

OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO INDIVÍDUO COM DOENÇA CARDÍACA. ¹

Karoline Freitas Sathler Fraga²
Hila Martins Campos Faria³

RESUMO:

As doenças cardiovasculares representam um problema significativo de saúde e seu impacto é notado em toda a sociedade. A literatura aponta para uma possível relação dessas patologias com fatores sociais e emocionais. Objetivos: investigar a influência dos fatores psicossociais sobre o adoecimento cardíaco; analisar os aspectos simbólicos que envolvem o coração e compreender o espaço de atuação do Psicólogo neste contexto. Metodologia: revisão bibliográfica narrativa a partir da consulta à livros e artigos científicos que se relacionam ao tema proposto. Resultados: os fatores psicossociais podem tanto agravar como atenuar a maioria das patologias cardíacas. Dessa forma, a atuação do psicólogo é fundamental para um cuidado integral e efetivo do paciente cardiopata. Considerações finais: apesar de haver evidências da associação das patologias cardíacas com fatores psicossociais, há a necessidade da realização de mais estudos longitudinais para compreender a natureza dessa relação e o impacto da terapia psicológica nestes pacientes a longo prazo.

Palavras-chave: Doenças cardíacas. Fatores psicossociais. Psicologia.

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF THE INDIVIDUAL WITH HEART DISEASE

ABSTRACT:

Cardiovascular diseases are a significant health problem and have an important impact within the whole society. The literature point towards a possible relationship between these pathologies and social and emotional factors. Goals: investigate the importance of the psychosocial factors on cardiac illness; analyse the symbolical aspects involving the heart image; and comprehend the psychologist role on that context. Methodology: a narrative review, by researching the proposed theme on books and journal articles. Results: the psychosocial factors can either exacerbate or attenuate most of the cardiac diseases. Thus the psychologist work is essencial for effective care of the patient with heart disease. Final considerations: despite having evidence on the association of cardiac illness and psychosocial factors, we need more longitudinal studies in order to understand the nature of this relationship and the impact of psychotherapy on these patients in a long-term basis.

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário UNIACADEMIA, na Linha de Pesquisa Psicologia e Saúde. Recebido em 09/06/2020 e aprovado, após reformulações, em 09/07/2020.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário UNIACADEMIA E-mail: karoline.sathler@hotmail.com

³ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário UNIACADEMIA. E-mail: hilafaria@cesjf.br

Keywords: Heart disease. Psychosocial factors. Psychology.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam um problema significativo de saúde, seu impacto é notado em nossa sociedade e no mundo. Segundo Aha (2015 apud KNEBEL; MARIN, 2018) essas doenças são responsáveis por 17,3 milhões de óbitos por ano, que pode chegar a 23,6 milhões até 2030. No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE e o Ministério da saúde em 2013, seis milhões de pessoas expuseram possuir parecer médico de alguma patologia cardíaca (PNS, 2014 apud KNEBEL; MARIN, 2018).

Além disso, em pessoas sem doença coronariana, o risco de desenvolvê-la ao longo de toda a vida foi ilustrado em uma pesquisa com 7733 pessoas dentro do *Framingham Heart Study*. Os participantes foram pessoas a partir dos 40 anos, previamente sem a doença. O risco de desenvolvimento da doença coronariana foi de 49% em homens e 32% em mulheres, e mesmo em pessoas com 70 anos sem a doença, o risco de desenvolvê-la foi de 35% em homens e 24% em mulheres. O mesmo achado foi reportado em uma metanálise de 18 coortes envolvendo mais de 250.000 homens e mulheres (LLOYD-JONES *et al.*, 1999).

De acordo com a OMS (2005 apud RAGOZINI, *et al.*, 2010) essas doenças recebem a influência de diversos fatores de risco. Os mais observados são: obesidade, hipertensão arterial sistêmica, aumento do colesterol, triglicérides, tabagismo, sedentarismo, além de fatores psicossociais, no qual se destaca o estresse emocional (GIANOTTI, 2002 apud RAGOZINI, 2010).

Assim, além das influências das emoções no desencadeamento das afecções cardíacas, estas, por sua vez, também exercem um forte impacto nos sentimentos e comportamentos humanos. As interações entre coração e emoção têm correspondentes bioquímicos bem determinados e são medidas principalmente pelo sistema simpático e parassimpático, além de hormônios que integram funções cerebrais, cardíacas e suprarrenais (OLIVEIRA; LUZ, 2010). Além disso, o comando

da vida física e a modulação do comportamento humano estão centralizados no cérebro, mas é o coração que simboliza os sentimentos humanos.

O coração, ao mesmo tempo em que tem uma importância vital, sendo responsável pela circulação sanguínea, é também, simbolicamente, o centro das emoções e do caráter do indivíduo, sendo assim, uma dualidade universal. Por isso, existe uma mitificação do coração por toda a sociedade, pois, o considera como fonte de vida e seu adoecimento é vivido como uma ameaça à integridade e à própria vida, gerando angústia e ansiedade. Percebe-se então, uma interferência real no emocional de um sujeito que adocece do coração, influenciada pela carga simbólica do mesmo (RAGOZINI, 2010).

Desse modo, o presente artigo se propõe a compreender como os fatores psicossociais que influenciam no adoecimento cardíaco. Tem-se ainda como objetivos analisar o simbolismo que esse órgão representa para o sujeito; compreender os fatores psíquicos que influenciam no surgimento e na evolução desse adoecimento; compreender os fatores sociais mais agravantes desta patologia; e compreender a atuação do psicólogo neste contexto.

O presente estudo tem como metodologia a revisão narrativa da literatura de caráter exploratório, que foram compostas basicamente, de análise de livros, artigos e revistas eletrônicas e/ou impressas nas bases de dados Scielo, Pubmed, Indexpsi, e no Portal de Periódicos Capes.

2 COMO OS FATORES PSÍQUICOS E EMOCIONAIS INFLUENCIAM NO SURGIMENTO E NA EVOLUÇÃO DA DOENÇA CARDÍACA

A representação de si mesmo que cada pessoa tem, está vinculada a sua imagem corporal. A situação de uma doença cardíaca ameaça o senso que o indivíduo tem de sentir-se íntegro e completo, pondo em risco a existência da pessoa. Quando se modifica o corpo, modifica também a identidade pessoal, gerando conflitos emocionais (ROMANO, 1994).

Conforme Campos (2010) as emoções, de alguma forma, refletem em nosso corpo. Se tratando do coração, fica mais evidente essa afirmação. Não há como negar que o coração acelera em determinadas situações emocionais e nem mesmo deixar

de atribuir alguma representação simbólica que é investido ao mesmo. A vida psíquica é composta por um acúmulo de experiências atuais e passadas, que são percebidas e registradas de maneira pessoal e singular de cada pessoa, em determinadas situações. Nossas motivações e interesses não se limitam ao consciente, mas se estendem ao inconsciente, então, a ação do psiquismo sobre o corpo manifestará algo muito subjetivo, ligado à história pessoal de cada indivíduo.

As emoções estabelecem uma classe de fenômenos que, sentidos como internos, ocasionam manifestações externas. Como ocorre com o amor, o medo e a raiva. Os estados emocionais tendem a exercer função adaptativa, sendo o sistema límbico o mediador desse processo (CAMPOS, 2010). O sistema sensorial do indivíduo, constantemente leva informações ao sistema nervoso central sobre o ambiente interno e externo. A parte que se destina a esse processo é o sistema límbico.

A resultante é o estado emocional, com seus componentes: subjetivo (sentimento), corporal (reações fisiológicas) e comportamental (ações motoras). Tal estado exerce uma função 'comunicativa' ou 'expressiva', na medida em que sinaliza qual emoção sente o indivíduo naquele momento, ao mesmo tempo que exerce uma função 'adaptativa' ou de 'enfrentamento' face à situação que desencadeou (CAMPOS, 2010, p.320).

Assim, a função primordial do processo emocional é a preservação e a autopreservação da espécie, então, tudo aquilo que ameaça essas funções gerará sensações desagradáveis e tudo aquilo que contribuía para essas funções gerará emoções prazerosas e agradáveis (MARINO JR, 1975 apud CAMPOS, 2010). A doença cardiovascular é uma quebra do equilíbrio biopsicossocial do indivíduo, e necessariamente remete o paciente à revisão de seus valores e ações, desencadeando mecanismos de resgate da condição humana e suas relações. Em consequência disso, determinados grupos de indivíduos podem apresentar uma pré disposição às desordens depressivas em consequência do ambiente, de padrões de atitudes e reações (ROMANO, 1994).

É através da psicossomática que se busca entender o processo de adoecer do ser humano, levando em conta o doente e não a doença. No decorrer de seu desenvolvimento o indivíduo constrói e estrutura formas de ser e reagir aos mais diversos estímulos do ambiente. Assim, situações que estilhaçam sua estrutura

familiar e social, privação de necessidades básicas, aposentadoria, separação entre outros, podem ser extremamente danosos à pessoa (RODRIGUES; FRANÇA, 2010).

A psique é uma elaboração imaginativa dos sentimentos e das funções somáticas, não se distinguindo da soma. Na fase inicial do desenvolvimento do sujeito, há um processo de construção onde soma e psique irão se transformar em um tecido de inter-relações mútuas, denominada de personalização. A personalização está estreitamente ligada ao processo de integração e realização, ou seja, pertence ao desenvolvimento do sentimento de que se está dentro do próprio corpo. Sendo assim, a localização do *self* do corpo é fruto de um processo de desenvolvimento sadio, sendo que “[...] os distúrbios neste processo se relacionam às futuras perturbações de tipo psicótico e também, de uma maneira particular, aos transtornos psicossomáticos [...]” (WINNICOTT, 1945 apud GURFINKEL, 1998, p.91).

Desde a infância, aprendemos a lidar com situações estressantes usando o próprio corpo, e assim, continuamos fazendo no decorrer da vida à medida que o mecanismo de defesa falhe. A criança detém uma habilidade limitada de comunicação e enfrentamento, por isso, ela depende totalmente de alguém, é através da figura materna que essa criança satisfaz as suas necessidades. Essas experiências vão sendo registradas através do aparelho psíquico à medida que essa criança tenha suas necessidades atendidas ou não, o que resultará um registro agradável e tranquilizador ou angustiante. Quando esse registro afetivo não é agradável, a criança tem uma dificuldade de elaborar essa angústia psiquicamente e recorrerá ao próprio corpo para expressá-la. Portanto, é natural que no decorrer da vida este indivíduo continue utilizando a somatização (MCDOUGALL, 1983 apud CAMPOS, 2010).

Algumas manifestações corporais expressam um discurso. É através do sintoma que o sujeito mantém o equilíbrio psíquico, evitando a invasão súbita da angústia. O fenômeno psicossomático surge onde não pode surgir a elaboração e formação psíquica, portanto, de sintomas mentais. Reforça-se a ideia de que o corpo biológico reage a determinado sofrimento psíquico (MCDOUGALL, 1983 apud SANTOS FILHO, 2010).

O sistema cardiovascular é fundamental para a manutenção do equilíbrio homeostático do organismo. Deduz-se então, a profunda sensibilidade que esse organismo apresenta a qualquer agente que possa colocar em risco esse equilíbrio. Quanto mais intenso e duradouro for o agente estressante, maior é sua repercussão

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 2 , n. 3, p. 184-207, jan./jun. 2020 – ISSN 2674-9483

no sistema cardiovascular. Por esse motivo, a criança vivencia situações estressantes e aprende a reagir somaticamente, podendo usar esse mecanismo no decorrer de sua vida. Ressalta que a existência de doenças no sistema cardiovascular pode ser causada por agentes orgânicos, mas podem ser aproveitadas para sinalizar conflitos psíquicos (CAMPOS, 2010).

As emoções negativas também podem influenciar tanto no risco como no prognóstico de pacientes com doença cardíaca por influenciar na adesão de comportamentos que são danosos à saúde, como o consumo de álcool, tabagismo, obesidade, diminuição da qualidade de sono, má alimentação e sedentarismo. (SIROIS; BURG, 2003 apud BONOMO; ARAUJO, 2009).

Por outro lado, as emoções positivas podem ter o potencial de reduzir efeitos do estresse sobre o sistema cardiovascular, mesmo com eventos de vida negativos que são inevitáveis. A atitude positiva e o otimismo podem fazer com que os eventos negativos sejam vivenciados com mais confiança de um futuro melhor. Por esse motivo, o estado emocional positivo que é gerado internamente modifica os efeitos adversos das emoções negativas que tiveram uma exposição prolongada (DANNER; SNOWDEN; FRIESEN, 2001; SWAN; CARMELLI, 1996 apud BONOMO; ARAUJO, 2009).

Nesse sentido, as emoções podem influenciar o surgimento de doenças específicas ou até mesmo ser a consequência de algumas doenças, influenciando assim o seu prognóstico. A relação entre saúde cardiovascular e emoção, é bidirecional, tendo seu efeito cumulativo no decorrer do tempo (KUBZANSKY; KAWACHI, 2000 apud BONOMO; ARAUJO, 2009).

Pensamentos e emoções positivas, assim como coesão social, aumentam a resiliência e influenciam as trajetórias de saúde nas doenças cardiovasculares. Em um estudo que utiliza dados do *Health and Retirement Study*, o otimismo parecia proteger contra a insuficiência cardíaca causada por evento coronariano (KIM; KUBZANSKY, 2014 apud FIORANELLI *et al.*, 2018). No entanto, diferenças étnicas nas respostas comportamentais positivas podem ser vistas em um estudo prospectivo do *Eastern Collaborative Group*, no qual a postura japonesa conhecida como *Spirit of Wa*, que integra o senso de comunidade, cooperação, organização social hierárquica, foi um fator protetor contra outros eventos cardíacos em homens japoneses

submetidos à angiografia coronária por doença arterial coronariana (HORI et al., 2015 apud FIORANELLI *et al.*, 2018).

A avaliação das estratégias de enfrentamento da linha de base em outra coorte de japoneses hipertensos de meia-idade, sem histórico de doença cardiovascular, demonstrou que esses indivíduos que apresentaram uma estratégia de enfrentamento adequada tinham uma maior probabilidade de ter uma incidência reduzida de acidente vascular encefálico e mortalidade por doença cardiovascular (SVENSSON *et al.*, 2016 apud FIORANELLI *et al.*, 2018). Nos países ocidentais, as evidências mostraram resultados semelhantes. Nos Estados Unidos, adultos sem doença cardiovascular que perceberam maior coesão social da vizinhança apresentaram uma probabilidade reduzida de infarto do miocárdio incidente ao longo de quatro anos (KIM; HAWES; SMITH, 2014 apud FIORANELLI *et al.*, 2018).

2.1 MORTE REAL X MORTE SIMBÓLICA

De acordo com um estudo de Brink *et al.* (2002 apud WOTTRICH, 2015) muitos pacientes tiveram dificuldade em articular seus sintomas com o diagnóstico de uma doença cardíaca. Diante disso, houve um atraso na procura de atendimento especializado, pois a percepção da doença ocorreu de forma limitada. Muitos destes pacientes relataram sentimento de espanto diante do diagnóstico, já que a ilusão de invulnerabilidade era muito presente. O contexto da doença traz para a vida do paciente um aspecto de fragilização. “[...], pois não coloca apenas a ameaça de morte real, mas também pode causar várias perdas que acarretam experiências de “mortes simbólicas” [...]” (D’AMATO, 2008 apud WOTTRICH, 2015, p. 214). Essas vivências estão relacionadas às perdas de autonomia, às restrições alimentares, desempenho da profissão e controle sobre situações, podendo gerar ansiedade, medo e raiva (CAMPOS, 1992; D’AMATO, 2008; apud WOTTRICH, 2015).

O medo da morte é inerente ao processo de desenvolvimento humano e está presente em todos. É um medo que ninguém fica imune. Este medo tem um lado vital e por isso necessita estar presente em certa medida. Ele é a demonstração do instinto de autoconservação, sendo uma forma de proteção à vida e uma possibilidade de se sobrepor aos instintos que são destrutivos (KOVÁCS, 1992).

Kovács (1992) sustenta que:

O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independente da idade, sexo, nível sócio-econômico e credo religioso. Apresenta-se com diversas facetas e é composto por várias dimensões (KOVÁCS, 1992, p.14).

A consciência da morte e da finitude do ser humano, provoca uma ferida narcísica aterrorizante. A falta de compreensão em relação à morte faz com que o ser humano sinta-se submisso a algo desconhecido, e isso é desesperador. “[...] Embora a morte física seja inevitável, ela pode ser adiada cada vez mais, e as demais podem ser combatidas. A humanidade tem demonstrado que possui recursos para isso [...]” (CASSORLA, 1992, p. 100).

Kovács (1992) escreve que a morte faz parte do desenvolvimento humano desde os primeiros anos de vida. Já nos primeiros meses a criança vive a ausência da mãe, sentindo que a mesma não é onipresente. Estas ausências são vividas como mortes, e a criança se percebe desamparada e só, já que não é capaz de sobreviver sem a mãe de maneira eficaz. Essa primeira impressão fica registrada e marca uma das representações mais fortes de todos os tempos “[...] que é a morte como ausência, perda, separação, e a conseqüente vivência de aniquilação e desamparo [...]” (KOVÁCS, 1992, p.3). Além disso, a experiência maternal acolhedora e receptiva, também é responsável por outra representação forte da morte, que a representa como figura maternal que acolhe e conforta.

Além disso, com o desenvolvimento do capitalismo, o corpo do ser humano passou a ser um instrumento para os meios de produção. “[...] Adoecer nesse contexto significa deixar de produzir, o que significa vergonha da inatividade que deve ser oculta do mundo social [...]” (PITTA, 1999 apud COMBINATO; QUEIROZ, 2006). Portanto, para a classe trabalhadora saúde tem um forte significado de produtividade, e a doença se torna uma ameaça à subsistência.

Por esse motivo, a doença é considerada um tipo de morte, nos tempos atuais, pois é vista como punição e fraqueza. A passagem de cada fase da vida, desde a infância até a velhice é caracterizada por um processo de morte simbólica/morte em vida, no momento em que se perdem características de uma fase para iniciar outra e assim, atingir uma nova etapa da vida (KOVÁCS, 1996 apud COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Diante disso, as intervenções cirúrgicas cardíacas surgem como uma tentativa de intervir no curso natural da doença prolongando a longevidade do paciente. Dessa forma, o paciente pré e pós-cirúrgico enfrenta uma ansiedade de morte e o medo da perda, “[...] a perda simboliza as relações familiares, o poder econômico e social, que agem como gatilho para ansiedade, medo, culpa ou raiva, dependendo da história e estilo de vida do paciente [...]” (OLIVEIRA; ISMAEL, 1995; RUSCHEL, 2006 apud GRISA; MONTEIRO, 2015, p. 113). Sendo assim,

Enfrentar uma patologia no coração traz consigo uma ansiedade de morte significativa, da qual emerge uma característica sensação de perda. Esta perda pode representar as relações ou o poder econômico e social, que agem como gatilho para angústia, temores e culpa, dependendo da história e características do paciente (RUSCHEL, 2006 apud GRISA; MONTEIRO, 2015, p.126).

Além disso, o estudo de Jurkiewicz e Romano (2009), que envolvia uma amostra de 44 pacientes internados por doença arterial coronariana entre 33 e 65 anos, demonstrou que, dentre eles, 65,9% apresentavam estado de luto, ou seja, estavam passando por vivência de perdas que ainda não tinham sido elaboradas de forma adequada. Sendo assim, a experiência de luto pode ser encarada como fator psicológico predisponente da doença arterial coronariana.

3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS AGRAVANTES DAS CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES

Há tempos a associação entre doenças cardiovasculares e depressão faz parte do conhecimento popular de forma amplamente intuitiva. Porém, apenas no final do século XX, com o avanço dos estudos científicos sobre o tema, esse conhecimento passou a influenciar a prática médica. Estudos de Mancini e Fráguas JR (2010) têm confirmado a ocorrência de depressão em diversas doenças cardiovasculares, tais como: arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca e doenças das artérias coronárias, assim como em outras situações associadas, como após cirurgia de revascularização do miocárdio e em indivíduos com algum fator de risco para a doença cardiovascular. Inúmeros mecanismos podem estar envolvidos nessas associações, como inflamação

e diminuição na variação da frequência cardíaca dos indivíduos que apresentam estar deprimidos (MANCINI; FRÁGUAS JR, 2010).

De acordo com a literatura médica, a maior ocorrência deve-se ao fato de que a depressão pode ser um fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de doenças cardiovasculares. “[...] O diagnóstico de depressão, feito por meio de critérios padronizados, foi prospectivamente associado a maiores índices de infarto do miocárdio, mortalidade por causas cardíacas, e re-hospitalização [...]” (MANCINI; FRÁGUAS JR, 2010, p.39). Sintomas depressivos mesmo na ausência de um diagnóstico propriamente dito de depressão foram relacionados a uma maior incidência de infarto do miocárdio, hipertensão arterial, eventos cardíacos, doença coronária e mortalidade geral (RUGULIES, 2002; ARIYO, 2000 apud MANCINI; FRÁGUAS JR, 2010).

A associação entre depressão e doenças cardiovasculares ocorre de forma complexa e por meio de diversos mecanismos, levando à maior gravidade de ambas, com redução significativa da qualidade de vida e maior risco de morte dos pacientes com as duas comorbidades. A grande parte das informações encontradas sugere uma pior evolução dos pacientes portadores de coronariopatia com depressão em relação aos não deprimidos (MANCINI; FRÁGUAS JR, 2010).

Por outro lado, um estudo da *INTERHEART* (2004) avaliou os fatores de risco que são associados ao infarto agudo do miocárdio em cinquenta e dois países, sendo um deles o Brasil, em aproximadamente 30.000 pessoas. Dentre os nove fatores de risco que foram associados ao infarto, o estresse e a depressão foram apontados como responsáveis pelo aumento do risco em 60% dos casos. O estudo também evidenciou que prevenir esses fatores reduz o impacto de 33% dos casos de infarto do miocárdio (YUSUF; HAWKEN; ÔUNPUU *et al.* apud PEREIRA; AVEZUM, 2010).

A avaliação do estudo INTERHEART na América Latina mostrou que o estresse permanentemente aumenta o risco de infarto em nossa região em 180%, sendo que a prevenção e o gerenciamento evitariam 28% de casos, significando redução de 80.000 casos de infarto do miocárdio por ano no Brasil (LANAS; AVEZUM; BAUTISTA *et al.* apud PEREIRA; AVEZUM, 2010, p. 74).

Além disso, Campos (2010), observa que o crescente agente estressante envolto na sociedade moderna tem aumentado em ritmo acelerado. As conseqüências dessa grande quantidade de estresse são o aumento de algumas doenças, dentre

elas, a coronariana. O estresse foi definido como uma resposta fisiológica do corpo frente a uma situação ameaçadora. Diante de um empecilho o sujeito reage, enfrenta ou foge. Tudo isso visando à adaptação da espécie. Para o indivíduo ser ou não estressado dependerá de sua história de vida. A fonte do estresse pode estar dentro ou fora de cada indivíduo. Quando a origem do estresse é o próprio indivíduo, a pressão interna é persistente e as mudanças corporais se tornam permanentes, ocasionando lesões em vários órgãos, inclusive no coração (PEREIRA; AVEZUM, 2010).

O estresse é um fenômeno psicobiológico complexo que é composto por três elementos: “[...] os estressores, as percepções e as reações emocionais [...] (SPIELBERGER, 1989; SAMULSKI, 2002 apud NASCIMENTO *et al.*, 2008)”. Quando o estressor é reconhecido, seja ele ameaça ou demanda, pode causar um efeito em cadeia com presença de tensão, agilidade, mudanças de humor, memória, atenção, processamento de informação, desempenho de tarefas motoras e capacidade de resolução de problemas. Quando muito intenso ou repetitivo, o estresse que deveria apoiar a reação de força e vigilância, pode ocasionar mudanças biológicas, incluindo alterações no sistema cardiovascular, digestivo, respiratórios, endócrinos, neurais e imunes. Seus efeitos podem causar danos diretos ou indiretos à saúde (BAUM; POSLUSZNY, 1999 apud NASCIMENTO *et al.*, 2008).

Classicamente, o estresse divide-se em três fases: alarme, resistência e exaustão. Na fase de alarme, o corpo reconhece o estressor e tenta enfrentá-lo. Nesse momento, essa reação é positiva, porque impulsiona o indivíduo a dar o melhor de si para enfrentar a situação, aumentando seu aprendizado. No caso da manutenção do fator de estresse, o organismo vai continuar tentando ajustar-se, ao mesmo tempo em que tenta recuperar o seu equilíbrio anterior – está é a fase de resistência. Quando a fonte estressora não cessa, o corpo entra em exaustão, não conseguindo nem se adaptar nem readquirir sua harmonia anterior, em permanente estado de tensão, já com sinais físicos e psicológicos de desgaste (PEREIRA; AVEZUM, 2010, p. 72).

Além disso, entre a fase de resistência e exaustão, Lipp (2003 apud NASCIMENTO *et al.* 2008) acrescenta a fase de quase-exaustão. Esta fase é caracterizada por uma perda de vigor onde a pessoa não consegue mais se adaptar ou resistir ao estresse, apesar disso, consegue realizar suas tarefas, mas com uma diferença de rendimento. É entendida tanto pela quantidade como pela intensidade dos sintomas. Os estímulos são capazes de romper com a homeostase, sejam eles

psicossociais ou por meio do ambiente físico, podendo ser classificados como agudos ou crônicos. Os crônicos ocorrem quando atuam diretamente sobre o organismo por um tempo prolongado de forma repetitiva ou contínua. Já os agudos ocorrem quando incidem bruscamente. (NAHAS, 2003 apud NASCIMENTO *et al.*, 2008).

Na exaustão, o organismo esgota completamente a sua reserva de energia adaptativa, onde ocorre uma intensificação do quadro clínico e grande sofrimento psíquico e físico. Como consequência surge o desenvolvimento de doenças graves e crônicas. Embora doente, o indivíduo consegue trabalhar e atuar até certo ponto na sociedade (LIPP, 2010 apud VASCONCELOS *et al.*, 2013). Como o indivíduo passa boa parte da sua vida no local de trabalho, esse ambiente corporativo acaba se tornando o maior vilão da saúde ocupacional e estresse laboral (ANDREWS, 2003; ROSSI; PERREWÉ; MEURS, 2011 apud VASCONCELOS *et al.*, 2013) As pressões que afetam o equilíbrio psíquico são derivadas da organização do trabalho e afetam diretamente a saúde física e psíquica, onde o sofrimento direto é consequência de estratégias desfavoráveis que afeta de forma geral a vida social do indivíduo (MERLO, 2002 apud VASCONCELOS *et al.*, 2013).

De acordo com a pesquisa de Andrade, Steckling e Silbveira (2002) que objetivou analisar o estresse emocional e estilo de vida de indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, 40% dos entrevistados consideraram o ambiente de trabalho ruim. A pressão, a instabilidade profissional e a competitividade do ambiente de trabalho foram marcantes na vida dos indivíduos, estimulando modificações importantes na rotina, principalmente no enfrentamento de situações estressantes. Durante a pesquisa, também foi evidenciado que fatores que envolvem o trabalho como responsabilidades, pressão, instabilidade e falta de reconhecimento provocaram tensão, ansiedade e até agressividade. Destaca-se que 28% apresentavam níveis muito altos de agressividade e 16% níveis extremos de agressividade.

Entretanto, o estresse não pode ser entendido como o único fator que desencadeia a doença, ele está ligado a um conjunto de comportamentos. Friedman e Rosenman (1959 apud PEREIRA; AVEZUM, 2010) expuseram um padrão comportamental definido como Tipo A, que consistia em um conjunto de atitudes comportamentais que influenciavam o aumento da doença arterial coronária.

As características gerais desse comportamento são: extrema ambição, competitividade, dificuldade para descontrair fora do ambiente de trabalho, impaciência, preferência por trabalhar só, agressividade, hostilidade, irritabilidade e imediatismo. Esses indivíduos possuem uma forte tendência a controlar situações, o que os levam a certa vulnerabilidade quando determinadas situações fogem do seu controle. Entretanto, apenas a hostilidade, e a raiva têm um potencial mais agravante para desencadear as respostas psicofisiológicas de estresse, predominantemente no sistema cardiovascular. No entanto, mais estudos longitudinais são necessários para elucidar essas relações (PEREIRA; AVEZUM, 2010).

Diante do exposto, o processo de saúde e doença pode ser entendido como um produto social entre o indivíduo e suas relações. “[...] As iniquidades em saúde originam-se dos determinantes sociais da saúde, como a educação e o trabalho, e também do estilo de vida da população, bem como o acesso aos cuidados de saúde [...]”. (DIDERICHSEN; ANDERSEN; MANUEL, 2012 apud LUNKES, 2018). Desse modo, o estado de saúde dos indivíduos está diretamente ligado ao acesso dos serviços de saúde e às condições em que essas pessoas nascem, crescem, vivem e trabalham. Nesse sentido,

As doenças cardiovasculares são mais prevalentes entre indivíduos com nível socioeconômico mais baixo, que por sua vez residem nas periferias das cidades, onde vão vivenciar cotidianamente deficiências nos serviços essenciais como educação, saúde e saneamento, o que também gera impacto negativo na saúde, pois características do território são condicionantes de comportamentos individuais (SOUZA *et al.*, 2013; MALTA *et al.*, 2014; BASTOS *et al.*, 2012; FERREIRA; LATORRE, 2012 apud LUNKES, 2018, p.56)

Ishitani *et al.* (2006) ressalta que existem poucos estudos que investigam a relação da desigualdade social com a mortalidade por doenças cardiovasculares. Por esse motivo, realizou um estudo ecológico com análise de macrorregiões do Brasil com a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, isquêmicas, cerebrovasculares e hipertensivas. Neste estudo, ficou evidente que a mortalidade por doenças cardiovasculares atinge especialmente as populações menos privilegiadas socioeconomicamente. Além disso, uma população com uma menor escolaridade, taxa de pobreza e uma pior condição de moradia também foram

associadas a esta taxa de mortalidade. Ressaltando que uma maior escolaridade também pode possibilitar uma melhor promoção de saúde.

4 INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

O processo de saúde e doença é entendido como um acontecimento coletivo, demonstrando a necessidade de uma atuação integrada e interdisciplinar. Nesse sentido, a “[...] visão biopsicossocial, influenciará a nova forma de atuação, enfatizando a melhoria de qualidade de vida no trabalho e o direito que todo cidadão tem de receber atenção e cuidados [...]” (GIOIA-MARTINS; ROCHA JÚNIOR, 2001, p.37), que garantam um atendimento global.

Com isso, o papel do psicólogo passou a ser pensando para acompanhar as modificações socioculturais e se adequar aos avanços científicos nacionais. Tentou-se aproximar teoria e prática de uma forma básica e generalista que integrasse as várias abordagens psicológicas, a fim de contribuir no desenvolvimento e postura crítica do aluno. Mudou-se a perspectiva do conhecimento de unidisciplinar para multidisciplinar. O social passou a ser incluído no currículo da graduação na tentativa de suprir uma abordagem centrada no indivíduo (CFP, 1994; FERREIRA NETO, 2004 apud ARCHANJO; SCHRAIBER, 2012).

4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA

Scilar (2007, p.30) sustenta que “[...] o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social [...]”. A Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2020, p.1) “[...] define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade [...]”. Segundo Sciar (2007) existe fatores que interferem sobre a saúde, são eles:

- a biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- o meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;

- o estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- a organização da assistência à saúde (SCLiar, 2007, p. 37).

Desse modo, o conceito de saúde vem sendo discutido como uma tentativa de dar uma maior eficiência às políticas e à assistência às populações, preocupando-se com as questões psicossociais que envolvem o processo de saúde-doença. A partir disso, tem-se o objetivo de promover uma reflexão a respeito do novo conceito de saúde e estratégias de assistência do mesmo, baseando-se, principalmente, no conceito de prevenção e promoção de saúde (RONZANI; RODRIGUES, 2006).

A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, que ocorreu no ano de 1978, tornou-se um marco na tentativa de promover a saúde de forma mais complexa e ampla (OMS, 1978 apud RONZANI; RODRIGUES, 2006). A partir desta conferência, foram discutidos parâmetros fundamentais da atenção primária à saúde (APS) como uma tática de assistência, fundamentando-se no conceito ampliado de saúde. “[...] A APS seria um nível importante não somente para a prevenção e a promoção da saúde, mas também como estratégia que objetiva o desenvolvimento socioeconômico dos países [...]” (STARFIELD, 2002 apud RONZANI; RODRIGUES, 2006, p.133).

Sendo assim, a partir da globalização se obtém uma vasta rede de telecomunicações e de informações. A saúde, que era um problema humano e existencial, passa a ser compartilhado por todos os segmentos dentro da sociedade. A saúde e a doença passam a envolver uma interação complexa entre “[...] aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e seus significados, exprimindo uma relação que perpassa o corpo individual e social, o ser humano enquanto ser total [...]” (GIOIA-MARTINS; ROCHA JÚNIOR, 2001, p.36). Dessa forma, elas têm uma carga histórica, política, ideológica e cultural.

A saúde é um fenômeno complexo que vai além do aspecto social e biológico, envolvendo aspectos culturais, comportamentais, estilo de vida, condições socioeconômicas e ambientais. Por esse motivo, intervenções que focam apenas no caráter curativo não dariam conta da necessidade da saúde populacional. Deste modo, para uma atenção integral às necessidades da população com mais eficiência e um menor custo, se faz necessário uma conformação do sistema de saúde, a fim de integrar ações curativas com preventivas e de promoção. Para isso o sistema de

saúde se divide em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Estes são organizados em redes integradas e articuladas, que visam um cuidado integral, contínuo e de qualidade. Todos eles são importantes e formam o sistema de saúde (HUPSEL; SCHNITMAN, 2017).

Esses níveis de atuação podem ser compreendidos da seguinte forma, atenção primária: refere-se à atenção básica, que é considerada a porta de entrada do sistema de saúde. É entendida como uma assistência à saúde ao alcance de todos, devendo propor serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação. Inclui ainda ações de educação e promoção em saúde. Atenção secundária: compreende os serviços especializados em saúde que buscam atender os principais problemas com procedimentos de média complexidade, visando à continuidade da atenção primária. Atenção terciária: lida com a doença já instalada, também de modo remediativo, refere-se à alta complexidade utilizando tecnologias avançadas. Alguns autores acrescentam, ainda, a atenção quaternária, relacionada a transplantes e procedimentos de tecnologia muito avançada. Que visa atenuar ou evitar as consequências do intervencionismo médico em excesso ou desnecessário (HUPSEL; SCHNITMAN, 2017) (NORMAN; TESSER, 2009).

Dessa maneira, a promoção de saúde tem como principal objetivo fortalecer as potencialidades do indivíduo e do coletivo para que estes sejam capazes de lidar com a pluralidade de determinantes da saúde, a fim de tomar decisões que sejam adequadas à coordenação dela. Tais como: elaboração de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde nos mais diferentes espaços, reforço de ações comunitárias a partir da participação social e reorientação dos serviços de saúde reforçando a responsabilidade entre indivíduos, profissionais, comunidade e governo (CARTA DE OTTAWA, 1986; WESTPHAL, 2009 apud HUPSEL; SCHNITMAN, 2017).

A prevenção por sua vez, corresponde às ações orientadas que detectam, controla e enfraquece os fatores de risco que levam ao surgimento da doença, “[...] contribuindo para a redução da incidência e prevalência na população [...]” (BRASIL, 2007 apud HUPSEL; SCHNITMAN, 2017, p. 41). Sendo assim, há três níveis de prevenção:

Prevenção primária: caracterizada por ações que antecedem a ocorrência da doença, buscando realizar o monitoramento dos fatores de riscos;
Prevenção secundária: objetiva a detecção precoce das enfermidades para que haja o início imediato do tratamento, impedindo a evolução da doença e possíveis complicações;
Prevenção terciária: atua no tratamento e controle da doença instalada, visando à reabilitação do indivíduo e redução das sequelas (HUPSEL; SCHNITMAN, 2017, p. 42).

Portanto, a base da prevenção é a compreensão dos fatores que determinam a doença e a sua incidência na população. Com isso, busca-se promover a saúde individual por meio de ações coletivas para uma mudança de hábito. Promoção e prevenção são igualmente importantes e complementares para práticas de cuidado em saúde. Desse modo, estratégias psicológicas de prevenção e reabilitação cardíaca vêm sendo cada vez mais pesquisadas. Essas ações tendem a causar um equilíbrio físico e mental, portanto, acabam diminuindo a vulnerabilidade cardíaca do indivíduo (BRASIL, 2007; BURD, 2004; CZERESNIA; FREITAS, 2003; GUERRA, 2004; MELLO FILHO; MCLNTYRE; FERNANDES; ARAÚJO-SOARES, 2000 apud HUPSEL; SCHNITMAN, 2017).

4.1.1 O papel do psicólogo

O comportamento e o estilo de vida dos indivíduos têm demonstrado um impacto significativo no surgimento e agravamento das doenças. Alguns comportamentos ajudam na promoção e na manutenção da saúde, que geralmente são desenvolvidos na infância e na adolescência, tais como: hábitos saudáveis de alimentação e a prática de atividades físicas. Como os psicólogos são especializados em comportamento e saúde mental, os mesmos têm desenvolvido e ampliado programas que aumentam a frequência de comportamentos saudáveis. (MIYAZAKI; DOMINGOS; CABALLO, 2001 apud ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Por esse motivo as instituições de saúde no Brasil compõem um novo campo de atuação para os psicólogos. Apesar da Psicologia da Saúde ser uma área recente, que foi desenvolvida principalmente a partir da década de 70, ela demonstra um crescente interesse e necessidade de entender o processo de saúde/doença numa dimensão psicossocial de intervir e compreender os contextos do indivíduo ou grupos,

que são expostos a diferentes condições de saúde (MIYAZAKI; DOMINGOS; CABALLO, 2001 apud ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Diante disso, o trabalho do psicólogo refere-se, essencialmente, ao restabelecimento do estado de saúde do indivíduo, ou o controle dos sintomas que prejudicam o seu bem estar. Como a doença é um momento de crise que implica em um desajuste do indivíduo, as relações normais consigo e com o mundo são rompidas. Buscar o equilíbrio e reintegração deste indivíduo em seu contexto psicossociocultural é o principal objetivo desse profissional (CASTRO; BORNHOLDT, 2016; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2006 apud HUPSEL;SCHNITMAN, 2017).

Em vista disso, Pugliese *et al.* (2007) realizou uma pesquisa que buscou avaliar a eficácia de um programa que promovia mudanças no estilo de vida por meio de intervenção psicológica aliada a um tratamento farmacológico. O resultado da pesquisa demonstrou uma redução de risco coronariano em 27%. Porém elucidou, que mais pesquisas com diferentes grupos devem ter um maior aprofundamento para compreender as estratégias terapêuticas que devem ser aplicadas a diferentes grupos.

Simonetti (2013) assevera que para identificar uma situação específica da atuação no contexto hospitalar, deve-se realizar a investigação diagnóstica que foi distribuída em quatro eixos. O autor afirma que através desses eixos é possível entender como o paciente reage a doença, sua condição clínica, os aspectos psicológicos, culturais, sociais e as relações que foram estabelecidas a partir do adoecimento. Esses eixos foram nomeados da seguinte forma: diagnóstico relacional (eixo 1), médico (eixo 2), situacional (eixo 3) e transferencial (eixo 4). A partir dessa investigação que já possui um efeito terapêutico, o profissional possuirá um mapa da doença e assim realizará uma intervenção que seja adequada, eficaz e integrada.

Além disso, Romano (1999 apud HUPSEL; SCHNITMAN, 2017) separa em três níveis a atuação do profissional: “[...] psicopedagógico, psicoprofilático e psicoterapêutico, sendo que estes se mesclam durante as ações [...]” (ROMANO, 1999 apud HUPSEL; SCHNITMAN, 2017, p. 141). O psicopedagógico refere-se a uma intervenção educativa, focalizando o fornecimento de informações podendo ter uma função redutora de estresse. Tornando essas informações eficazes, potentes e simples levando em consideração as características do interlocutor, contribui para uma aprendizagem mais eficaz. Já o psicoprofilático, trata-se de uma intervenção

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 2 , n. 3, p. 184-207, jan./jun. 2020 – ISSN 2674-9483

com caráter preventivo, que visa evitar que a circunstância da doença exerça algum dano no psiquismo do indivíduo. E o psicoterapêutico é o que menos gera dúvidas, pois o psicólogo já está com esse nível de atuação bem estabelecido. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar ocorre junto à equipe multiprofissional, em locais de atendimento/setting hospitalar, ambulatório, emergência ou pronto-socorro, unidade de internação ou enfermaria e unidade de terapia intensiva. As modalidades de atendimento individual, familiar e grupal.

Desse modo, a psicoeducação é uma ferramenta psicoterapêutica com caráter educativo para pacientes e cuidadores que tem como objetivo ensinar sobre a doença seja ela física ou mental, envolvendo informações sobre tratamento, etiologia, prognóstico, permitindo assim, uma melhor prevenção, promoção e educação em saúde. Além disso, promove estratégias de enfrentamento, fortalecimento e adaptação a cerca do adoecimento (BHATTACHARJEE *et al.*, 2011 apud LEMES; ONDERE NETO, 2017).

De acordo com Marco e Cavasini (2010) é de extrema importância educar os profissionais de saúde através da psicoeducação, principalmente os que atuam na atenção primária, para o reconhecimento e manejo destes pacientes. A educação é um elemento importante para o manejo e prevenção da doença cardíaca e tem um impacto significativo nos pacientes e profissionais. É fundamental o investimento em programas de informação e sensibilização de toda a população, no sentido de aprofundar o conhecimento acerca das doenças do sistema cardiovascular. É necessário considerar o papel do psicólogo com indivíduos com doenças cardíacas, pois, ele deve trabalhar as fantasias e sentimentos do paciente que se relacionam com o processo de adoecimento, ajudando a retomar suas atividades diárias para que ele se readapte à sua vida (RAGOZINI, *et al.*, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão atual da doença cardíaca coronária mudou profundamente. Nos últimos anos, a depressão crônica classificou-se entre os fatores de risco cardiovasculares mais importantes para o mau prognóstico em pacientes com infarto do miocárdio. A compreensão atual da regulação central e autonômica das funções cardíacas, isto é, o eixo neurocardíaco, fornece uma explicação fisiológica que vincula estressores

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 2 , n. 3, p. 184-207, jan./jun. 2020 – ISSN 2674-9483

psicoemocionais e adversidades sociais a eventos cardíacos. Sendo assim, o sofrimento psicológico pode afetar a função cardíaca (FIORANELLI *et al.*, 2018).

Além disso, há evidências de estudos clínicos de que o estresse pode contribuir para o risco de doença cardiovascular em diferentes estágios, incluindo o desenvolvimento a longo prazo de aterosclerose e eventos cardíacos agudos. O gerenciamento do estresse tem demonstrado um impacto significativo na saúde cardiovascular. Entretanto, deve-se levar em consideração outras modificações no estilo de vida do indivíduo que pode ocorrer ao mesmo tempo (STEPTONE; KIVIMÄKI, 2012).

Dado o exposto, é notório que os fatores psicossociais influenciam diretamente o adoecimento cardíaco. Espera-se que essa pesquisa possa ampliar o olhar dos profissionais sobre o paciente cardíaco no sentido de possibilitar um cuidado integral a partir do reconhecimento da influência dos fatores psicossociais no adoecimento. Ressalta-se que estes fatores devem ser objeto de atenção e intervenção de todos os profissionais de saúde, e não apenas do psicólogo, tendo em vista um cuidado verdadeiramente integral e efetivo. Desse modo, essa pesquisa pode propiciar uma melhoria da qualidade da assistência prestada a esses pacientes além do reconhecimento da importância do psicólogo como integrante das equipes multiprofissionais de saúde. No entanto, mais estudos são necessários para explorar o impacto da terapia psicológica nos pacientes cardíacos e a influência dos fatores psicossociais nesse adoecimento a longo prazo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. E. N.. A prática da psicologia da saúde. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-202, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2020.

ANDRADE, A.; STECKLING, E.; SILVEIRA, C.C. Aspectos Psicossociais, Estresse e Estilo de Vida em Portadores de Doença Cardiovascular. **Revista Linhas do Programa de Mestrado em Educação e Cultura**, Florianópolis, v. 4, n. 4, p. 07-27, jul. 2002. Disponível em: <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1275>>. Acesso em: 12 de maio de 2020.

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 2, n. 3, p. 184-207, jan./jun. 2020 – ISSN 2674-9483

ARCHANJO, A. M.; SCHRAIBER, L. B.. A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 21, n. 2, p. 351-363, Junho 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2020.

BONOMO, A. M. S.; ARAUJO, T. C. C. F.. Psicologia aplicada à cardiologia: um estudo sobre emoções relatadas em exame de holter. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília , v. 25, n. 1, p. 65-74, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2020.

CAMPOS, E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia: mecanismos de somatização e meios de reagir ao estresse. *In*: MELLO FILHO, Julio de Mello; BURD, Miriam. (Orgs.), **Psicossomática hoje** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CASSORLA, R. M. S. Reflexões sobre a psicanálise e a morte *IN*: KOVÁCS, M. J.(Orgs.), **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 1992.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de psicologia**, Natal , v. 11, n. 2, p. 209-216, Ago. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2020.

FIORANELLI, Massimo; BOTTACCIOLI, A. G.; BOTTACCIOLI, F.; BIANCHI, M.; ROVESTI M.; ROCCIA, M. G. Stress and Inflammation in Coronary Artery Disease: A Review PsychoneuroendocrineimmunologyBased. **Frontiers Immunology** v.9:2031. sep 2018. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30237802>>. Access on: 12 May 2020.

GIOIA-MARTINS, D.; ROCHA JÚNIOR, A.. Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma?. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.3 n.1, 35-42. 2001. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1098>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

GRISA, G. H.; MONTEIRO, J. K. Aspectos emocionais do paciente cardíaco cirúrgico no período pré-operatório. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de fora , v. 8, n. 1, p. 111-130, jun. 2015 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2020.

GURFINKEL, D. Psicanálise e Psicossoma: notas a partir do pensamento de Winnicott. *IN*: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (Orgs.), **Psicossoma II Psicossomática Psicanalítica** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

HUPSEL, T. M.; SCHNITMAN, L.V. **Psicologia da saúde: da atenção primária à atenção hospitalar**. Salvador: Sanar, 2017.

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 2 , n. 3, p. 184-207, jan./jun. 2020 – ISSN 2674-9483

ISHITANI, L. H.; FRANCO, G. D. C.; PERPETUO, I. H. O.; FRANCA, E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 684-691, ago. 2006 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio 2020.

JURKIEWICZ, R.; ROMANO, B. W. Doença arterial coronariana e vivência de perdas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo , v. 93, n. 4, p. 352-359, out. 2009 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001000007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun 2020.

KNEBEL, I. L.; MARIN, A. H. Fatores psicossociais associados à doença cardíaca e manejo clínico psicológico: percepção de psicólogos e pacientes. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Jan./Jun 2018. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n1/v21n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

KOVÁCS, Maria Júlia. Medo da morte. *IN*: KOVÁCS, M. J.(Orgs.), **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 1992.

KOVÁCS, Maria Júlia. Representações da morte. *IN*: KOVÁCS, M. J.(Orgs.), **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 1992.

LEMES, C. B.; ONDERE NETO, J. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**. v. 25. n. 1. Ribeirão Preto. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X201700010002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 04 jun. 2020.

LUNKES, L.C.; MURGAS, L.D.S.; DORNELES, E.M.S.; ROCHA, C.M.R.M.; MACHADO, G.J. Fatores socioeconômicos relacionados às doenças cardiovasculares: uma revisão. **Hygeia**, Uberlândia, 14(28):50-61, 2018. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/40663/22438>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

LLOYD-JONES, D.M.; LARSON, M.G., BEISER, A., LEVY, D. Lifetime risk of developing coronary heart disease. **Lancet**, Inglaterra, 1999; 353:89. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10023892/>> Acesso em: 26 jun 2020.

MANCINI, R. L.; FRÁGUAS JÚNIOR, R. Depressão, Raiva, Hostilidade e Coração. *IN*: KNOBEL, E.; SILVA, A. L. M.; ANDREOLI, P. B. A. (Orgs.), **Coração... É emoção – A influência das emoções sobre o coração** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

MARCO, M. A.; CAVASINI, S. M. A influência do Acesso à informação na evolução das doenças cardíacas. *IN*: KNOBEL, E.; SILVA, A. L. M.; ANDREOLI, P. B. A.

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 2 , n. 3, p. 184-207, jan./jun. 2020 – ISSN 2674-9483

(Orgs.), **Coração... É emoção – A influência das emoções sobre o coração 2.** ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

NASCIMENTO, M.C.; ANDRADE, A.; SILVA, O.M.P.; NASCIMENTO, J.F.M. Estresse laboral e gênero enquanto fatores associados ao risco de doenças cardiovasculares. **Salusvita**, Bauru, ;08;27(3):383-97, 2008. Disponível em: <https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v27_n3_2008_art_06.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D.. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 maio 2020.

OLIVEIRA, M. F. P.; LUZ, P. L. O impacto emocional da cirurgia cardíaca. *IN*: FILHO, Julio de Mello; BURD, Miriam. (Orgs.), **Psicossomática hoje 2.** ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Organização Pan-Americana da saúde, Organização Mundial da Saúde. **Indicadores de saúde: Elementos conceituais e práticos 2020.** Disponível em:<https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2020.

PEREIRA, Ana Augusta Maria; AVEZUM, Álvaro. cap: Estresse e doenças do coração. *IN*: KNOBEL, E.; SILVA, A. L. M.; ANDREOLI, P. B. A. (Orgs.), **Coração... É emoção – A influência das emoções sobre o coração 2.** ed. São Paulo: Atheneu,2010.

PUGLIESE, R.; ZANELLA, M.T.; BLAY, S.L.; PLAVINIK, F.; ANDRADE, M.A.; GALVÃO, R. Eficácia de uma intervenção psicológica no estilo de vida para redução do risco coronariano. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo , v. 89, n. 4, p. 225-230, out. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2020.

RAGOZINI, C. A.; ALMEIDA, C. P.; PEREIRA, J. A.; BARBOSA, L. N. F. A atuação da psicologia clínica hospitalar em cardiologia. *IN*: ISMAEL, S. M. C. **A prática psicológica e sua interface com as doenças.** Itatiba, SP: Capasi, 2010.

RODRIGUES, A. L.; FRANÇA, A. C. L. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho *IN*: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.), **Psicossomática hoje 2.** ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ROMANO, B. W. Síndromes Depressivas e sua Relação com a Cirurgia Cardíaca. *IN*: ROMANO, B. W. (Org.) **A prática da psicologia nos hospitais.** São Paulo, SP: Pioneira, 1994.

ROMANO, B. W. Por que Considerar os Aspectos Psicológicos na Cirurgia da Revascularização do Miocárdio. *IN: ROMANO, B. W. (Org.) A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo, SP: Pioneira, 1994.

RONZANI, T. M.; RODRIGUES, M. C. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 132-143, mar. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2020.

SANTOS FILHO, O. C. Psicoterapia Psicanalítica do Paciente Somático. *IN: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.), Psicossomática hoje* 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SCLIAR, M.. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2020.

SIMONETTI, Alfred. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. 7° ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

STEPTONE, A.; KIVIMÄKI, M. Stress and cardiovascular disease. **Nature Reviews Cardiology**, London, v.9, jun. 2012. Available from: <<https://www.nature.com/articles/nrcardio.2012.45>>. Access on: 12 May 2020.

VASCONCELOS, C.R.D.; OLIVEIRA, E.M.D.; DUTRA, D.D.A.; OSELAME, G.B. O Estresse e as cardiopatias como fatores impeditivos da saúde do trabalhador. **Saúde e Desenvolvimento**. v.3, n.2, 2013. Disponível em <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/184>>. Acesso em 14 de Maio 2020.

WOTTRICH, S. H.; QUINTANA, A. M.; CAMARGO, V.P.; BECK, C.L.C. “Manifestos do Coração”: Significados Atribuídos à Doença por Pacientes Cardíacos Pré-cirúrgicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 213-219, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722015000200213&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2020.