo. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 3, Dez. 2006 .

FERREIRA, V. R. T. Casais de ontem, casais de hoje: Mudanças no casamento em duas gerações de casais. In: CENCI, C.M.B.; PIVA, M.; FERREIRA, V.R.T.; (Org.). **Relações Familiares: uma reflexão contemporânea**. Passo Fundo: Editora UPF, 2002. p. 19 – 36

FONSECA, F.C. A. et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, 2009

MCDANIEL, S.; HEPWORTH, J.; DOHERTY, W. J. **Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, disponível em <http://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em 06 abr 2012.

NUNES, M.L.T., SOUZA, Y.S., (orgs). **Família, Organizações e Aprendizagem**. Ensaios Temáticos em Psicologia. Porto Alegre: PUCRS, 1998.

OSORIO, L. C., VALLE. M.E P., **Terapia de famílias: novas tendências**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

PAIVA, S. A., LEE, H.M.H., GIGLIO, J. S. **Síndrome de Takotsubo: Quando o estresse emocional faz partir o coração**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA - ABMP/RS, 17, 2010, Gramado. **Anais Eletrônicos, Porto Alegre, 2010. Disponível em <http://psicossomatica-rs.org.br/publicacoes/>** Acesso em 14 jun 2012.

PAIVA, S. A. **Quando o mal-estar social adoce o coração: o infarto à luz da psicossociologia**. 2008. 134f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2008.

RAMOS, D.G.A. **A Psique do Coração: uma Leitura Analítica do Seu Simbolismo**. São Paulo: Cultrix, 1995.

SANTOS, A.S.G., Algumas Escolas de Psicossomática. In: SPINELLI. M. R. (Org.), **Introdução à Psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 03 - 17.

SCHNEIDER, D. G. et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, Mar. 2008 .

SILVA, M.A.D., **Quem ama não adoce**. São Paulo: Editora Best Seller, 1998.

TIBA, I., **Família de Alta Performance**. Conceitos Contemporâneos na Educação. São Paulo: Integrare Editora, 2009.

ZIR, J. V. A escuta nos pacientes psicossomáticos e a intervenção sistêmica. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, n. 3, p. 126-133, 2001.

ZISMAN, M., **Psicossomática - Homeostase da Família**. Associação Brasileira de Medicina Psicossomática- News Letter - ABMP, 2012 <<http://www.psicossomatica.org.br/blog/lista.asp>> Acesso em 14 jun.2012