

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA

JULLYANY MARQUES DA SILVA

PSICOLOGIA CLÍNICA E ADOECIMENTO CARDÍACO:
as razões e des-razões do coração

CAMPINA GRANDE – PB

2018

JULLYANY MARQUES DA SILVA

PSICOLOGIA CLÍNICA E ADOECIMENTO CARDÍACO:

as razões e des-razões do coração

Trabalho apresentado à Banca Examinadora, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, junto à UFCG, sob orientação do Prof.º Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio.

CAMPINA GRANDE – PB

2018

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”,
CCBS - UFCG**

S586p

Silva, Jullyany Marques da.

Psicologia clínica e adoecimento cardíaco: as razões e desrazões do coração desafios/
Jullyany Marques da Silva. – Campina Grande, PB: O autor, 2018.

26 f. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Dr.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Psicologia. 2. Psicocardiologia. 3. Cardiologia. 4. Cardiopatia de Takotsubo.
5. Psicossomática. I. Gaudêncio, Edmundo de Oliveira. (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.964.2 (813.3)

TERMO DE APROVAÇÃO

JULLYANY MARQUES DA SILVA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito básico para obtenção do grau de Psicólogo no Curso de Psicologia outorgado pela Universidade Federal de Campina Grande - PB.

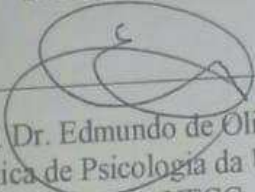
PSICOLOGIA CLÍNICA E ADOECIMENTO CARDÍACO:

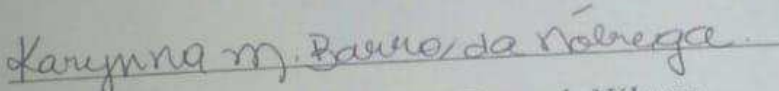
as razões e des-razões do coração

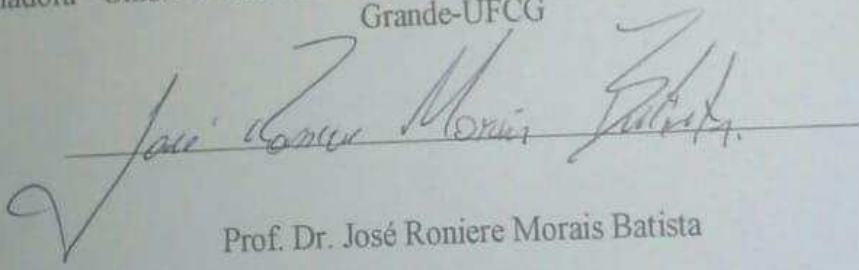
APROVADO EM: 31 / 07 / 2018

NOTA: 10,0 (100%)

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Orientador - Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande-
UFCG


Prof. Dr. Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
Examinadora - Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina
Grande-UFCG


Prof. Dr. José Roniere Morais Batista

Examinador - Unidade Acadêmica de Psicologia da Universidade Federal de Campina
Grande-UFCG

"POEMA DO CORAÇÃO"

*Eu queria que o Amor estivesse realmente no coração, e também a Bondade, e a Sinceridade,
e tudo, e tudo o mais, tudo estivesse realmente no coração.*

Então poderia dizer-vos: "Meus amados irmãos, falo-vos do coração", ou então:

"com o coração nas mãos".

Mas o meu coração é como o dos compêndios.

*Tem duas válvulas (a tricúspide e a mitral) e os seus compartimentos (duas aurículas e dois
ventrículos).*

O sangue a circular contrai-os e distende-os segundo a obrigação das leis dos movimentos.

*Por vezes acontece ver-se um homem, sem querer, com os lábios apertados e uma lâmina
baça e agreste, que endurece a luz nos olhos em bisel cortados.*

Parece então que o coração estremece.

Mas não.

*Sabe-se, e muito bem, com fundamento prático, que esse vento que sopra e ateia os incêndios,
é coisa do simpático.*

Vem tudo nos compêndios.

Então meninos! Vamos à lição!

Em quantas partes se divide o coração?

(ANTÓNIO GEDEÃO)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, por ser o sustento de todos os momentos em minha vida;

Aos meus pais, **José Marques e Joana Macedo**, por serem o significado e o alicerce de meu existir, por sempre me incentivaram e me apoiaram em todos os momentos tornando seus os meus sonhos e conquistas, pelo o amor incondicional e pelo exemplo de vida que sempre me inculcaram;

Aos meus **irmãos e irmãs** e aos meus **sobrinhos**, por serem sinônimo de amor, carinho, apoio e refugio em muitos momentos dessa caminhada;

A toda a minha **família**, tios, tias, primos e primas, cunhados e cunhadas em especial a Tia Maria (*in memoriam*);

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio** pelo apoio e confiança, por todo saber transmitido em cada encontro, pela paciência, carinho e disponibilidade;

A **Prof. Dra. Flávia Moura de Moura** por me apresentar logo no início do curso e me fazer despertar o desejo de conhecimento na área da Psicologia Hospitalar;

A **Prof. Dra. Karynna Magalhães Barros da Nóbrega** e ao **Prof. Dr. José Roniere Morais Batista** por aceitarem o convite em participar na qualidade de membro da banca examinadora desse trabalho de conclusão de curso.

A todos os **professores** do departamento de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), por todos os ensinamentos ao longo dessa construção acadêmica;

Aos amigos que me apoiaram de algum modo nessa caminhada, em especial a **Ricardo Revoredo**, e aos companheiros de graduação **Hannah Carla, Larissa Guerra, Dandara Virgínia, Priscila Gomes, Renan Silva, Vinícius Lima e Jéssica Daniele** pela força, parceria nos bons e maus momentos e por ajudar a torna o caminho mais leve ao longo desses cinco anos.

Meu muito obrigada!

RESUMO

Buscou-se ao longo deste estudo, investigar o envolvimento dos fenômenos emocionais como influenciadores no processo de adoecimento orgânico do sistema cardiocirculatório, tomando-se por base o embasamento teórico disponível na literatura, quanto aos processos ditos psicossomáticos e como podem ser manifestados a partir da não simbolização de conflitos negados inconscientemente e, após somatizados, expressarem-se no corpo, através do adoecimento cardíaco. Nessa perspectiva, objetivou-se estudar, dentre as diversas formas de manifestações cardíacas, a “síndrome do coração partido” (Síndrome de Takotsubo), a qual consiste em uma forma de cardiopatia induzida por estresse, confundida geralmente com um quadro de Infarto Agudo do Miocárdio. Tal estudo justifica-se pela escassez de publicações científicas que abordem essa patologia e suas características no âmbito da Psicologia Clínica aplicada à Cardiologia.

Palavras-Chave: Psicologia. Psicocardiologia. Cardiologia. Cardiopatia de Takotsubo. Psicossomática.

ABSTRACT

This study has aimed investigate the involvement of emotional phenomenons as influencers in the process of organic disease of the cardiocirculatory system, based on the theoretical basis available in the literature, regarding the psychosomatic processes and how they can be manifested from the non-symbolization of unconsciously denied conflicts and, after somatized, express themselves in the body, through the heart illness. In this perspective, the objective was to study, among the various forms of cardiac manifestations, the "broken heart syndrome" (Takotsubo's syndrome), which consists of a form of heart disease induced by stress, often confused with Acute Myocardial Infarction frame. This study is justified by the lack of scientific publications that address this pathology and its characteristics in the area of Clinical Psychology applied to Cardiology.

Keywords: Psychology. Psychocardiology. Cardiology. Takotsubo's cardiomyopathy. Psychosomatic.

1. INTRODUÇÃO

Todo processo de adoecimento, por conta da interação entre o psíquico e o orgânico, requer um olhar clínico voltado para os fatores emocionais envolvidos no desencadeamento, desenvolvimento e/ou intensificação do processo ditos orgânicos de adoecimento. Tratando-se de um órgão altamente investido de simbolismo e simbologias que o tomam como o centro das emoções e da vida, por isso mesmo o coração apresenta certa “vulnerabilidade” quanto à “escolha ou complacência de órgão”, no dizer de Freud, quanto a manifestações ditas funcionais ou psicossomáticas (FREUD, 1901-1905), dito se extraindo qual o objetivo deste ensaio clínico: estudar, através do *corpus* psicanalítico, os fenômenos ditos psicossomáticos e, dentre as diversas formas de somatização incidentes no sistema cárdio-circulatório, a “síndrome do coração partido”.

A doença cardiovascular (DCV) representa na atualidade a maior incidência de mortes entre homens e mulheres em todo o mundo, afirma a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), gerando um grande impacto social e um sério problema de saúde pública, haja vista o elevado índice de mortalidade e invalidez precoce, causando gastos econômicos nos sistemas previdenciários e na rede pública de saúde, sobretudo decorrentes de internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais e perda de produtividade. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2017), as DCVs foram *causa mortis* de cerca de 17,7 milhões de pessoas em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global.

No Brasil, os fatores de risco inerentes às DCVs colocam o país entre os 10 países com maior índice de mortalidade no mundo. Levantamentos do Ministério da Saúde apontam a DCV como sendo responsável por 29,4% das mortes registradas, o que totaliza uma média de 308 mil óbitos ao ano (BRASIL, 2017).

Para Ismael (2017), os fatores de risco para o desenvolvimento de DCVs são considerados multicausais, podendo ser modificáveis ou não modificáveis, contribuindo para a elevação ou diminuição das DCVs e vão da hereditariedade, gênero, etnia, hábitos alimentares que possam aumentar o colesterol e os triglicérides, tabagismo, abuso de substâncias psicoativas, sedentarismo, obesidade, diabetes mellitus, além de fatores de ordem psicossocial e/ou psicológica, como o estresse emocional, a depressão, a ansiedade e o tipo ou estrutura de personalidade.

Na literatura médica, as DCVs estão classificadas e conceituadas em diversas modalidades. De acordo com Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), as DCVs de maior incidência epidemiológica são as anginas, o infarto agudo do miocárdio, as arritmias, os aneurismas, a insuficiência cardíaca e as valvulopatias. O tratamento dessas enfermidades

varia desde terapias farmacológicas, mecânicas ou hemodinâmicas a intervenções cirúrgicas, as quais tem avançado muito, desde o século XIX, afirmando Lessa (1999, *apud* MOURA, 2008, p.31) que, desde então, “o coração foi gradativamente sendo desmistificado como moradia da alma e se tornando mero órgão corporal passível de intervenções cirúrgicas como os demais órgãos da economia corporal”.

Genericamente, a Doença Cardiovascular é conceituada como uma alteração ou disfunção no sistema cárdio-circulatório que pode acarretar uma série de complicações, gerando prejuízos na distribuição do oxigênio e nutrientes necessários para o funcionamento adequado das células e do organismo. Essas alterações podem ser congênitas ou adquiridas e sua ocorrência pode ser tanto aguda, quanto crônica (FRAYHA, 2015).

Diversos fatores podem ser predisponentes para o surgimento desse tipo de patologia. Estudos indicam manifestações de ordem psicológica como associados diretamente no desencadeamento, manutenção, recuperação e/ou agravamento das DCVs, isso tornando perceptível a importância da inserção e da atuação da Psicocardiologia de forma mais efetiva, haja vista a crescente demanda no campo clínico, além da significativa escassez de publicações científicas que abordem a relação Cardiologia *versus* Psicologia e Psicossomática.

Nessa escassez de publicações, sobretudo em Psicologia Clínica aplicada à Cardiologia, encontra-se uma forma de cardiopatia induzida por estresse, a Cardiopatia de Takotsubo (CT), uma patologia de baixa incidência, frequentemente confundida com o quadro de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) determinado por outros fatores que não emocionais e que é tema deste ensaio científico.

Destarte, no que tange ao desenvolvimento deste trabalho buscou-se averiguar, partindo-se da fundamentação teórica encontrada na literatura, os aspectos que subsidiem a relação entre a CT e os fenômenos ditos psicossomáticos.

2. MÉTODO

Delineamento do estudo

O método adotado foi o modelo de ensaio clínico, uma poderosa ferramenta para a avaliação de intervenções junto à saúde, o qual consiste na arguição de uma temática proposta pelo autor, respaldando-se, entretanto para tal fim, de uma revisão de literatura prévia, para melhor compreensão e embasamento teórico (COUTINHO; CUNHA, 2004).

Procedimentos metodológicos

A pesquisa de literatura baseou-se em um levantamento eletrônico de trabalhos indexados nas principais bases de dados, cujo acesso era livre e gratuito: Banco de Teses CAPES e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que concentra informações da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Scientific Electronic Library (SciELO), Biblioteca brasileira de teses e dissertações (BBTD), a estratégia de busca das pesquisas delimitou-se a presença no título, resumo ou introdução dos seguintes descritores: “psicodardiologia” e “síndrome de takotsubo” e “psicossomática” bem como seus correspondentes na língua inglesa “*psychodardiology*” e “*takotsubosyndrome*” e “*Psychosomatic*”. O período de coleta deu-se entre Maio e Junho de 2018. Desse modo, reuniu-se um total de 83 trabalhos, cuja função precípua foi fornecer elementos teóricos fidedignos para a nossa análise.

Como critério de inclusão na análise aprofundada, o material resultante do levantamento deveria: (1) estar disponível, em textos completos, não se limitando as datas das publicações; (2) ser composto de estudos empíricos; (3) ter como amostra participante de idade adulta; (4) serem publicados em língua portuguesa e inglesa. E como critério de exclusão, os trabalhos: (1) que não se relacionavam ao tema proposto na íntegra; (2) que fossem coincidentes; (3) sem um rigor científico. Salienta-se que os bancos de dados utilizados neste estudo contemplam artigos científicos de periódicos e eventos, dissertação de mestrado e teses de doutorado.

Após aplicados os critérios de refinamento supracitados, realizou-se uma análise dos artigos, objetivando delimitar o número final de estudos a serem revisados, baseando-se na leitura inicial flutuante dos resumos (*abstract*) e introdução. Após essa etapa, foram excluídas 22 pesquisas consideradas coincidentes, 7 por conter idioma diferente ao pré-estabelecido e 21 por não se relacionarem diretamente com o tema proposto neste trabalho. Assim, o acervo para leitura foi composto por 33 pesquisas, visto que atenderam aos critérios de inclusão

estabelecidos *a priori*, nas quais foram utilizadas como base para fundamentação e ampliação para discussão a seguir.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Coração: aspectos gerais

“Dizem que o nosso coração é do tamanho do nosso punho fechado: se o abrisse tanta coisa fugia”.

(António Lobo Antunes)

O coração é um órgão muscular vital, responsável por todo o sistema circulatório de bombeamento de sangue no corpo, está localizado no interior da cavidade torácica, sobre o diafragma, entre os dois pulmões, conectado-se as menores estruturas corporais através de artérias, arteríolas e veias pulmonares. No que concerne sua anatomia, é estruturado em três camadas de tecido: epicárdio (camada fina exterior), endocárdio (camada fina interior) e miocárdio (camada grossa intermediária), sua estrutura muscular é oca, envolto por uma estrutura sacular chamada pericárdio. Em estado saudável, tem aproximadamente o tamanho de um punho fechado de um adulto e pesa entre 250 e 350 gramas. Sua frequência contrátil normal é de 60 a 100 batimentos por minuto, impulsionando o sangue para o restante do corpo. A contração automática do coração difere dos demais músculos do corpo, uma vez que as contrações cardíacas dão-se independentemente da nossa vontade, posto possuir um sistema de estímulos elétricos próprios (BRASIL, 2017), o não funcionamento adequado desse complexo sistema muscular poderá acarretar em complicações no sistema circulatório predispondo-o para o surgimento de cardiopatias.

Ao longo de toda a história da humanidade, o coração recebeu de parte do imaginário social, elevado investimento simbólico. Costa (2012) afirma que o simbolismo do coração está presente na vida do ser humano das mais variadas formas: desde os rituais e sacrifícios mais ou menos ortodoxos, através de preces e meditação; em atividades artísticas; na expressão amorosa; na saúde e na doença, permeando, assim, desde crenças mitológicas, culturais ou históricas e ocupando grande significado social nas tradições Oriental e do Ocidente. Muito antes da descoberta de suas funções biológicas, o seu simbolismo estava atrelado às experiências pessoais e às ideias da coletividade com seus mitos e símbolos arquetípicos (SANTOS; PEREIRA; MARTINS, 2017).

Diante de todo esse investimento simbólico, ao se descobrir doente do coração, o paciente pode passar a apresentar manifestações de grande desequilíbrio psíquico e dificuldade de representação da doença, uma vez que o indivíduo sente sua integridade física ameaçada/violada, enxergando a doença com uma quebra da mistificação do órgão adoecido e de sentimentos pessoais de onipotência, abrindo-se, assim, espaço para fantasias de desintegração, angústias e medo de tornar-se uma pessoa com limitações pessoais e sociais (WOTTRICH *et al*, 2015).

3.2. Adoecimento do Coração e o doente cardíaco:

“Se o coração símbolo ri, canta, rejubila, cria, ama, fica apertado, sangra, parte--se, adormece, acorda, queixa-se; o coração não simbolizado bate, ausculta-se, despolariza, repolariza, fibrila, falha, electrocardiografa-se, ecocardiografa-se, cateteriza-se, opera-se e transplanta-se”. (COSTA, 2006, p.14)

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é, hoje, uma das mais significativas urgências médicas responsáveis por elevado índice de mortalidade e comorbidades. Trata-se de um evento isquêmico do tipo agudo em que é interrompido o fluxo contínuo da circulação do sangue, isso predispondo e/ou determinando várias complicações. Sua principal etiologia é a obstrução de uma artéria coronária por uma placa de aterosclerose ou por um coágulo de sangue. Essa obstrução impede a passagem de sangue para uma determinada área do coração irrigada pela coronária comprometida. Essa área se torna isquêmica e pode evoluir para uma necrose (morte celular) (CASTRO, 2014).

O tratamento para salvar o miocárdio requer urgência e rápido diagnóstico, sabendo-se hoje que o estresse emocional pode ser um fator de risco, precipitante de um evento agudo provocando, por sua vez, quando não ocorre a morte, uma miocardiopatia geralmente grave. Nesse sentido, estudos evidenciam que fatores psicossomáticos produzem severo impacto nas disfunções cardíacas, influenciando de modo direto o estado de saúde/doença dos pacientes (CASTRO, 2014).

No que tange à patologia que nos interessa, a Cardiomiopatia de Takotsubo (CT), conhecida ainda como “Cardiomiopatia Induzida por Estresse, Síndrome do Coração Partido ou Síndrome do Baloneamento Apical Transitório do Ventrículo esquerdo (RIHL *et al*, 2015), caracteriza-se como sendo uma disfunção aguda e transitória no ventrículo esquerdo, que provoca alterações funcionais que se assemelham a um quadro clínico de um infarto agudo do miocárdio. De fisiopatologia ainda desconhecida, está relacionada a fatores multicausais

precedidos de evento estressor físico ou emocional. Sua sintomatologia variam entre “dor pré-cordial, dor retroesternal, dispnéia, náuseas, lipotímia, sudorese e sinais de baixo débito cardíaco, uma vez que ocorre uma intensa descarga de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina e dopamina) e o aumento de enzimas cardíacas (troponinas) que causam uma insuficiência no ventrículo esquerdo, com consequente balonamento do ápice do coração por conta do espessamento septal que desencadeia, secundariamente, uma liberação adrenérgica (LEMOS *et al*, 2008).

A CT foi relatada pela primeira vez pelo médico japonês Satoh e seus colaboradores, em 1990. Seu nome deu-se em função a semelhança que os japoneses encontraram entre um “tako-tsubo” (equipamento para aprisionar polvos em formato de pote) e a forma apresentada pelo coração, por conta do episódio agudo da miocardiopatia, quando, durante a contração da sístole, uma parte do coração fica paralisada e, na outra parte, a contração funciona de forma adequada, isso lembrando um coração partido nos exames clínicos imagéticos.

Apesar de sua etiologia ser pouco elucidada e a incidência incerta, os estudos publicados evidenciam que essa disfunção cardíaca possui geralmente prognóstico favorável – na ausência de outras condições agravantes –, com recuperação da função ventricular em torno de 18 dias, contados do início dos sintomas, tendo como tratamento de base o suporte hemodinâmico (MACIEL *et al*, 2013). Haja vista a disfunção sistólica ser transitória, geralmente não ocorre cronicidade e/ou comorbidade, com índices de mortalidade intra-hospitalar considerados relativamente baixos. Sua maior incidência ocorre no sexo feminino, em especial em mulheres após a menopausa. Há, porém, registros de casos letais. Amaral *et al*, (2014) afirmam que pacientes com níveis de proteína C-reativa mais elevados e Fração de Ejeção mais baixa têm maior risco de choque cardiogênico e morte, evidenciando ainda que cada vez mais é descrita a incidência de rotura cardíaca, que está associada a um rápido declínio clínico e é fatal se não for reparada cirurgicamente sendo sua reversão ligada ao tempo da contração do vaso e, daí, a importância do rápido diagnóstico.

3.3. Psicossomática da doença cardíaca: as razões da psicologia e a des-razão do coração

“Pois onde estiver o seu tesouro, aí também estará o seu coração”.

(Mateus 6:12)

Compreender o adoecer sempre foi campo de investigações e questionamentos nas mais diversas civilizações, por longo tempo o campo da ciência médica se ocupou em dar respostas

a esses questionamentos, entendendo as formas do adoecer e da doença como resultados de manifestações orgânicas, deixando à margem tudo aquilo que escapava à organicidade. Foi a partir dos estudos freudianos iniciais sobre as histerias que foram dados os primeiros passos para a compreensão da relação entre o corpo e fenômenos psíquicos, distanciando-se a compreensão das relações mente X corpo daquilo que era posto pelo modelo cartesiano, baseado na dicotomia mente e corpo e na ideia de “corpo-máquina”. A partir desse momento, a doença que se manifestava no corpo foi sendo “psicologizada”, abalando-se, com isso, as bases do organicismo e se introduzindo a Psicologia na Medicina, de tal modo que a obra freudiana marca de forma hoje imprescindível a evolução das ideias acerca das relações entre o psíquico e o somático (GALBEIRO; FERMIANO, 2009). Ao adoecer, o indivíduo sente a fragilidade de sua vida e a possibilidade de morte, sendo, a sua identidade, gravemente ameaçada pela doença, à qual o sujeito reage somática e psicologicamente, interferindo, o somático, sobre a psique, e opsíquico, sobre o organismo, matéria essa estudada pelo que se pode tanto denominar de Somatopsíquica quanto Psicossomática, termo mais comum.

O uso do termo psicossomática – do grego *psykhé* (mente) e *soma* (corpo) – é referido por Heinroth já desde o século XIX. Contudo, é por volta do ano de 1925 que o seu estudo se evidencia ganhando força nos Estados Unidos, buscando-se, com isso, explicar como o fenômeno somático utiliza-se do corpo para comunicar algo de ordem intrapsíquica. A evolução histórica da Psicossomática ocorreu em três fases: “A primeira, tida como fase inicial, com influência psicanalítica, teve seu interesse voltado para os estudos da origem inconsciente das doenças, das teorias da regressão e dos ganhos secundários da doença. Na segunda, também chamada de fase intermediária, influenciada pelo modelo behaviorista, valorizou as pesquisas tanto em homens como em animais, deixando, assim, grande legado aos estudos do estresse, seus mecanismos e suas manifestações somáticas. Na terceira fase, denominada de atual ou multidisciplinar, valorizam-se o social, a interação e interconexão entre os profissionais das várias áreas da saúde” (MELLO FILHO, 1992 *apud* CERCHIARI, 2000, p. 3). Ao longo do seu desenvolvimento sócio-histórico, várias escolas foram surgindo, dada à necessidade de promover compreensão mais ampliada em torno da conexão corpo e psique, assim surgindo os conceitos conexos de *alexitimia* e *pensamento operatório*, estabelecido pelas Escolas de Psicossomática Americana e Francesa, enquanto a Escola de Psicossomática da escola de Boston propunha o conceito de *alexitimia*. Além dessas duas Escolas, destaca-se a corrente psicanalítica, a qual nos detemos mais longamente neste estudo.

Freud não desenvolveu, em sua teoria, nada a respeito do Fenômeno Psicossomático, porém faz referência à psicossomática uma única vez em uma carta dirigida ao Dr. Victor Von Weizsaker, onde chama a atenção para o fato de esbarrar num terreno

desconhecido que suscita dúvidas a partir de fatores psicológicos nas doenças orgânicas e vice-versa (ELAEL, 2008, p. 64).

3.3.1. Escola psicanalítica:

Foi com a descoberta do inconsciente que Sigmund Freud dá um importante passo para a compreensão dos processos internos e psíquicos, atrelados aos fenômenos corporais, rompendo com modelo binário proposto pela lógica cartesiana. Influenciado pelos estudos de Charcot e Breuer, em torno do enigma posto pela histeria, Freud desloca a histeria do campo da observação para o campo da escuta. O corpo histérico, até então oferecido como objeto de mera contemplação, passa a ser escutado de modo que, de parte do paciente ou analisando, seu movimento de fala e de saber sobre seu desejo e sua subjetividade começam a ser constituídos (FERNANDES, 1995), fomentando-se, com isso, grande avanço e contribuição no campo da psicologia, bem como em toda área da Saúde. Isso posto, os estudos freudianos iniciais sobre o conceito de psicogenia ganham novo impulso para a diferenciação entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, pressupondo uma relação entre os processos fisiopatológicos e psicológicos como desencadeantes de adoecimento e enxergando a doença como uma manifestação simbólica de conteúdos inconscientes, contribuindo assim, para melhor compreensão dos processos de desenvolvimento e individuação (SANTOS, 2017).

Desse modo, a psicanálise inicia sua compreensão sobre os fenômenos psicossomáticos partindo da noção de conversão histérica, passando pelo conceito de *complacência somática* e por confusas argumentações neuropsico-fisiológicas, findando-se por falar em *somatizações*, vivências e manifestações somáticas vinculadas a afetos não satisfeitos que vem a ferir o corpo (ELAEL, 2008). O termo *complacência somática* surge como mais uma forma de elucidar as manifestações inconscientes atreladas à somatização. “A ideia de “complacência somática” é considerada como pedra angular da etiologia freudiana da histeria, vez que, em uma linguagem lacaniana, faz menção a um real do corpo, aquilo que é impossível de dizer, que está perdido para sempre e que, portanto, evidencia um problema em relação ao significante” (ELAEL, 2008, p. 25).

3.3.2. “O que era expressão poética transforma-se em conceituação científica”

A guisa de exemplificação e solicitando desculpas pela longa, porém necessária citação tenhamos um caso típico da “Síndrome de Takotsubo” ou “Síndrome do coração partido” (LEMOS, 2008, p. 1) extraído da literatura encontrada:

Paciente do sexo feminino, com 62 anos de idade, admitida com dor precordial típica iniciada após forte estresse emocional (presenciar homicídio do esposo), dispnéia grave e sinais de baixo débito (palidez e hipotensão).

Ao exame físico, a paciente encontrava-se em estado de torpor, com palidez acentuada. À ausculta cardíaca, foram observadas bulhas rítmicas e taquicardia e, à ausculta pulmonar, crepitações em até dois terços inferiores dos campos pulmonares. A paciente apresentava pressão arterial de 77 x 30 mmHg, frequência cardíaca de 80 bpm, frequência respiratória de 32 irms e temperatura corporal de 37°C, sem antecedentes relevantes.

A eletrocardiografia realizada na admissão revelou supradesnivelamento do segmento ST em parede ínfero-lateral. Exames laboratoriais evidenciaram elevação das enzimas cardíacas, e a radiografia de tórax revelou congestão pulmonar e sombra cardíaca normal.

A paciente evoluiu com choque cardiogênico e insuficiência respiratória, sendo necessárias a administração de aminas vasoativas e a utilização de suporte ventilatório.

Encaminhada ao laboratório de hemodinâmica, o estudo das coronárias não demonstrou obstruções significativas e a ventriculografia esquerda evidenciou aneurisma da parede anterior em forma semelhante a *takotsubo* ou halteres.

Após 48 horas, a paciente apresentou melhora clínica significativa, com descontinuidade progressiva das aminas e desmame da ventilação mecânica.

Depois de 72 horas de evolução do quadro foi realizada ecocardiografia, que demonstrou acinesia e dilatação da ponta do ventrículo esquerdo, com função sistólica preservada e disfunção diastólica leve por déficit de relaxamento.

A paciente recebeu alta no nono dia de internação, e estava estável em uso de aspirina, estatina e inibidor da enzima conversora da angiotensina. Retornou para avaliação ambulatorial 15 dias após a alta, quando nova ecocardiografia demonstrou cinética tanto global como segmentar preservada (LEMOS, et al., 2008, p. 1).

O fenômeno psicossomático, como já posto, utiliza-se do corpo para comunicar um mal estar intrapsíquico, comunicando o não dito e, por isso, Elael (2008, p. 24) afirma que o sintoma é somático e não simbólico, não há representação psíquica da doença e esta fica

latente à consciência. A excitação psíquica transformada em angústia é diretamente expressa no corpo sob a forma de sintoma físico. Esse tipo de adoecimento, de um modo geral, tende a caracterizar-se como sendo precedido de um longo percurso de manifestações de adoecimento ou ainda por manifestações de picos/crises resultando em quadro agudo de uma enfermidade, vindo a colocar em perigo a vida e/ou a saúde física de um paciente ou, ainda, desaparecer sem nenhuma razão plausível, não causando maiores complicações físicas ou subjetivas. Para Freud (1909-1910, p.318-320), o “eu” se sente ameaçado pelas exigências dos instintos sexuais e defende-se delas por meio de repressões que nem sempre têm o êxito desejado, mas acarretam perigosas formações substitutivas do reprimido e incômodas formações reativas do Eu, as quais se expressam no corpo como forma de sintoma somático, o Eu perdendo o domínio sobre o órgão e como que sendo transferido para o corpo. Nesse sentido, a incapacidade do aparelho psíquico de neutralizar os excessos de excitação vindos do exterior ou do interior do organismo, causa uma falha na mentalização, sem capacidade de elaboração mental, somatizando e sendo externado de forma aguda (OLIVEIRA, 2012).

Sintomas como forte angústia, dores no peito, palpitações, sudoreses podem ser relacionados a perdas, a um pesar, ou um estresse excessivo, por exemplo, somatizando-se por sua vez – ou seja, expressando-se no plano orgânico –, como forma de adoecimento cardíaco.

Com base nas pesquisas realizadas neste estudo, observou-se que emoções intensas podem ser capazes de “partir o coração”, não metaforicamente, como na expressão poética, mais fisiologicamente, uma vez que as emoções colocam o organismo em comoção e o que se percebe, em primeiro lugar, é a mudança no ritmo cardíaco e na respiração. Sentimentos como a raiva, a ansiedade e o medo se destacam como sendo alguns dos principais elementos afetivos capazes de provocar a somatização de problemas cardíacos. Nessas condições, diante da preparação do organismo para a luta ou para a fuga, o coração sofre uma aceleração e aumento do volume para conseguir responder à situação (SANTOS; PEREIRA; MARTINS, 2017). A CT pode ser compreendida como um quadro clínico agudo derivado da oscilação entre o orgânico e o psíquico, gerando um grave, reversível ou irreversível, enfraquecimento do músculo cardíaco, funcionando como uma forma de liberação de conteúdos negados, reprimidos e não simbolizados, expressando a desarmonia existente inconscientemente. Para Santos (2017, p. 17), “seria um equívoco tratar o coração tão somente como um órgão, separando soma e psique, corpo e emoção”. Por essa razão, julga-se de suma importância olhar o sintoma de modo diferenciado, analisando o que este quer expressar, ao invés de optar pela medicalização da questão, haja vista o movimento emocional direciona o funcionamento orgânico do coração, seja na respiração ou no ritmo cardíaco.

Ao analisar o caso clínico aqui descrito, verifica-se que a paciente em questão se adequa aos padrões encontrados na literatura: sexo feminino, de meia idade, vítima da TC após um fator de ordem emocional. Pode-se afirmar que, ao presenciar a morte do marido, a paciente produziu uma grande descarga de estresse e de excitação funcional, dada a impossibilidade de imediata elaboração do trauma vivido e da incapacidade de neutralizá-lo simbolicamente, sendo esse somatizado. Por não ser suportado psicologicamente é exteriorizado para o corpo, aqui pela via da miocardiopatia induzida por estresse. O manejo desse tipo de atendimento clínico hospitalar ao paciente vítima de uma CT não deve ser negligenciado por nenhuma via, seja ela biológica ou psicológica. O tratamento inicial deve ser respaldado via biológica, haja vista tratar-se de urgência médica, porém, ao longo do processo de internação, é importante que o atendimento psicológico a isso seja aliado, uma vez que, no hospital, existe uma demanda essencialmente orgânica que esbarra no psíquico, na medida em que o desespero pelo sofrimento da dor “toma” o sujeito e este não consegue significar psicologicamente sua dor (ELAEL, 2008). Nisso, o psicólogo presta uma atuação ativa junto ao paciente, buscando minimizar a carga do sofrimento psíquico, possibilitando uma melhor elaboração, mais rápida a reorganização do aparelho psíquico e, aventamos deduzir, mais efetiva resolução do luto, do qual o quadro clínico seria expressão simbólica de um coração dilacerado pela perda de si mesmo no outro.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente ensaio clínico buscou compreender a Cardiomiopatia de Takotsubo (ou Síndrome do coração partido) sob o viés da psicossomática, partindo dos estudos da Psicologia Clínica aplicada à Cardiologia, estudando aquele transtorno cardiocirculatório a partir dos processos de adoecimentos atrelados aos fenômenos psicossomáticos em sua relação entre o psíquico e biológico.

O estudo mostrou que conflitos psíquicos, quando não bem elaborados, podem resultar em uma manifestação somática, quando então, o corpo é usado para falar de um sofrimento referente à alma, sob a forma de adoecimento físico, uma vez sendo estudando, esse “transbordamento” pela via do sistema cardiocirculatório na “cardiopatia induzida por estresse”, o mesmo, consiste em um fenômeno ainda pouco estudado no campo da Psicologia da Saúde e com escasso número de publicações. Desse modo, observou-se que sua é considerada etiologia ainda obscura, embora desde já, relacionada à multifatores, que vão desde longos processos de adoecimento crônico, doenças neurogênicas e pulmonares à

vivência de um intenso estresse emocional (como um trauma violento, provocado por perdas súbita de ente querido, por vivência de catástrofes, tragédias, desastres econômicos envolvendo processo de luto não elaborado ou, ainda, relacionado a uma alegria intensa).

Sua maior incidência foi descrita em mulheres no pós menopausa o que ainda é um campo com muitos questionamentos a serem investigados, e que não foi possível aprofundar dada a limitação de publicações e pesquisas sobre a temática, que em sua maioria são estudos do campo médico e com pouca publicação no campo da psicologia. Apontando-se assim, a necessidade de pesquisas futuras, visto a necessidade de uma melhor compreensão e melhor análise desses pacientes, destarte neste trabalho, tentou-se, a partir de poucos recursos, realizar uma sucinta análise do caso clínico transcrito da literatura, tendo e vista a limitação de elementos que ampliassem a compreensão clínica do caso.

É necessário, sobretudo no campo da Psicologia Hospitalar e da Psicologia da Saúde, que psicólogos estejam aptos para lidar com pacientes caracterizados como somatizadores, “uma vez que, no contexto hospitalar, muitos profissionais da área da saúde estão focados em causas físicas e não nos aspectos emocionais, muitas vezes por não possuírem um referencial teórico e prático para um melhor atendimento e compreensão destes pacientes” (GALBEIRO; FERMIANO, 2009, p.36).

A importância do acompanhamento psicológico desses pacientes possibilitaria uma melhor investigação nas repercussões do adoecimento e conseqüentemente, melhor compreensão da vida dessas pessoas, possibilitando a criação de melhores recursos para enfrentamento do sofrimento daquelas e daqueles que vivenciam de forma somática e psíquica a experiência de ter o coração partido – o que nos parece, concordando com Pascal, afirmar que sim, "o coração tem razões que a própria Razão desconhece".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. A. et al. Cardiomiopatia de takotsubo como causa de disfunção ventricular transitória. **Arqbrascardiol**, São paulo, v. 90, n. 3, p. 17-20, mar./mai. 2007.

AMARAL, W. A. E. F. et al. “Disfunção ventricular apical transitória (síndrome de takotsubo): uma revisão da literatura”, in **Arquivos catarinenses de medicina**, Santa Catarina , v. 43, n. 4, p. 70-76, out./dez. 2014.

BONOMO, Ana Myriam Sánchez; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira De. Psychological approach to the cardiac arrhythmias: a focus on the emotions. **Cardiac arrhythmias– new considerations**, Croatia, n.11, p.111-222, fev. 2012.

BUSNELLO, Renne. Cardiomiopatia induzida por estresse: diagnóstico diferencial de infarto do miocárdio nas emergências. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 274-278, jun./set. 2009.

BRASIL (2017). Ministério da Saúde. **Doação e transplante de órgãos**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/doacao-transplantes-de-orgaos/coracao>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL (2017). Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no país**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

CASTRO, Sandra Dos Reis De. **O infarto agudo do miocárdio e suas consequências psicossociais: uma revisão sistemática**. 2014. 57 F. Monografia (Psicologia)- Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ucb.br/jspui/handle/10869/4744>, v.00>. Acesso em: 09 jun. 2018.

CATTACCINI, M. C. et al. Síndrome do balonamento apical ou síndrome coronariana aguda? revisão da literatura e relato de caso. **Arqmedhospfacienmed santa casa são paulo** , são paulo, v. 59, n. 3, p. 152-157, mar./abr. 2014.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. “Artigos psicossomática um estudo histórico e epistemológico”, in **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 1-12, jul./set. 2000.

COSTA, Sílvia Salomé Martinho Vieira Da. **Contribuições da psicologia para as novas fronteiras do transplante cardíaco - avaliação psicossocial, adaptação psicológica e qualidade de vida**. Porto, Portugal, p.111-222, jan. 2006. Disponível em: <https://sigarra.up.pt/up/pt/conteudos_service.conteudos_cont?pct_id=10381>. Acesso em: 06 jun. 2018.

COUTINHO, Evandro Silva Freire; CUNHA, Geraldo Marcelo Da. “Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados”, in **Revbraspsiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 146-151, ago. 2004.

CRESSA, Drs. Luis M; HIRSCHHAUT, Elizabeth. miocardiopatia por stress o síndrome de tako-tsuboconcambioelectrocardiográficos mínimos. a propósito de un caso. **Avancescardiol**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 260-264, jul./ago. 2010.

DIAMANT, L. et al. Cardiomiopatia de takotsubo evoluindo com choque cardiogênico em paciente de 38 anos. in **Revista da socerj**, Rio de Janeiro, n.11, p. 263-269, mai./jun. 2016.

ELAEL, Cristiane Corrêa Borges. **O fenômeno psicossomático: a falta de sentido que fere o corpo**. Dissertação (Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade) - Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2008.

FRAYHA, Júlia Fernandes Caldas. **O silêncio do coração: ausência de sintoma e adoecimento cardíaco**. In: ISMAEL, Silvia Maria Cury; GUIDUGLI, Simone Kelly Nikliss. Do Nascimento a Morte. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015 (p.51-58)

FREUD, Sigmund. “Observações sobre um caso de neurose obsessiva [‘o homem dos ratos’]: uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos” (1909-1910), in **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Companhia da Letras, 2013. (vol. 9, p.1-415).

_____. “Um caso de histeria, três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos” (1901-1905), in **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: IMAGO, 1996. (vol. 7, p.1-329).

_____. “Estudos sobre a histeria” (1893-1895), in **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: IMAGO, 1996. (vol. 2, p.1-350).

GALBEIRO, João Paulo; FERMIANO, Luciene Cristina. **A perspectiva histórica da psicossomática**. João Paulo Galbeiro; Luciene Cristina Fermiano. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Faculdades Integradas Fafibe, Bebedouro, 2009.

ISMAEL, Silvia Maria Cury. **Sofrer do Coração**. Org. Julieta Quayle, Maria Cristina Sousa de Lúcia. *Adoecer Interações do Doente com sua Doença*. São Paulo, editora Atheneu. 2007. p. 147-157.

KOP, Willem Johan. “Chronic and acute psychological risk factors for clinical manifestations of coronary artery disease”, in **Psychosomatic medicine**, v. 61, p. 476–487, 1999.

LEMOS, A. E. T. et al. “Síndrome do coração partido (síndrome de takotsubo), in **Arquivos brasileiro de cardiologia**, São Paulo , v. 90, n. 1, p. 11-13, jan. 2008.

MACIEL, BA et al. “Pseudoinfarto agudo do miocárdio devido à síndrome da disfunção ventricular apical transitória (síndrome de takotsubo)”, in **Revbras ter intensiva**. Campina Grande, v. 25, n. 1, p. 63-67, ago./jan. 2013.

MACHADO, É. G. et al. Cardiomiopatia de takotsubo: relato de caso. **Revista hcpa**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 485-489, jan. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/hcpa>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

MESQUITA, Cláudio Tinoco; NÓBREGA, Antonio Claudio Lucas Da. Miocardiopatia adrenérgica: o estresse pode causar uma cardiopatia aguda?. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, p. 283-284, abr. 2005.

MOURA, Tânia Regina Santos De; COUTINHO, Maria Da Penha De Lima. **Implicações psicossociais das cardiopatias na qualidade de vida das pessoas cirurgiadas e não-cirurgiadas**. Dissertação de Mestrado-Programa de Pós-Graduação Minter. João Pessoa: UFPB, mai. 2008.

OLIVEIRA, Isabella Rosa De. A psicossomática: um estudo dos aspectos conceituais e clínicos. **Jornada de psicanálise do cprs, em 8 de dezembro de 2012.**, Rio Grande do Sul/RS, p. 1-6,dez./out. 2015. Disponível em: <<http://www.circulopsicanaliticors.com.br/conteudo/publicacoes>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), Organização Mundial da Saúde. *Enfermidades Cardiovasculares*. Nota descritiva, 2015. Disponível em: <[http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))>. Acesso em: 02 mai. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças cardiovasculares**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839>. Acesso em: 08 jun. 2018.

PAIVA, Suzana de Albuquerque. **Quando o mal-estar social adoce o coração: o infarto à luz da psicossociologia**. Dissertação de Mestrado-Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia. Belo horizonte: Pontifícia Universidade de Minas Gerais, 2008.

PEREIRA, M. da S. et al. Estudo clínico-epidemiológico da cardiomiopatia de takotsubo em um hospital de referência em fortaleza, ceará, brasil. **Arch health invest**, [S.L.], v. 6, n. 9, p. 403-407, jul./ago. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i9.2230>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

PEREZ, Glória Heliose; CHAVES, Gislaiane; LOPES, Sibelle Mendes Piasssi. **A escuta do corpo: psicoterapia do sujeito no contexto hospitalar**. Org. Valéria de Araújo, Glória Perez, Maria Lívia Tourinho Moretto, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa. Horizontes da psicologia Hospitalar Saberes e Fazeres. São Paulo: Atheneu, 2015. p.145-155.

PRIZANTELI, Cristiane Corsini. **Coração partido: o luto pela perda do cônjuge**. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. p.1-123. 2008.

RESENDE, M. C. de et al. “Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico”, *in Psicologia clínica*, Rio de janeiro, v. 19, n. 2, p.87-99, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n2/a07v19n2.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

RIBEIRO, V. F. A. et al. Desfecho de curto e longo prazo na cardiomiopatia induzida por estresse: o que podemos esperar?. **Arqbrascardiol.**, Portugal, v. 102, n. 1, p. 80-85, jun./jul. 2013.

RIHL, Marcos Frata; HAAS, Priscila; HOLTHAUSEN, Ricardo Santos. “Cardiomiopatia de takotsubo: relato de caso”, *in Revista da amrigs*, Porto alegre, v. 59, n. 1, p. 30-34, jan./mar. 2015.

RODRIGUES, V. L. de A. et al. Cardiomiopatia de takotsubo: relato de caso e revisão de literatura. **Revbrascardiol.**, MS, v. 27, n. 2, p. 135-138, mar./abr. 2014.

SANTOS, Lúcia Fátima Reolon Dos; PEREIRA, Maria Inês Favarin; MARTINS, Caio Vinicius. “As doenças do coração e as emoções: conversações entre a psicossomática e a psicologia analítica”, *in Self - Revista do Instituto Junguiano de São Paulo*, Cascavel, PR, brasil, v. 02, n. 0005, p. 01-16, nov./jun. 2017.

SILVA, V. L. L. G. et al. Brokenheartsyndrome (síndrome de takotsubo, cardiomiopatia do estresse): relato de caso. **Arqmedhospfaccienmed santa casa são paulo**, São paulo, v. 53, n. 3, p. 125-129, jan. 2008.

SIMÕES, M. V. et al. Disfunção ventricular esquerda transitória por cardiomiopatia induzida por estresse. **Arqbrascardiol**, São paulo, v. 84, n. 4, p. 79-83, abr./jun. 2007.

SOARES, M. R. Z. et al. Psicocardiologia: análise de aspectos relacionados à prevenção e ao tratamento de doenças cardiovasculares. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, São paulo, v. 18, n. 1, p. 59 - 71, nov./jul. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Doenças do coração**. Disponível em: <<http://prevencao.cardiol.br/doencas/>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

TAMAGNINI, Elisabete Joyce Galhardo. **A psicodinâmica do paciente cardiopata: contribuições da psicanálise à cardiologia**. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, USP, n.11, p. 1-230, abr./nov. 2014.

WOTTRICH, S. H. et al. “Manifestos do coração: significados atribuídos à doença por pacientes cardíacos pré-cirúrgicos”, *in Psicologia: teoria e pesquisa*. Trindade, Florianópolis, SC, v. 31, n. 02, p. 213-219, abr./jun. 2015.

VERAS, Carlos Bellini G. Gomes E Gustavo J.. Strain bidimensional na cardiopatia de takotsubo. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, Rio de janeiro, v. 95, n. 2, p. 35-37, jun./set. 2009.

VIEIRA, C. et al. Comorbilidade psiquiátrica e características psicológicas numa amostra de doentes com síndrome takotsubo. **Revista do serviço de psiquiatria do hospital prof. doutor fernandofonseca, epe**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 82-90,dez. 2011.