

Doença Cardíaca: um Mal-Estar Vivido pelos Indivíduos na Contemporaneidade

Heart Disease: a Bad Symptom Lived by Nowadays People

Yvana Coutinho de Oliveira¹

Resumo

Este trabalho descreve o percurso ético-histórico da relação mente e corpo, tentando compreender porque a doença cardíaca é uma forma de subjetivação, um mal-estar vivido pelos homens na era atual. Faremos também um relato situando o surgimento da medicina psicossomática na prática de assistência à saúde, já que temos a opinião de que a visão psicossomática é uma maneira eficaz de tentarmos resgatar a unidade mente e corpo, que ficou dicotomizada na era moderna.

Palavras-chave: Doença cardíaca; relação corpo-mente; processos de subjetivação.

Abstract

This work describes the ethical-historical pathway of mind and body relationship, trying to understand why the cardiac disturbance is a subjectivation form, a *bad symptom* that people suffer in nowadays. We will make a reference about psychosomatic medicine, because we will intend to recover the unit mind-body that became split in the modern era.

Keywords: Heart disease; mind-body relationship; subjective process.

Introdução

Neste trabalho descreveremos o percurso ético-histórico da relação mente e corpo, tentando compreender porque a doença cardíaca é uma forma de subjetivação decorrente de um mal-estar vivido pelos homens na era atual. Faremos também um relato situando o surgimento da medicina psicossomática na prática de assistência à saúde, já que temos a opinião de que a visão psicossomática é uma maneira eficaz de tentarmos resgatar a unidade mente e corpo, que ficou dicotomizada na era moderna.

Temos percebido na atividade profissional em instituições hospitalares, no trabalho de assistência a pessoas acometidas de doenças no coração, que a medicina e os profissionais de saúde de uma forma geral, ainda atuam negando a visão holística do ser humano, desconsiderando o lado emocional, desejante e subjetivo do indivíduo, e priorizando o lado orgânico, racional e concreto.

Atualmente, sabemos que as doenças cardíacas são causas de maior incidência de mortes na grande maioria dos países. Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil morrem 300

mil pessoas anualmente em decorrência de problemas cardíacos, números estes crescentes a partir do desenvolvimento das sociedades ditas pós-modernas.

Sabemos que na história da humanidade, desde os tempos primitivos, o homem já concebia uma relação unificada entre corpo e mente. Naquela época, o espírito ou a mente eram guiados pelo poder das forças da natureza, tendo portanto relação direta com o corpo, a matéria.

Hipócrates, no século V a.C., considerado o pai da medicina moderna, também reconheceu a importância da integração corpo e mente na concepção de existência do homem. Nos centros de tratamento gregos, predominava uma visão global do homem, sendo utilizado um tipo de abordagem que, nos tempos atuais, denominaríamos de holística.

Várias religiões ainda ressaltam as ligações mente e corpo em seus preceitos. O cristianismo propaga o dogma da ressurreição, ensinando que a eternidade do corpo implica sua unidade com a alma na constituição de um único ente. A religião judaica também procura afirmar a união harmônica do corpo e da alma. Esta tem o papel condutor do corpo, dirige os atos do homem, sendo responsável pela própria vida, já que o tempo de vida está vinculado a uma conduta virtuosa ou pecaminosa do ser humano. A tradição budista enfatiza que corpo e mente são aspectos complementares de uma realidade una. Prega que somos um fluxo ininterrupto ou fenômeno de continuidade física e mental.

¹ Terapeuta ocupacional e pedagoga. Mestra em Psicologia pela UNIFOR. Professora Adjunta da UNIFOR. Terapeuta ocupacional do Hospital de Messejana/SESA-CE. e-mail: yvana@unifor.br

Essas idéias a cerca da unidade mente e corpo e da sua relação com a natureza levaram a um respeito pela esfera espiritual, ou seja, pelas questões ligadas à mente e à natureza e, conseqüentemente, pela busca de um significado maior com relação à doença e à saúde.

Porém, a partir da teoria dualista de Descartes, no século XVII, estruturou-se no pensamento ocidental um abismo dissociando as questões mente e corpo, psique e soma, razão e emoção.

Como nos relata FIGUEIREDO (1995), na Idade Moderna (período que se instalou a partir do século XVII até o final do século XIX), assistimos:

à falência de formas tradicionais de vida com profundas conseqüências para a existência material e espiritual das coletividades e dos indivíduos, para a consistência de seus espíritos, para saúde de seus corpos, para as suas identidades; e o início, tumultuado e conflituoso das tentativas de escapar dessa conflagração existencial, religiosa e política, recorrendo ao terreno das experiências subjetivas, instituindo e consagrando o homem como sujeito auto-fundante das crenças válidas, das normas e dos valores justos e, finalmente, do próprio mundo.

Nesta época, o mundo ocidental viveu um tempo de ceticismo e incertezas, em que tudo foi posto em suspenso ou em questão, com conseqüências de desagregação social, física e psíquica (guerras, doenças, loucura), o que nos obrigou a buscar uma unidade, um discernimento comum a toda a humanidade. Tornou-se necessária a construção de um campo ético, onde dar-se-ia a constituição do sujeito. As experiências do indivíduo seriam, assim, avaliadas e referendadas pelas conseqüências de suas ações, resultando a convicção na razão e o uso mais pragmático desta. Isto se constituiu um espaço propício ao bom senso, tão referendado por Descartes apud FIGUEIREDO (1995) em seu Discurso do Método.

Segundo ainda nos relata FIGUEIREDO (1995):

O Método deveria operar separando, no campo das experiências subjetivas, o terreno objetivamente confiável, a razão e os sentimentos purificados, na sua universalidade e regularidade; do terreno suspeito, o das paixões, desejos, emoções, fantasias (...) Apenas a razão e os sentidos purificados nos dariam acesso a conhecimentos imediatos, ou seja, conhecimentos não comprometidos pela mediação das tradições, da obediência às autoridades e das condições e vicissitudes físicas do sujeito.

Da cisão imposta pelo Método deveria emergir uma nova subjetividade, totalmente purificada, transparente para si mesma, reflexiva, auto-coincidente e auto-dominada, que estivesse livre de toda contingência e de todo capricho para

poder pairar acima de qualquer contexto. Seria uma subjetividade transcendental, ideal ou semelhante a Deus, em contraposição a um eu falho, desejante e finito.

Todo este contexto originou o que vivemos na atualidade com o modelo biomédico de atenção à saúde. A doença passa a ser um desvio do normal, e não mais um desequilíbrio não-natural. A visão integradora do ser humano foi, aos poucos, substituída pela ênfase nas anormalidades biológicas, tornando-se romântico o reconhecimento da unidade corpo e mente ao falarmos de saúde e doença.

Esperamos, então, que este estudo proporcione uma reflexão sobre o tema, propiciando um maior conhecimento acerca deste mal-estar vivido pelos indivíduos na contemporaneidade e das formas de subjetivar essas experiências, assim como da necessária utilização da abordagem psicossomática em nossa prática profissional de assistência à saúde, favorecendo, assim, um novo olhar para o ser humano acometido de patologias no coração.

A relação Mente e Corpo

Já comentamos que a história da relação corpo e mente faz parte da história da humanidade, de forma que ao falarmos de uma disfunção orgânica temos que considerá-la uma disfunção no homem como um todo.

Na antigüidade, temos notícias de que inúmeras culturas concebiam qualquer distúrbio orgânico ou mental como sendo um sinal de desarmonia do homem com a natureza ou falta de ligação com o divino. Acreditavam que a doença manifestava-se como uma tentativa de correção ou punição por parte do divino, para que o homem pudesse novamente harmonizar seu corpo com a natureza e, desta forma, encontrar-se consigo mesmo (RAMOS, 1990).

Certos povos primitivos, como os índios norte-americanos, os africanos e os indígenas brasileiros, ainda utilizam uma medicina baseada em rituais de conteúdo simbólico, pois os símbolos evocam na psique destes indivíduos a presença das divindades e da força curadora, restaurando-lhes o equilíbrio perdido devido ao afastamento ou ofensa ao divino.

A ciência da cura refletia sempre a moral, a ética, os mitos e o nível de desenvolvimento psicológico da cultura na qual estava inserida, e era realizada de modo a conservar a harmonia entre a psique e a natureza.

Observamos, hoje, que a ciência perdeu esta visão histórica e cultural do processo de adoecimento e de sua significação. Lidamos com as doenças de forma estereotipada, negando ou menosprezando as causas estranhas ao campo da racionalidade ou do puramente orgânico. Infelizmente, embora já reconheçamos a integração dos diversos fatores (biológicos, psicológicos e sócio-culturais) que contribuem na gênese das patologias, ainda estamos praticando uma assistência à saúde

dos tempos cartesianos, cindindo o homem em duas metades: o corpo e a mente.

Se procurarmos razões que justifiquem essa atitude, é bom lembrarmos que com a normatização do discurso cartesiano, o corpo não mais obteve lugar, ou voz legítima, foi suspeito do ponto de vista do conhecimento válido, um corpo objetivo, que seria capturado pelos sistemas de representação científicos, disponível apenas para a anatomia, a fisiologia e a medicina modernas. Houve uma espacialização bem nítida que o divide com o *si mesmo interior*, onde somente aí, na interioridade do sujeito, encontrar-se-ia conhecimento pleno e bases confiáveis para a ação. É nesse interior que residiriam a razão e a vontade puras, capazes de se posicionarem diante do mundo. A mente apareceria como a parte mais íntima, essencial ao sujeito, origem confiável das representações verdadeiras e das ações eticamente justas.

O corpo, como intermediário entre a privacidade da mente e a exterioridade mundana, tornou-se merecedor de cautelas, cuidados e controle, para que: *os corpos não devassassem excessivamente o que a mente pensava e queria, revelando fora de hora o que, por decoro ou estratégia, devia ser mantido sob reserva* (FIGUEIREDO, 1995).

Esta subordinação dos corpos legitimada no século XVII apresentou-se como imperativo ético no plano filosófico da modernidade. A disciplina dos corpos nas escolas, exércitos, fábricas, famílias, fabricavam indivíduos dóceis e ajustados às funções produtivas (FOUCAULT, 1987).

Mas, ao se impor o silêncio dos corpos e a sua separação da mente, a linguagem dos *nervos* explodiu nas mais variadas manifestações culturais do século XVIII. Médicos, filósofos e artistas revelaram um novo homem, ou melhor, perceberam seu corpo nas suas relações com a mente. Houve, por assim dizer, uma espécie de reabilitação dos corpos, do mundo, da história, na compreensão da subjetividade.

Os corpos já não são casca, limite e exterioridade, já não são mais apenas envelope e proteção: são corpos dotados de uma vida própria, movidos de dentro, por seus próprios impulsos, capazes de criar e expressar processos que se dão muito além e muito mais fundo do que a mente pode alcançar.

A questão ética e técnica já não seria a de cuidar e controlar o corpo, mas, ao contrário, permitir que a mente se faça e refaça desde o seu enraizamento no corpo. A mente reconstituída e alimentada pela raiz corporal formaria uma nova unidade a que denominaríamos *totalidade psicofísica*.

Para Gusdorf apud RAMOS (1994), as irrupções do corpo no território mental irão tornar-se cada vez mais frequentes, como podemos atestar com os relatos de histeria no século XIX. Observamos eclodir um período romântico, onde o estado de saúde era atribuído à interação de diferentes fatores, o qual contestará o puro racionalismo com a redescoberta da

irracionalidade da psique. O ser humano volta a ser pensado como um campo unitário, global, o qual não poderia ser abordado como um agregado de partículas.

Mesmo se a doença ou sofrimento localizava-se em um órgão específico, o organismo reagia como um todo, sob a forma de ressonâncias ou compensações. Acreditava-se que toda doença corporal poderia exprimir-se por perturbações no nível da consciência, do mesmo modo que as doenças psicológicas pertenceriam ao campo orgânico. Os sintomas seriam, pois, ligados por relações de correspondência e reversibilidade que estariam além das interpretações mecanicistas.

Nesta época, os tratamentos sofriam variações de acordo com as peculiaridades dos pacientes. Eram prescritos regimes que incluía medicamentos, dietas, modificações de comportamento, enfim, uma verdadeira dietética, que procurava retificar o modo de vida que tornou os pacientes efetivamente doentes (FOUCAULT, 1994).

Porém, ao final do século XIX, começa-se a questionar esse tipo de abordagem romântica pelo seu empirismo e, aos poucos, o modelo biomédico, que se baseava sobretudo em pesquisas na área de fisiologia experimental, passou a dominar o campo das ciências e do conhecimento científico.

A ênfase sobre os sistemas corporais como um todo foi substituída pela tendência a reduzir os sistemas a partes menores, com cada sistema considerado separadamente. Ao mesmo tempo, o foco deixa de ser o indivíduo e passa a ser a patologia, buscada em uma única causa específica.

A formulação da doença como uma entidade separada, marcada pelo desvio de normas fixas e fisiológicas, levou a uma prática reducionista. A referência ao paciente como indivíduo foi posta de lado. Medidas, testes e diagnósticos eram feitos sem considerar-se as características sociais, morais e psicológicas do paciente. Fatores psíquicos e sociais foram considerados um *epifenômeno* sem impacto sobre o organismo e, portanto, ficaram fora do tratamento clínico.

Segundo RAMOS (1994), entraremos no século XX com uma visão fragmentada do homem, padronizando, compartimentalizando e objetivando a doença. O mito determinante é que o homem pode dissecar, manipular e dominar a natureza. Essas crenças têm modelado nosso conceito de saúde e doença, e da relação mente e corpo, o que se constitui terreno propício para emergir um novo modelo de atenção à saúde: a psicossomática.

A Medicina Psicossomática

Talvez, por estarem constituídas no modelo histórico do ocidente, a Medicina e a Psicologia tenham progredido como ciências independentes em relação ao seu objeto de estudo: o homem. O corpo físico, orgânico e palpável seria de

competência da ciência médica; a mente, as emoções e os sentimentos, ficariam a cargo da psicologia. Deste modo, passamos a considerar o homem um ser dividido e fragmentado na sua condição de existência.

Somente com o advento da psicossomática, com Alexander (citado por EKSTERMAN, 1992) e a Escola de Chicago, na segunda metade do século XX, começamos a visualizar a integração desses saberes profissionais numa área de conhecimento comum. Anteriormente, este termo havia sido usado por Heinroth, Deutsch e Dunbar, respectivamente nos anos 1808, 1922 e 1935, autores estes que contribuíram enormemente para a aplicação de uma metodologia científica da psicossomática no nosso meio.

A psicanálise também influenciou no redimensionamento da questão mente e corpo, situando-a fora dos horizontes modernos, procurando romper com a dicotomia histórica imposta ao sujeito, e auxiliando a psicossomática a emergir no cenário de atenção à saúde.

Freud, paralelamente com seus estudos sobre a histeria, preocupava-se com o papel da etiologia na formação dos sintomas. Seus conceitos de repressão e conversão forneceram os instrumentos que poderiam ser aplicados à hipótese das relações psicossomáticas. Para este autor, os sintomas históricos apareciam quando o afeto associado com uma idéia entrava em conflito com o ego e, conseqüentemente reprimido, era descarregado em sintomas e inervações somáticas.

No Brasil, o início da medicina psicossomática contou com a participação efetiva de pessoas ligadas à área da psicanálise, que ergueram-na sobre três teses centrais:

- (1) a etiopatologia somática está comprometida, em casos determináveis ou de forma universal, com a função psicológica;
- (2) a ação assistencial é um processo complexo de interação social que, além de incluir os conhecidos atos semiológicos, diagnósticos e terapêuticos, contém elementos da vida afetiva e irracional dos participantes;
- (3) a natureza essencial do ato médico é humanista e, portanto, a terapêutica deve estruturar-se em função da pessoa do doente, e não apenas organizar-se, preventivamente ou curativamente, a partir do reconhecimento de uma patologia.

A psicossomática estrutura-se, pois, com um discurso médico-assistencial humanista integrando a dimensão psicológica da doença; a relação médico e paciente e a ação terapêutica voltada para a pessoa doente, este entendido como um todo biopsicossocial.

MELLO FILHO (1992), um dos autores brasileiros que mais escreve sobre o tema, aborda a psicossomática como uma ideologia sobre o adoecer, a saúde e suas práticas. Diz que esta tem a pretensão de tornar-se a prática de uma medicina integral.

EKSTERMAN (1992) aborda a psicossomática como sendo: *o estudo das relações corpo-mente com ênfase na explicação psicológica da patologia somática, uma proposta de assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais.*

Para LIPOWISKI (1984) a psicossomática é:

um termo que se refere à inseparabilidade e interdependência dos aspectos psicológicos e biológicos da humanidade. Esta conotação pode ser chamada de holística, na medida em que ela implica uma visão do ser humano como uma totalidade, um complexo mente-corpo imerso num ambiente social.

De fato, hoje já reconhecemos que uma doença física não pode ser encarada como um processo puramente orgânico. Chiattonne apud ANGERAMI-CAMON (1988) ressalta que considerar somente o aspecto físico da doença ou atentar somente para o lado orgânico do indivíduo seria estabelecer o tratamento dos sintomas e da doença, de forma superficial, menosprezando suas causas reais e abrangentes. A enfermidade deve ser vista como uma mensagem social, física e psíquica, sendo a patologia orgânica uma reação a determinada situação. Muitas vezes, a doença é decorrente do relacionamento interpessoal comprometido na família e de comportamentos e estados alterados ou acontecimentos vinculados ao aspecto mental do sujeito.

CAPRA (1982) enfatiza que seria um reducionismo pensar em doenças de causas puramente psicológicas ou puramente orgânicas, havendo sempre um pluralismo na observação de qualquer fenômeno.

Perestrello apud TURATO, (1988) reforça que: *deve-se encarar o fenômeno da doença de forma sempre global, gestáltica e em função da pessoa que a apresenta, em sua forma de viver em e com o mundo.*

Percebemos na prática de assistência à saúde que ainda temos dificuldade de conceber a relação totalitária que envolve a unidade corpo-mente, considerando a visão integradora dos fenômenos biológicos, psicológicos e sociais que estão relacionados ao adoecer humano.

O próprio conceito *psicossomático* tem sido criticado por não incluir em sua designação original os fatores sócio-culturais implicados na questão de uma enfermidade, o que alguns autores já tentam reparar introduzindo a atual denominação *sociopsicossomático*.

Mesmo assim, temos observado que, cada vez mais, profissionais de diversas áreas, trabalhando em equipes de saúde, estão estimulados a compreender e estudar as interações somatopsicossociais e a encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos relacionados à saúde e à doença.

Conteúdos Simbólicos e Aspectos Emocionais

Pensamos que a vida psíquica de um indivíduo constitui-se de um somatório de experiências vividas, percebidas e registradas de maneira muito peculiar e pessoal. A elaboração dessas experiências nem sempre se limita à esfera consciente, mas na maioria das vezes, são processadas e arquivadas pelo inconsciente. A resultante da ação do psíquico sobre o corpo expressará sempre algo ligado à história de vida do sujeito e, certamente, marcado pelas injunções da dinâmica inconsciente.

Desta forma, concordamos com GRODDECK (1992) quando afirma que:

Uma doença não é, jamais, fruto do acaso. A doença tem um sentido, inscreve-se, como todo acontecimento, no percurso da vida de cada ser humano. É o sinal de sua relação com o mundo e consigo mesmo. É uma solução problemática para os conflitos que pontuam a existência humana.

Pensamos que uma doença é uma forma inadequada de reação aos conflitos originados na experiência de vida do indivíduo. É, portanto, uma linguagem corporal, uma manifestação de desejos inconscientes; não é um fim em si mesma, mas um meio, um recurso para expressão de algo. Sendo assim, seria necessário compreendermos o significado dado pelo paciente aos sintomas para que possamos apreender a doença em sua totalidade.

No contato com sujeitos adoecidos do *coração*, percebemos que a enfermidade cardíaca enquadra-se perfeitamente neste contexto. Começamos a nos perguntar por que, justamente o coração, seria o órgão escolhido? Que sentido teria para o indivíduo a doença cardíaca?

Ao considerarmos a enfermidade cardíaca, em seus aspectos psicossomáticos, temos que reconhecer a significação simbólica do coração e o papel das emoções na gênese desta patologia.

Todos sabemos do caráter universal referente ao simbolismo do coração. Em todas as culturas, desde a pré-história até os dias atuais, este é tido como centro vital, sede dos sentimentos e das emoções, lugar de conhecimento não intelectual.

O coração sempre foi um símbolo de fundamental importância nas diversas culturas e religiões: está presente nas orações, nos mitos de criação, nos rituais funerários.

Para os egípcios, o coração estava intimamente associado à alma, por isso era o único órgão deixado nos corpos durante o processo de mumificação. Era também fonte de vida e criação, pois dele era enviado o sangue que nutria a criança no útero materno.

O coração também era ofertado como sacrifício nas civilizações astecas como ritual de renascimento. Acreditavam que um coração pulsante ofertado ao sol assegurava energia,

vitalidade e poder para o povo. O sacrifício era a renovação da vida e da imortalidade, sendo o ritual um modelo simbólico do que todos deveriam fazer, ou seja, dar o melhor de si para que fosse assegurada a permanência da vida sobre a terra.

Nos textos sagrados, o coração aparece como lugar da morada de Deus, consciência moral, representação de pureza: *Cria em mim um coração puro, Senhor! Renova um espírito correto dentro de mim... Quem pode subir a montanha com o Senhor? Quem pode ficar no seu lugar sagrado? Aquele que tiver mãos e coração puros (SALMOS, 69:70).*

Deste modo, adoecer do coração remete para cada sujeito uma significação, além dos mecanismos emocionais que influenciam também no surgimento dos sintomas.

Dentre estes mecanismos emocionais, a questão do estresse na gênese das doenças cardíacas assume particular importância. O estresse é uma condição, um estado que se manifesta através de mudanças mensuráveis nos órgãos do corpo. Sua função primordial é a avaliação das informações captadas do ambiente e do próprio indivíduo de modo que lhe assegure a auto-preservação.

A exteriorização deste processo emocional, na forma de um sintoma, constitui sempre um sinal inconsciente de alerta, que deve ser traduzido como parte do processo emocional. A manifestação cardíaca (funcional ou orgânica), deste modo, constitui-se na parte visível desse complexo processo subjetivo.

Neste sentido, podemos citar a predominância de enfermidades coronarianas em indivíduos ambiciosos, competitivos, perfeccionistas, com premência de tempo e dificuldades em expressar sentimentos e emoções, descritos por Friedman & Roseman (citados por CAMPOS, 1992) como personalidades do tipo A. Essas pessoas também são tidas como manifestando uma pobreza do mundo simbólico. São realistas e sonham pouco, têm pouca elaboração psíquica, sendo o pensamento do tipo operatório, aprisionado no concreto e na orientação pragmática. Frente a qualquer situação de estresse, reagirão com doenças somáticas. E qual o melhor órgão para expressar aquilo que não foi possível simbolizar de uma outra maneira? É claro que é o coração.

Não podemos discutir se a personalidade tipo A é uma forma constitucional ou, simplesmente, um modo de ser ditado por circunstâncias e hábitos sociais. De fato, a época em que vivemos é de total aceleração social, sendo a sobrecarga de situações estressantes comum nos ambientes urbanos. O meio social competitivo e de baixa coesão grupal, associado ao sedentarismo, tabagismo e inadequação alimentar tornam-se a cultura ideal para o desenvolvimento das doenças coronarianas.

Considerações Finais

Este trabalho teve apenas a intenção de proporcionar uma maior reflexão acerca da visão psicossomática na prática de

atenção à saúde com pacientes cardíacos, tentando de certa forma resgatar a dimensão esquecida da relação corpo e mente e da subjetividade contida no adoecer orgânico na era atual.

Na concepção de TURATO (1988):

a medicina de uma forma geral ainda não compreende a enfermidade com aquilo que ela quer dizer a respeito do homem possuidor de conflitos existenciais, relacionando-se com partes do paciente (órgãos, aparelhos e sistemas), fragmentando o indivíduo e destituindo-lhe a unicidade mente e corpo.

A doença do coração, particularmente, pelo seu simbolismo e relação direta com o fator emocional necessita ser reconhecida e tratada em seus aspectos totalitários, levando-se em conta também a singularidade própria do processo de adoecer em cada ser humano. Quando isto se tornar realidade, passaremos a ter uma nova concepção de saúde e doença, que decerto será mais adequada e humana para as necessidades dos indivíduos na contemporaneidade.

Referências

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) ...*E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1996.

CAMPOS, E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO FILHO, Júlio de. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982.

CASTIEL, L. D. *O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papyrus, 1994.

DAMÁSIO, A. R. *O erro de Descartes*. Tradução de Dora Vicente e Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

EKSTERMAN, A. Medicina psicossomática no Brasil. In: MELLO FILHO, Júlio de. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ÉPINAY, M. L. *Groddeck: a doença como linguagem*. Tradução de Graciema Pires Therezo. Campinas: Papyrus, 1988.

FIGUEIREDO, L. C. O silêncio e as falas do corpo. In: JUNQUEIRA FILHO, Luiz Carlos Uchoa. *Corpo-mente: uma fronteira móvel*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Tradução de Lígia M. Pondé Vassallo. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. *História da sexualidade: o uso dos prazeres*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

FREUD, S. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1929.

GIANNOTTI, A. *Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas*. São Paulo: Lemos, 1996.

GRODDECK, G. W. *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. Tradução de Neusa Messias Soliz. São Paulo: Perspectiva, 1992.

LIPOWISKI, Z. J. What does the word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*, v. 46, n. 2, p. 153-171, 1984.

MELLO F. J. (Org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

OLIVEIRA, M. F. P.; ISMAEL, S. M. C. (Org.). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. Campinas: Papyrus, 1995.

RAMOS, D. G. *A psique do coração: uma leitura analítica do seu simbolismo*. São Paulo: Cultrix, 1990.

_____. *A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus, 1994.

REMEN, R. N. *O paciente como ser humano*. Tradução de Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1993.

ROMANO, B. W. *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1994.

SANTOS, F. J. B. Do coração: uma abordagem psicossomática. Disponível em: <<http://www.roadnet.com.br/seele/5santos.htm>>. Acesso em: 30 mar. 1998.

TURATO, E. R. *Infarto do miocárdio: histórias de vida e opiniões de pacientes*. 1988. 307 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas.