RENATA LIBANORI ALEIXO DE BARROS E SILVA

Efeito da psicoterapia de base psicossomática psicanalítica em pacientes com síncope vasovagal recorrente: um estudo randomizado

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Doutora em Ciências.

Programa de Cardiologia
Orientadora: Profa. Dra. Denise Tessariol Hachul

(Versão Corrigida Conforme Resolução CoPGr6018/11, de 1 de novembro de 2011.
A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Barros e Silva, Renata Libanori Aleixo de
Efeito da psicoterapia de base psicossomática psicanalítica em pacientes com síncope vasovagal recorrente : um estudo randomizado / Renata Libanori Aleixo de Barros e Silva. -- São Paulo, 2021.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Cardiologia.
Orientadora: Denise Tessariol Hachul.

Descritores: 1.Síncope vasovagal 2.Qualidade de vida 3.Psicoterapia 4.Psicanálise 5.Terapia psicanalítica 6.Trauma psicológico

USP/FM/DBD-367/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Necessitamos um do outro, para sermos nós mesmos.

(Santo Agostinho)

Dedicatória

A Deus, por me capacitar em cada desafio, por me guiar em toda direção e por me abençoar com mais uma conquista.

Ao meu esposo Pedro, companheiro de vida, que acredita nos meus sonhos.

Aos meus filhos, Mateus e Pedro, maiores motivações da minha existência.

À minha mãe, Rosangela, que, seguramente, me criou com princípios e valores fundamentais para meu crescimento pessoal.

Aos meus avós, grandes exemplos de caráter e honestidade.

Aos amigos e familiares que me apoiaram.

Agradecimentos

À Profa. Dra. Denise Hachul, que orientou a presente tese de forma sensível e atenciosa. Seus valiosos ensinamentos, bem como sua valorização do tema, foram determinantes para a realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Rubens Volich, que, mediante um vasto conhecimento da Psicossomática Psicanalítica, contribuiu significativamente para o desenvolvimento do conteúdo atual.

À Profa. Dra. Bellkiss W. Romano, que, por meio de sua admirável competência, inspirou minha trajetória profissional. Seu incentivo foi fundamental para a idealização deste projeto.

Aos pacientes que participaram deste estudo, que foram imprescindíveis para sua realização.

Aos profissionais do Ambulatório da Unidade de Arritmia a e do Serviço de Psicologia do InCor, que cooperaram gentilmente com a logística das sessões de psicoterapia semanais na instituição.

Aos docentes do InCor e do Instituto de Psicologia da USP, que no decurso de suas disciplinas, colaboraram para a ampliação de meus conhecimentos.

À equipe da Pós-Graduação em Cardiologia, pelas orientações e pela paciência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), pelo apoio financeiro concedido durante todos os anos deste trabalho.

Às especializações em Psicologia Clínica Hospitalar em Cardiologia (InCor-HCFMUSP) e Psicossomática Psicanalítica do Sedes Sapientiae, áreas da psicologia com as quais me identifiquei e que motivaram o direcionamento da minha atuação profissional.

Ao meu primo Venicius, que assumiu o papel de um pai ao me apoiar e me ajudar a embarcar nessa grande viagem de conhecimentos.

Às minhas funcionárias, Adriana e Lúcia, que não mediram esforços ao cuidarem carinhosamente dos meus filhos e da minha casa durante minha ausência.

Normalização

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de Ilustrações x
Resumo xi
Abstract xiii
1 INTRODUÇÃO 1
1.1 Teoria Psicossomática Psicanalítica 3
1.1.1 Histórico e contribuições da Psicossomática Psicanalítica para a somatização 3
1.1.2 Origem das manifestações somáticas 4
1.1.3 Tratamento psicoterápico 8
1.2 Definição e classificação de síncope 10
1.2.1 Síncope 10
1.2.2 Diagnóstico diferencial 11
1.2.3 Pré-síncope 11
1.2.4 Classificação 11
1.3 Relevância epidemiológica da síncope 13
1.4 Qualidade de vida dos pacientes com síncope 15
1.5 Perspectiva psicossomática da síncope vasovagal 16
1.6 Justificativa 18
1.7 Objetivos e Hipóteses 19
2 MÉTODOS 20
2.1 Delineamento do estudo 21
2.2 Randomização 21
2.3 População do estudo / Critérios de elegibilidade 21
2.4 Intervenção do estudo 22
2.5 Desfechos e Variáveis de Interesse do Estudo 22
2.6 Análise dos resultados 23
2.7 Cálculo amostral 25
2.8 Aspectos éticos 26

3 RESULTADOS 27
3.1 Rastreamento 28
3.2 Intervenção 29
3.3 Características basais 30
3.4 Análise comparativa do número de sincopes vasovagais e pré-síncopes durante o ano de acompanhamento em comparação ao ano anterior 31
3.5 Efeito da psicoterapia na qualidade de vida dos pacientes 33
3.6 A classificação psicossomática - processos psíquicos envolvidos em situações de adoecimento 35
4 DISCUSSÃO 37
4.1 Redução dos eventos de síncope vasovagal e qualidade de vida 38
4.2 Modalidades complementares de psicoterapia 42
4.3 Respostas autonômicas e traumas 44
4.4 Organização Psicossomática 48
4.5 Investigação Psicossomática 49
4.6 Adesão e Intervenção psicológica 53
4.3 Considerações Finais 57
4.4 Limitações 57
5 REFERÊNCIAS 59
6 ANEXOS 68

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de síncope 12

Quadro 2 - Descrição do teste de inclinação ortostática (tilt table test)..... 15

Figura 1 - Fluxograma 29

Gráfico 1 - Comparação da taxa de eventos na linha de base, 6 meses e 12 meses 32

Gráfico 1A. Taxa de eventos de síncope (por ano) 32

Gráfico 1B. Taxa de eventos de pré-síncope (por mês) 32

Gráfico 2 - Comparação da média do SF-36 na linha de base, 6 meses e 12 meses 34

Tabela 1 - Características basais dos pacientes..... 30

Tabela 2 - Comparação entre a média do número de síncopes e pré-síncopes no ano antecedente ao grupo psicoterapêutico *versus* durante o grupo psicoterapêutico 31

Tabela 3 - Efeito da psicoterapia na qualidade de vida dos pacientes..... 33

Tabela 4 - Principais modos de funcionamento dos pacientes a partir da classificação psicossomática IPSO-Marty..... 35

Tabela 5 - Experiências traumáticas detectadas na psicoterapia 36

Resumo

Barros e Silva RLA. *Efeito da psicoterapia de base psicossomática psicanalítica em pacientes com síncope vasovagal recorrente:* um estudo randomizado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2021.

Introdução: A síncope vasovagal recorrente, embora apresente prognóstico benigno em termos de sobrevida, está associada a importante comprometimento da qualidade de vida, especialmente nos quadros refratários. Reações a antecedentes de perda podem influenciar na recorrência dos episódios sincopais e no grau de comprometimento social dos pacientes. **Objetivos:** 1) Comparar o número de síncopes e pré-síncopes entre o grupo no qual se acrescentou, ao tratamento médico habitual, sessões semanais de psicoterapia e o grupo que seguiu o cuidado médico convencional de forma isolada. 2) Avaliar o efeito da psicoterapia na economia psicossomática e na qualidade de vida dos pacientes com síncopes vasovagais recorrentes. 3) Analisar os processos psicossomáticos envolvidos em situações de adoecimento por síncope vasovagal e estabelecer possíveis relações entre a eclosão da doença e vivências anteriores de traumas, focando em prováveis somatizações. **Métodos:** Foi realizado um ensaio clínico controlado randomizado, envolvendo 10 pacientes com síncope vasovagal refratária. Doenças cardíacas e intervenções psiquiátricas e psicoterapêuticas em curso foram critérios de exclusão. Após a randomização, metade dos pacientes foi submetida a sessões semanais de psicoterapia durante um ano, embasada na linha teórica da Psicossomática Psicanalítica, e todos os pacientes (grupo controle e intervenção) continuaram com tratamento assistencial padrão. A recorrência, o número de síncopes/pré-síncopes e a qualidade de vida (SF-36) foram avaliados no contato inicial e aos 6 e 12 meses após a inclusão. **Resultados:** Dentre os 10 pacientes incluídos, 80% eram do sexo feminino e a idade média de 48,8 (± 11,4) anos. A frequência média de eventos sincopais era de um episódio de pré-síncope por semana e quatro síncopes ao ano. Todos apresentavam *tilt test* positivo, sendo 80% com resposta vasovagal mista. A análise da recorrência de eventos e QV não mostrou diferença relevante no grupo controle, mas no grupo de intervenção houve redução significativa na frequência de pré-síncopes por mês (5,7 ± 1,4 x 1,7 ± 1,0; $P < 0,01$) e na frequência de síncopes em um ano (4,6 ± 0,9 x 1,0 ± 0,7; $P < 0,01$). Houve também uma melhora considerável na avaliação geral da QV (44,1 ± 10,0 vs. 70,3 ± 10,3; $P < 0,01$). Ao comparar ambos os grupos em um ano, houve significativamente menos síncopes e pré-síncopes e melhor qualidade de vida no grupo de intervenção. Em relação aos fatores psíquicos que precedem o diagnóstico de síncope vasovagal, foram identificadas experiências traumáticas. **Conclusões:** Pacientes com SVV

refratária submetidos à intervenção psicoterápica apresentaram menor recorrência de episódios e melhora na qualidade de vida, com mudança favorável na maneira de lidar com as situações de perdas.

Palavras-chaves: Síncope vasovagal; Qualidade de vida; Psicoterapia; Psicanálise; Terapia psicanalítica; Trauma psicológico.

Abstract

Barros e Silva RLA. *Effect of psychoanalytic psychosomatic in patients with recurrent vasovagal syncope: a randomized study* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”, 2021.

Introduction: Although recurrent vasovagal syncope has a benign prognosis in terms of survival, it is associated with a significant impairment of quality of life, especially in refractory conditions. Reactions to previous traumatic conditions can influence the recurrence of syncopal episodes and the social impairment of these patients. **Objectives:** 1) To compare the number of syncope and near-syncope events between the group submitted to weekly sessions of psychotherapeutic intervention in addition to conventional medical therapy and the control group, that followed the standard of care alone. 2) To evaluate the effect of psychotherapy on psychosomatic economy and quality of life in patients with recurrent vasovagal syncope. 3) To analyse the psychosomatic processes involved in situations of illness due to vasovagal syncope and establish possible relationships between the onset of the disease and previous experiences of trauma, focusing on probable somatization **Methods:** A randomized controlled clinical trial involving 10 patients with refractory vasovagal syncope was performed. Heart disease and ongoing psychiatric and psychotherapeutic interventions were exclusion criteria. After randomization, half of the patients underwent weekly sessions of psychotherapy based on the theoretical line of Psychoanalytic Psychosomatics for one year and all patients (control and intervention group) continued with standard care treatment. Recurrence, number of syncope/near-syncope and quality of life (SF-36) were assessed at baseline, 6 and 12 months after inclusion. **Results:** Among the 10 patients included, 70% were female, with a mean age of 47.4 ± 11.1 years. The average frequency of syncope events was approximately one presyncope per week and four episodes of syncope per year. All had a positive tilt test, 80% with mixed vasovagal response. The analysis of recurrence of events and QoL did not show any significant change in the control group, but in the intervention group there was a significant reduction in the frequency of presyncope per month (5.7 ± 1.4 x 1.7 ± 1.0; $P < 0.01$) and the frequency of syncope in one year (4.6 ± 0.9 x 1.0 ± 0.7; $P < 0.01$). There was also a considerable improvement in the overall assessment of QoL (44.1 ± 10.0 vs. 70.3 ± 10.3, $P < 0.01$). Comparing both groups after one year of follow-up, there were significantly less syncope and near syncope events and better QoL in the intervention group. Regarding the psychic factors that precede the diagnosis of vasovagal syncope, traumatic experiences were identified. **Conclusion:** Patients undergoing psychotherapeutic intervention had less recurrence of episodes of syncope and near-syncope and improved quality of life, with a favourable change in the way they deal with previous traumatic events.

Descriptors: Syncope vasovagal; Quality of life; Psychoterapy; Psychoanalysis; Psichoanalytic therapy; Psychological trauma.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

Os estudos sobre a integração mente-corpo têm sido realizados em diversas áreas da saúde. Nesta perspectiva, foi possível conhecer diferentes relações entre o funcionamento mental e manifestações somáticas de sofrimento. Segundo Marty [1, 2], a doença somática é resultado da dificuldade de organização da economia psicossomática [*] de um indivíduo para lidar com a dor psíquica advinda de perda, luto ou de algo interno que faz transbordar o aparelho psíquico. Essas dores ou angústias resultam do excesso de energia ou excitação psíquica [†], responsáveis por tensões crônicas, que se tornam patogênicas.

Síncope é a perda transitória da consciência, de várias etiologias, cujo mecanismo fisiopatológico é o baixo fluxo cerebral [3-5]. O presente estudo teve como objetivo abordar aspectos psíquicos de pacientes com síncope de origem não cardíaca, especificamente a síncope neuromediada, vasovagal ou reflexa, e verificar se a psicoterapia fundamentada na linha teórica da Psicossomática Psicanalítica contribuiu para a diminuição de recorrências e para a melhora da qualidade de vida. Pacientes com essa etiologia de síncope não costumam ter doença estrutural no coração, embora sejam tratados em unidades cardiológicas, e o cardiologista seja o profissional habitualmente capacitado para atendê-los [3-5].

A partir do estudo de Ng, Sheldon e Ritchie (2017) [6], que compara pacientes com Síndrome Vasovagal (SVV) a indivíduos saudáveis, observou-se que pacientes com SVV apresentam importante comprometimento da qualidade de vida. O autor afirma que os pacientes que sofrem desse sintoma podem se beneficiar de intervenções direcionadas, que abordem essas preocupações.

---

[*] **Economia psicossomática:** Quantidade e variação de energia na atividade pulsional. Refere-se à hipótese de que os processos psíquicos consistem em energia ou excitação quantificável, isto é, suscetível de aumento, diminuição e equivalência [7].

[†] **Excitação psíquica**: energia / tensão [7]

Diante das dificuldades enfrentadas por esses pacientes, torna-se importante aprofundar estudos com intenção de obter um melhor entendimento da economia psicossomática, a fim de compreender as oscilações das manifestações somáticas e identificar oportunidades de benefício da intervenção psicoterapêutica.

1.1 TEORIA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA

1.1.1 Histórico e contribuições da Psicossomática Psicanalítica para a somatização

Apesar de não terem sido desenvolvidos trabalhos específicos relacionados à psicossomática nas obras de Freud, os diferentes estados do corpo foram estudados de forma extensa. Na noção de conversão histérica, este autor [8] aponta para uma ligação de sentido entre a região do corpo afetada pelo sintoma e o conflito atribuído à sua origem. Esse é um dos pontos de principal diferença entre a definição de sintoma psicossomático e conversão.

A escola de Chicago, fundada por um dos pioneiros da psicossomática, Franz Alexander, contribuiu para construir uma ponte entre a psicossomática, a psicanálise e a medicina. Esse autor [9] afirma ser o processo corporal direta ou indiretamente influenciado por estímulos psicológicos, já que o organismo constitui uma unidade. Desse modo, a abordagem psicossomática poderia ser aplicada a todo e qualquer fenômeno do organismo humano. Assim, o alvo do interesse médico deveria envolver o paciente “como um todo indivisível e não apenas como um portador de órgãos doentes” (Alexander, 1989, p. 19) [9].

Pierre Marty e Michel de M'uzan utilizaram esses modelos como ponto de partida para seus trabalhos e elaboraram a Teoria da Psicossomática Psicanalítica [10]. Esses autores verificaram a falha de um processamento emocional adequado em muitos enfermos, como se suas vidas afetivas estivessem reprimidas. Diante dessas observações, chegaram

à conclusão de que esses pacientes poderiam se beneficiar de um acompanhamento terapêutico para maior compreensão.

Em 1978, o Ministério da Saúde francês autorizou a abertura do Instituto de Psicossomática (IPSO), que hoje também é conhecido como Hospital Pierre Marty, onde trabalham 50 psicanalistas. Trata-se de um hospital-dia, além de um importante centro de pesquisa e treinamento, no qual os temas de estudos partem do pressuposto de que muitos pacientes adoecem devido à precariedade com que lidam com seus sentimentos.

Os trabalhos dos clínicos e pesquisadores do IPSO continuam trazendo contribuições importantes a vários grupos de patologias, não somente àquelas nas quais classicamente se reconhece a participação dos fatores psicoemocionais (alergias, hipertensão, doenças autoimunes, distúrbios gastrointestinais, miocardiopatias e arritmias adrenérgico independentes), mas também se estendem a outras enfermidades, inclusive ao agravamento de doenças como neoplasias [11].

1.1.2 Origem das manifestações somáticas

A teoria freudiana descreve dois modelos para compreender a sintomatologia somática: o da conversão histérica e o da neurose atual. A **conversão histérica** consiste em uma transformação de um conflito psíquico em sintomas somáticos, motores (paralisias, por exemplo) ou sensitivos (anestesias ou dores localizadas, por exemplo). O sintoma da conversão histérica seria uma relação simbólica [‡] mais concreta com a história do sujeito, tendo origem nos conflitos infantis [7].

Na **neurose atual,** o fator desencadeante da perturbação no domínio somático representa manifestações contínuas de angústia difusa, traduzidas por sintomatologias funcionais, como vertigem, taquicardia, cefaleia, dores, fadiga, desmaios etc., mas tais sintomas não têm sentidos simbólicos. Em

---

[‡] **Simbólica**: Segundo Freud é a relação que une – por mais complexas que sejam as conexões – o símbolo com aquilo que ele representa.
O simbolismo, em sentido amplo, é o “modo de representação indireta e figurada de uma ideia, de um conflito, de um desejo inconsciente” (Laplanche; Pontallis, 2001, p. 481) [7].

1920 [12], Freud enfatizou que, no curso de um estado duradouro de pulsão (*Triebentmischung*) [§], uma das possíveis consequências adversas para o sujeito é que suas funções somáticas sofrem profundas alterações, dando origem a doenças orgânicas.

A manifestação psicossomática pode ser compreendida como todo fenômeno que não se restringe apenas às explicações biológicas, mas que insiste em aparecer, permanecer e que também não se enquadra nos sintomas de neuroses clássicas, ou seja, não se enquadra em nenhum sintoma de conversão. Volich [11] aponta que a patologia somática não conversiva é o resultado da impossibilidade de elaboração de certos conteúdos psíquicos, através de defesas do indivíduo, em função de uma estruturação precária do aparelho psíquico no plano representativo emocional.

Um interessante estudo de Franz Alexander [13] abordou as manifestações mais primitivas do psiquismo, inscritas na fisiologia das funções viscerais correspondentes às necessidades vitais. Tanto este como outros pioneiros contribuíram para a constituição da Psicossomática Psicanalítica, ajudando a clarear uma visão que até então era obscura: as relações entre o adoecimento orgânico, as experiências emocionais e o funcionamento psíquico.

Dentre os acometimentos somáticos estudados por Franz Alexander, destacam-se áreas específicas, como a Arritmia Cardíaca e a Síncope Vasodepressora, nas quais são bastante evidentes as interações entre o cérebro e o sistema cardiovascular, mediadas pelo sistema nervoso autonômico. Esses sintomas demonstram como o indivíduo acometido por fatores emocionais intensos pode desenvolver doenças somáticas [13]. O autor aponta que, quando o sujeito é submetido a um estresse (um perigo, por exemplo), ele se prepara fisiológica e inconscientemente para a fuga.

[§] **Pulsão**: Pressão ou força que impele o organismo a tender para um objetivo. Subdivide-se em quatro elementos: pressão (força ou desejo interno), fonte (situação que provocou a pressão); objeto (aquilo *em que* ou *por meio do qual* a pulsão pode atingir sua meta) e meta (objetivo) [7].

Porém, diante de uma inibição da reação de fuga, o paciente permanece imóvel, podendo ter, como resultado, um reflexo protetor de queda na pressão arterial e de perfusão cerebral até um nível crítico para manutenção da consciência [13].

Essa reação de fuga interrompida pode ser caracterizada pela relação entre o afeto[**] contido e o que está sendo impossível de ser simbolizado, tendo como consequência uma reação física repentina e, ao mesmo tempo, obscura no plano consciente, caracterizada pela síncope ou desmaio. Esta relação causa – emoção – efeito – adoecimento, sugerida por Alexander [13], ilustra a perda de controle do indivíduo que, por não poder representar ou elaborar seu afeto, é acometido pela somatização.

Pierre Marty e seus colaboradores organizaram o IPSO com o intuito de abordar essas manifestações corporais como consequência do sofrimento emocional. Esse autor sugeriu a participação da dimensão traumática na formação da doença psicossomática como um excesso que não pode ser elaborado e precisa ser descarregado no corpo. Em seus estudos, Marty [9] detectou, em numerosos doentes com sintomatologia somática, um modo de funcionamento mental que lhe pareceu estrutural e funcionalmente diferente daquele dos neuróticos estudados por Freud.

Existem uma série de falhas de estruturação psíquica causadas por traumas precoces, experimentados muitas vezes antes mesmo da aquisição da linguagem. Em tais casos, as defesas mentais são precárias, e o recurso é a atuação no corpo [14].

Essas falhas na estruturação psíquica tornam-se compreensíveis por meio da teoria econômica, representada, nesse caso, pela contenção e a repressão das emoções, em que o organismo se confronta permanentemente com grande quantidade de excitações e a necessidade de descarregá-las. Para isso acontecer, conta-se essencialmente com três vias:

[**] **Afeto**: Quantidade e variação de energia na atividade psíquica. Refere-se à hipótese de que os processos psíquicos consistem em uma energia ou excitação quantificável, isto é, suscetível de aumento, diminuição e equivalências [7].

a orgânica, a ação e o pensamento, que representam, nesta ordem, o grau hierárquico progressivo da evolução das respostas do indivíduo [1].

Quando necessário, o organismo buscará, naturalmente, responder com seus recursos mais evoluídos, para que estes direcionem suas reações, mesmo que, em última instância, a resposta necessária implique uma resposta orgânica [2].

A Psicossomática Psicanalítica revela uma importante função ao aparelho mental e à mentalização do sujeito como reguladores dessa perspectiva econômica psicossomática.

A *mentalização* diz respeito "à quantidade e à qualidade de representações em um dado indivíduo" (Marty, 1998, p. 13) [2]. Essas representações psíquicas, de acordo com o autor, constituem a base da vida mental e permitem as associações de ideias e de pensamentos de cada indivíduo. "Habitualmente, durante o dia, por exemplo, as representações fornecem o que chamamos de fantasias. À noite, fornecem os elementos dos sonhos" (Marty, 1998, p. 11) [2].

O funcionamento deficiente do aparelho psíquico, ou seja, a limitação e a superficialidade das representações, traz como consequência a utilização de recursos pouco desenvolvidos através da motricidade ou de outras reações orgânicas como meios de regulação da energia do indivíduo [11, 15].

Nesses casos, as possibilidades de elaboração mental e de descargas pelo comportamento ficam comprometidas, propiciando a emergência de angústias difusas. Isso faz com que acorram desorganizações somáticas notáveis e, na maioria das vezes, manifestações concretas de diversas doenças [15]. Quanto menor a mentalização, maior a probabilidade de somatização, pois não há como sustentar o choque dos traumatismos no registro psíquico.

Marty [1] especifica essa carência funcional do psiquismo utilizando o termo *pensée opératoire* [pensamento operatório], um tipo de funcionamento mental caracterizado por um pensamento precário, desprovido de afetos. "O pensamento operatório 'sofre' a realidade ao invés de vivê-la

profundamente; ele participa dela apenas de forma empírica. (...) ele quase não permite a exteriorização de agressividade (...)" (Marty; M'úzan, 1963, p. 170) [10].

Mc Dougall [16] emprega o conceito *desafetação* para fazer referência a essas perturbações da economia afetiva. Segundo essa autora, os indivíduos *desafetados* apresentam dificuldades em manter contato com as emoções próprias e alheias.

> (...) esses indivíduos vivenciaram precocemente emoções intensas que ameaçavam seu sentimento de integridade e de identidade e que lhes foi necessário, a fim de sobreviver psiquicamente, erigir um sistema muito sólido para evitar o retorno de suas experiências traumáticas portadoras da ameaça de aniquilamento (McDougall, 1996, p. 105) [16].

Para sobreviver psiquicamente às emoções intensas que ameaçam seus sentimentos de integridade e identidade, esses indivíduos ejetam, preventivamente, do campo do consciente qualquer representação carregada de afetos. A contenção do excesso de experiências afetivas aumenta o perigo de um desmoronamento psicossomático [16].

1.1.3 Tratamento psicoterápico

A psicossomática psicanalítica ampliou o método psicanalítico para os pacientes "não neuróticos", limítrofes e psicóticos, bem como àqueles que estão fisicamente doentes [14]. Mudanças no enquadre e na técnica interpretativa não implicam em afastamento da prática psicanalítica, visando promover a transferência [††]

Alguns autores descrevem que as sessões face a face são frequentemente indicadas, pois facilitam a adaptação ao estado afetivo do paciente [14, 16, 18]. O analista deve lembrar que os pacientes somáticos, em geral, não vêm por iniciativa própria, mas costumam ser encaminhados por

---

[††] Em psicanálise, **transferência** é a transmissão do conflito do paciente ao psicanalista. Pode ser classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico [7].

especialistas, que "prescrevem" o tratamento psicoterapêutico. Eles precisam ser encontrados em seu próprio território. Acima de tudo, precisam ser encorajados pelo analista e estar cientes, nos estágios iniciais, de possíveis mudanças em sua qualidade de funcionamento mental.

Para desenvolver o interesse do paciente no processo de elaboração psíquica, deve-se pensar com ele e envolvê-lo no processo, tanto da psicoterapia individual quanto grupal. Tudo deve ser feito para apoiar e estimular o trabalho pré-consciente e, assim, ajudar os pacientes a descobrir e compartilhar o prazer da construção da experiência emocional por meio da fala.

Trata-se, de modo geral, de intervenções que facilitam o andamento de uma situação analítica, principalmente em instituições como hospitais, que determinam prazos para tratamentos como a psicoterapia. Romano sinaliza a importância de buscar um olhar criativo nesse ambiente. Esse é um olhar gerado pela prática, em que o psicólogo busca compreender o sofrimento do paciente e intervir por meio de ações curativas e preventivas [17].

Aisenstein e Smadja [14] mencionam o uso de técnicas associativas, que podem fornecer acesso a vários tópicos e servir para estabelecer uma "conversa". Para estimular o interesse do paciente no processo de pensamento, deve-se pensar com ele e envolvê-lo no processo; por isso, não se aplica o modelo clássico psicanalítico (silêncio e interpretação) com esses pacientes. A interpretação busca a qualidade dos afetos que permanecem na relação entre psicoterapeuta e paciente [18, 19].

> Adquiri a convicção de que se trata, antes de tudo, de uma questão de tato psicológico, de saber quando e como se comunica alguma coisa ao analisando, quando se pode declarar que o material fornecido é suficiente para extrair dele certas conclusões; em que forma a comunicação deve ser, em cada caso, apresentada; como se pode reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deve calar e aguardar outras associações; e em que momento o silêncio é uma tortura inútil para o paciente, etc. Como se vê, com a palavra “tato” somente consegue exprimir a indeterminação numa fórmula simples e agradável. Mas o que é o tato? A resposta a esta pergunta não nos é difícil. O tato é a faculdade de “sentir com” (*Einfühlung*) (Ferenczi, 2011, p. 31) [18].

Essa forma de presença do psicólogo tem as funções de testemunhar as dores física e psíquica do paciente em diferentes modalidades de atendimento e, assim, permitir a elaboração dessas experiências pela transferência [19]. O testemunho contribui para que o sofrimento provocado pelo processo do adoecimento não seja mais uma condição impeditiva de elaboração.

O trabalho clínico com pacientes somáticos deve iniciar-se sempre pela conversação, atraindo-o para o pensamento e o envolvimento no processo, instigar o paciente a contar sua história e desenvolver verbalizações, respeitando seu tempo [20].

1.2 DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE SÍNCOPE

1.2.1 Síncope

Síncope é a manifestação clínica da hipoperfusão cerebral global transitória, caracterizada por perda da consciência de início súbito, de curta duração, com recuperação completa e espontânea [3-5]. Portanto, na síncope ocorre sistematicamente, uma redução global da oferta de sangue ao cérebro de forma transitória. Esta redução da perfusão afeta as regiões cerebrais responsáveis pela vigília e o tônus postural. A vigília é mantida por meio da ativação contínua de grandes extensões do córtex cerebral, tarefa desempenhada pelo Sistema Reticular Ativador Ascendente (SARA), localizado no tronco cerebral. Quando o fluxo sanguíneo diminui, este órgão de alta demanda se vê, momentaneamente, privado de glicose, oxigênio e outros nutrientes. A depender do grau de privação, há redução da função celular, o que, consequentemente, leva à síncope [21, 22].

1.2.2 Diagnóstico diferencial

As perdas transitórias de consciência podem ter várias origens, de acordo com sua fisiopatologia. São subdivididas em traumáticas (ex.: concussão cerebral) e não traumáticas, entre as quais se destacam as epilepsias (atividade elétrica cerebral anormal), os distúrbios metabólicos, a pseudossíncope psicogênica (conversões) e situações mais raras, como a síndrome do roubo da subclávia e as isquemias vertebrobasilares transitórias [3-5]. A síncope é a principal causa de perda de consciência não traumática.

1.2.3 Pré-síncope [3-5]

O termo pré-síncope é utilizado para indicar sinais e sintomas que ocorrem antes da perda de consciência. Dessa forma, a pré-síncope prenuncia a iminência de uma síncope.

1.2.4 Classificação

O Quadro 1 apresenta a classificação dos diferentes tipos de síncope. Em cada grupo descrevem-se a fisiopatologia, a apresentação clínica e riscos semelhantes.

Quadro 1 - Classificação de síncope [3-5]

Síncope Reflexa (neuromediada)
Vasovagal: - Ortostática: habitualmente em posição ortostática, menos comumente sentada - Emocional: desencadeada por medo, dor (somática ou visceral), fobia de sangue Situacional: - estímulo gastrointestinal (engolir, defecar) - micção - tosse, espirro - pós-exercício - outras (ex.: rir, som de instrumento metálico) Síndrome do seio carotídeo Formas não clássicas (atípicas, sem pródromos e/ou sem gatilho aparente)
Síncope por Hipotensão Ortostática
Induzida por droga (causa mais comum) - ex.: vasodilatadores, diuréticos, inotrópicos e cronotrópicos negativos Depleção de volemia: - hemorragia, hipo-hidratação, diarreia, vômitos, etc. Disfunção autonômica (hipotensão ortostática neurogênica): - Primária (síndromes neurológicas) - Secundária (ex.: diabetes, amiloidose, pós-infecciosa, autoimune)
Síncope Cardíaca
Arritmia como causa primária: - Taquicardia e/ou bradiarritmias Doença cardíaca estrutural: - Estenose aórtica, cardiomiopatia hipertrófica, tumores intracardíacos, hipertensão pulmonar. Doença cardiopulmonar ou dos grandes vasos: - Embolia pulmonar, dissecção de aorta.

1.3 RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍNCOPE

A síncope é um sintoma comum na população em geral, responsável por 1% a 3% das internações hospitalares e 3% a 5% dos casos admitidos em sala de emergência [3-5]. Um recente estudo concluiu que os riscos de morte, em períodos de um mês e um ano após uma admissão por síncope no departamento de emergência, são de 0,7% e 10%, respectivamente [21]. O prognóstico desses pacientes depende fundamentalmente do mecanismo da síncope [3-5].

Dados epidemiológicos do estudo de Framingham [22] indicam que 3% dos homens e 3,5% das mulheres vivenciaram, pelo menos, um episódio de síncope durante a vida. A principal causa é a vasovagal, que se inclui no grupo das síncopes neuromediadas, nas quais há um colapso do sistema nervoso autonômico simpático e aumento do tono vagal, provocando vasodilatação com ou sem bradicardia reflexa [23, 24].

Apesar de variações na prevalência de acordo com a população analisada, a maioria dos estudos epidemiológicos demonstra que mais da metade das síncopes com causa identificada são de origem reflexa (principalmente vasovagal) [3-5]. Além de ser o tipo mais frequente, a síncope vasovagal é predominante em mulheres jovens o que pode trazer consequências importantes na qualidade de vida de uma população em fase plenamente produtiva, especialmente nos quadros refratários.

Um aspecto importante na história natural dos pacientes com síncope é que o índice de recorrência é bastante elevado; uma vez constatado um episódio de síncope, cerca de um terço dos pacientes terão recorrência em três anos, e o número de episódios prévios é o maior preditor de recorrência. Dessa forma, pacientes com diagnóstico de síncope vasovagal recorrente apresentam risco ainda mais elevado de novas crises. O diagnóstico diferencial inclui epilepsia, intoxicações, isquemia vertebrobasilar transitória, narcolepsia, quedas e pseudossíncope psicogênica [3-5]. Este último também é chamado de desmaio histérico, simbolizando um conflito psicológico, porém sem manifestações do sistema cardiovascular [3-5].

A hipoperfusão cerebral global transitória que está presente nos casos de síncope pode ter diferentes origens, conforme descrito no Quadro 1. Nos casos das síncopes reflexas, há uma resposta anormal do sistema autonômico, cujo equilíbrio entre simpático e parassimpático é fundamental para manter a pressão arterial e a frequência cardíaca em níveis normais. Nesses casos, há perda de equilíbrio do sistema autonômico, sendo identificados dois mecanismos fisiopatológicos principais [3-5]:

- Vasodepressão: condição em que uma resposta de não vasoconstricção simpática resulta em hipotensão.
- Cardioinibição: condição em que há predomínio de bradicardia ou assistolia, refletindo predomínio parassimpático.
- Há ainda a possibilidade de combinação de ambos (vasodepressão e cardioinibição), chamado de mecanismo misto. A correta identificação da resposta autonômica anormal pode ser feita por meio de exames que induzem a síncope reflexa, especialmente o *tilt table test* (Teste de inclinação ortostática), descrito no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição do teste de inclinação ortostática (*tilt table test*)

Introdução: A pressão arterial é regulada de forma inconsciente e contínua pelo sistema nervoso autônomo (SNA). Ao mudar de posição, por exemplo, de deitado para em pé (ortostase), o SNS é desinibido para que, rapidamente, a pressão se ajuste à nova situação, evitando que ocorra queda no fluxo de sangue para o cérebro.

Objetivo do teste: Avaliar como o organismo regula a pressão arterial em resposta a mudanças de posição, ou seja, como a pressão arterial se adapta ao estresse da gravidade.

Método: O paciente permanece deitado em uma maca basculante motorizada, conhecida como *tilt table* (mesa de inclinação) (ANEXO 1). Nesta maca há faixas de segurança colocadas sobre a cintura e os joelhos, além de apoio para os pés, para manter o paciente seguro na maca. A pressão arterial e os batimentos cardíacos são monitorizados continuamente. O procedimento dura aproximadamente uma hora e é realizado em duas etapas:

1) Fase de exposição ortostática passiva: após um período de repouso de, no mínimo, 10 minutos, o paciente é submetido a mudança postural por inclinação da maca até 70 graus (elevação da cabeceira) e é monitorizado continuamente quanto às reações da PA e FC. Se ocorrer queda acentuada da pressão arterial, associada a sintomas, o paciente será prontamente reposicionado para a posição inicial (deitado com a cabeceira a 0 grau ou levemente rebaixada – posição de Trendelenburg).

2) Fase de sensibilização farmacológica: Se a PA e FC se mantiverem estáveis na fase passiva, depois de 20 minutos de inclinação ortostática, o paciente recebe medicamentos que sensibilizam o SNA, provocando discreta vasodilatação, em doses preconizadas, para que não haja perda da especificidade do teste (dinitrato de isossorbida ou nitroglicerina via sublingual).

1.4 QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM SÍNCOPE

A síncope traz risco de traumatismos físicos ao paciente. De acordo com Brignole [24], dentre as morbidades decorrentes da síncope, destacam-se fraturas, acidentes automobilísticos, lacerações e contusões. O estudo de Bartoletti et al. [22] mostrou que, dentre os pacientes com síncope atendidos em uma emergência, 29,1% apresentam traumas menores, e 4,7% são casos de traumas importantes. A morbidade relacionada à síncope é particularmente alta em idosos, variando desde perda de confiança, doença depressiva e medo de cair até fraturas com comprometimentos funcionais e institucionalização subsequente [25, 26].

Além do risco de injúrias físicas, a síncope recorrente traz consequências importantes para a qualidade de vida dos pacientes, com limitações comparáveis àquelas decorrentes de doenças crônicas, como artrite reumatoide, lombalgias, transtornos depressivos recorrentes moderados e doença renal em fase terminal [5, 27, 28].

Estudos realizados com pacientes com síncope frequente mostraram um impacto psicossocial negativo estimado em 33% dos aspectos da vida diária avaliados. A síncope reduz tanto a mobilidade quanto as habilidades habituais, como as de autocuidado, aumentando assim a depressão, a dor e o desconforto. Em pacientes do sexo feminino, as comorbidades, o número de episódios prévios de síncope e a presença de pré-síncope estão associadas a uma pior qualidade de vida. Quando as síncopes ocorrem com muita frequência, a ameaça de reincidência é contínua, o que prejudica a qualidade de vida, mesmo no período entre crises. Embora possa melhorar ao longo do tempo, a qualidade de vida continua prejudicada, especialmente em idades mais avançadas, devido ao maior número de comorbidades [29].

1.5 PERSPECTIVA PSICOSSOMÁTICA DA SÍNCOPE VASOVAGAL

Considerando o que foi exposto até aqui, sobre o diagnóstico de síncope, pretendeu-se realizar o trabalho de acompanhamento psicológico de um grupo de pacientes em contexto de sofrimento físico e psíquico devido a síncopes recorrentes, a fim de examinar a eventual relação entre este sintoma e acontecimentos emocionalmente perturbadores para o paciente, como o abandono, a perda de um emprego, o adoecimento de uma pessoa importante ou a morte de um ente querido [30, 31].

Diversos mecanismos foram estudados em busca da relação entre os aspectos psíquicos e as manifestações cardiovasculares. Um desses estudos [32] se propôs a avaliar, tecnicamente, associações entre conteúdos emocionais e doenças cardíacas, na interação psique-soma. Neste estudo, Oppenheimer [32] explica que, no cérebro humano, algumas regiões

desempenham mais de uma função, e um mesmo estímulo em determinado ponto poderia causar efeitos em diversas regiões do corpo. Algumas áreas relacionadas com as emoções atuam também sobre o cronotropismo cardíaco, e estudos experimentais comprovaram que a estimulação dessas regiões, como o córtex insular, tem potencial para desencadear modificações na pressão arterial e arritmias cardíacas que podem ser fatais. Dessa forma, há evidência de mecanismos que poderiam explicar uma eventual associação clínica entre doenças psíquicas e enfermidades cardiovasculares, como a síncope vasovagal.

Essa associação clínica entre síndromes psíquicas e cardiovasculares já foi demonstrada em outros estudos, como o de Penninx et al. [33], que observaram relações importantes entre a fragilidade psíquica e o padecimento do corpo. Nesse estudo foram comparados e examinados os efeitos da depressão na mortalidade cardiovascular em pessoas de uma comunidade com e sem cardiopatias preexistentes. Concluiu-se que a depressão pode aumentar o risco de mortalidade cardíaca em indivíduos dos dois grupos. Os autores ainda demonstraram que o risco de mortalidade cardíaca foi duas vezes mais alto em pacientes com depressão maior, quando comparados aos que tinham depressão menor.

Situações de depressão seguidas de perdas podem levar um indivíduo a se desorganizar psiquicamente. As experiências de angústia e desprazer, entre outras que integram a biografia do indivíduo, podem desencadear um movimento psíquico regressivo, no sentido contrário do desenvolvimento, provocando, como resultado final, manifestações de desordens somáticas [11].

Volich [15] descreve que indivíduos com funcionamento mental precário podem reagir a conflitos e experiências traumáticas por meio da desorganização da economia psicossomática desencadeando sintomas e doenças orgânicas. Segundo alguns estudos, a síncope vasovagal, especificamente, pode ser desencadeada por fatores como emoções intensas, dor e medo [5, 23].

1.6 JUSTIFICATIVA

Como foi descrito, apesar de a síncope vasovagal ser considerada uma doença benigna, quadros recorrentes e refratários trazem uma série de desconfortos. Além de o paciente ter suas habilidades habituais, sua mobilidade e autonomia reduzidas, a ameaça de recorrência gera um grande impacto na qualidade de vida, devido à repercussão social negativa e aos riscos de injúrias físicas decorrentes das quedas relacionadas à síncope [3-5].

Medidas educativas configuram parte fundamental do tratamento, e, em casos selecionados, há necessidade de intervenções medicamentosas que exigem adesão a longo prazo [23]. Entretanto, há pacientes que apresentam recorrências a despeito dos tratamentos instituídos, o que compromete significativamente sua qualidade de vida [34].

Na literatura, observa-se que há uma lacuna sobre o efeito da psicoterapia no conjunto de medidas terapêuticas para pacientes com essas características.

Assim, com base na perspectiva da Psicossomática Psicanalítica, este trabalho pretende:

- Observar os efeitos da psicoterapia na qualidade de vida e nas recorrências da síncope e/ou pré-síncope;
- Discutir se há relação entre vivências de perda anteriores e a eclosão do sintoma cardiovascular em questão;
- Abordar os processos psicossomáticos envolvidos nas situações traumáticas.

1.7 OBJETIVOS E HIPÓTESES

Objetivos do estudo

1. Comparar o número de síncopes e pré-síncopes durante o ano de acompanhamento psicoterápico com o ano anterior, no grupo intervenção e no grupo controle.

2. Avaliar o efeito da psicoterapia na economia psicossomática e na qualidade de vida dos pacientes com síncopes não cardíacas recorrentes.

3. Conhecer os processos psicossomáticos envolvidos em situações de adoecimento por síncope vasovagal e estabelecer possíveis relações entre a eclosão da doença e vivências anteriores de traumas, focando em possíveis somatizações.

Hipóteses

1. Em pacientes com síncope vasovagal refratária, a psicoterapia embasada na linha teórica da Psicossomática Psicanalítica reduz o número de eventos recorrentes (síncope e pré-síncope).

2. Em pacientes com síncope vasovagal refratária, a psicoterapia inspirada pelas concepções da Psicossomática Psicanalítica melhora indicadores de qualidade de vida.

3. O terceiro objetivo será avaliado de forma qualitativa e descritiva, sem hipótese a ser testada.

2 Métodos

2 MÉTODOS

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo clínico prospectivo randomizado, com acompanhamento de pacientes durante um ano. De maneira aleatória, metade dos pacientes foi selecionada para sessões de psicoterapia periódicas, além do tratamento convencional, enquanto a outra metade seguiu apenas o acompanhamento habitual.

2.2 RANDOMIZAÇÃO

Os envelopes foram separados no início da pesquisa. Cada envelope continha o grupo em que o paciente seria alocado. Os envelopes foram elaborados por um sujeito externo, que não teve contato com os pacientes, e divididos igualmente para cada grupo. Os pacientes foram identificados por código e, posteriormente, numerados em sequência, de acordo com a randomização feita por método computadorizado. Os envelopes selados e opacos foram enviados para a pesquisadora, que os recebeu sem ter informação sobre o conteúdo.

2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO / CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos pacientes consecutivos, atendidos no ambulatório de arritmia do InCor HC-FMUSP, que respondam aos critérios de elegibilidade, separados aleatoriamente em dois grupos iguais (randomização simples por envelope).

Critérios de inclusão:

- Diagnóstico de síncope de provável origem vasovagal com *tilt test* positivo e episódios recorrentes (≥2 episódios nos últimos 6 meses)
- Idade mínima de 18 anos

Critérios de exclusão:

- Comorbidade grave com expectativa de vida < 1 ano
- Idade < 18 anos
- Acompanhamento psicoterápico atual
- Síncope cardíaca ou neurológica
- Gravidez

2.4 INTERVENÇÃO DO ESTUDO

Foram realizadas sessões de atendimento psicológico, individualmente e em grupo, a cada 1 a 4 semanas. Nessas sessões foram executadas psicoterapia com base na linha teórica da Psicossomática Psicanalítica, acompanhada de orientações para que o paciente compreendesse melhor sua condição, os riscos associados e o tratamento proposto pela equipe médica.

2.5 DESFECHOS E VARIÁVEIS DE INTERESSE DO ESTUDO

- Dados demográficos (sexo, idade, data de nascimento, raça, renda mensal e grau de instrução); comorbidades (especialmente uso de álcool, drogas e tabagismo); medicações concomitantes (Ficha do paciente - Anexo 2).
- Análise de qualidade de vida realizada pelo questionário de qualidade de vida (SF-36 - Anexo 3) na visita inicial, com 6 e 12 meses (avaliação global e por domínios específicos).

- Número de síncopes ou pré-síncopes no ano anterior à inclusão e durante seguimento (mensuração feita por diários em que pacientes registravam o número de síncopes e pré-síncopes durante seguimento).

2.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Retomando os objetivos deste estudo:

1. Comparar o número de síncopes e pré-síncopes durante o ano de acompanhamento psicoterápico com o ano anterior, no grupo intervenção e no grupo controle.
2. Avaliar o efeito da psicoterapia na economia psicossomática e na qualidade de vida dos pacientes com síncopes não cardíacas recorrentes.
3. Conhecer os processos psicossomáticos envolvidos em situações de adoecimento por síncope vasovagal e estabelecer possíveis relações entre a eclosão da doença e vivências anteriores de traumas, focando em possíveis somatizações.

Os objetivos 1 e 2 foram mensurados por métodos estatísticos descritivos e comparativos, através dos desfechos e variáveis de interesse coletados no estudo. As variáveis categóricas foram relatadas pelas frequências absolutas e relativas, e as variáveis contínuas foram descritas pela média e pelo desvio padrão. As comparações entre os grupos nas características basais de variáveis contínuas e categóricas foram feitas usando testes apropriados para cada análise (teste t para variáveis contínuas e teste exato de Fisher para variáveis categóricas).

Em relação aos resultados do estudo, as comparações entre grupos e dentro dos grupos foram feitas pelos testes não paramétricos de Brunner e Langer para medidas repetidas [13, 14, 35, 36].

Todos os testes foram bicaudais e os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos (rejeição da hipótese nula). Todas as análises

estatísticas foram realizadas com o software R, versão 4.0.2 (R Foundation for Statistical Computing).

O objetivo 3 foi avaliado por método qualitativo. Valendo-se das metodologias qualitativas e de suas especificidades, é possível investigar *o significado das experiências* do sujeito, ou seja, sua intimidade, seus conflitos e angústias, podendo inclusive avaliar a eficácia da psicanálise [37].

Essa metodologia implica em um processo dinâmico de investigação dentro de um determinado sistema teórico. Assim, a pesquisa qualitativa é sempre uma pesquisa-ação, pois, conforme a ação vai sendo construída, é também investigada e interpretada, modificando o próprio processo [37].

Foi utilizada a investigação psicossomática de Marty - IPSO (1987) por meio do Questionário da Classificação Psicossomática (Anexos 4 e 5), que permitiu estabelecer uma classificação de acordo com as perspectivas diagnóstica, prognóstica e terapêutica, além de informações somáticas e mentais para favorecer a compreensão da experiência do paciente de acordo com uma perspectiva genética, econômica, estrutural e relacional [38].

Foram avaliados quatro setores da vida dos pacientes e, com base nessas referências, Pierre Marty desenvolveu um modelo nosográfico, que permitiu compreender a prevalência, os riscos e as oscilações de manifestações somáticas, comportamentais ou psíquicas em cada paciente [38]. (Tabela 4)

Os dados foram obtidos a partir do acompanhamento psicoterapêutico com os pacientes. Nas **estruturas fundamentais** sobre o movimento organizador do pré-consciente foram avaliados os recursos de mentalização, considerando três dimensões: quantidade de representações psíquicas, fluidez de circulação entre diferentes camadas de representações, e a disponibilidade espontânea de tais representações. São consideradas como parte inata da organização psicossomática do indivíduo.

As **particularidades habituais** mais importantes foram descritas com base nas informações que dizem respeito ao funcionamento mental e aos hábitos de vida de cada paciente. Através dos dados referentes à anamnese, foram observadas qualidades nos aparecimentos tanto dos

sintomas quanto do surgimento das defesas mentais em fases críticas do desenvolvimento psicossomático. Nas **características atuais**, reúnem-se os dados do momento de vida recente do paciente investigados durante a psicoterapia, relacionados ao aparecimento de defesas de diversas ordens. Por último, as classificações das **novas características resultantes da psicoterapia** permitem detectar alterações (diminuições ou desaparecimento) das caraterísticas atuais maiores e aquisições de novos modos de funcionamento [38].

Contudo, as informações relevantes para a finalidade deste projeto foram documentadas pela pesquisadora, após cada atendimento, por meio de um relato auxiliar. A análise dos resultados foi feita mantendo-se o sigilo sobre a identidade do paciente. Foram avaliadas as associações dos relatos com a teoria proposta neste projeto.

2.7 CÁLCULO AMOSTRAL

Para estimar o efeito dessa intervenção, não havia estudos ou evidências anteriores que pudessem ser usados para comparação. Dez pacientes com síncope vasovagal recorrente e refratária e quadro clínico grave foram selecionados para o estudo. Assumindo um desvio padrão semelhante (DP) em ambos os grupos, este tamanho de amostra teria pelo menos 80% de possibilidade de detectar uma diferença de duas vezes o DP de eventos de síncope ou quase síncope com nível de significância de 5% em uma abordagem estatística não paramétrica (*signed-rank test*). O número de pacientes incluídos permitiria também sessões semanais para o grupo de intervenção com o mesmo psicólogo, seguindo a mesma abordagem, a fim de evitar heterogeneidade e proporcionar uma terapia mais padronizada para os participantes da pesquisa.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi conduzido em conformidade com as resoluções nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinque; a Resolução CNS 466/12 e todas as suas resoluções complementares do CNS/MS; o Guia de Boa Prática Clínica do ICH, 1996; o Documento das Américas de 2005. O protocolo e todos os outros documentos aplicáveis foram encaminhados ao comitê institucional de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, para que os mesmos fossem analisados e aprovados antes de o estudo ser iniciado. O comitê de ética em pesquisa de cada centro aprovou o protocolo. Com os pacientes incluídos foi realizado o processo de consentimento informado, com a concessão de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 6), após explicação detalhada do trabalho proposto.

.

3 Resultados

3 RESULTADOS

3.1 RASTREAMENTO

Os pacientes foram rastreados em um banco de dados do Ambulatório de Síncope da Unidade de Arritmia do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor HC-FMUSP). Um total de 249 pacientes apresentava idade ≥ 18 anos e *tilt test* positivo, sendo considerados potencialmente elegíveis. Realizou-se a avaliação em prontuário, em que foram excluídos 207 pacientes, por ausência de critérios de elegibilidade, restando 42 possíveis candidatos ao estudo. Após realizar contato telefônico com os 42 possíveis candidatos, constatou-se que 18 não apresentavam condições de realizar o acompanhamento semanal (ex.: mudança de cidade), e 10 não foram considerados elegíveis por critérios clínicos (psicoterapia em andamento, gestação, ausência de eventos sincopais nos últimos 6 meses). Dos 14 pacientes elegíveis, foram incluídos os 10 primeiros pacientes consecutivos que aceitaram participar mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo randomizados para intervenção (psicoterapia semanal) ou controle.

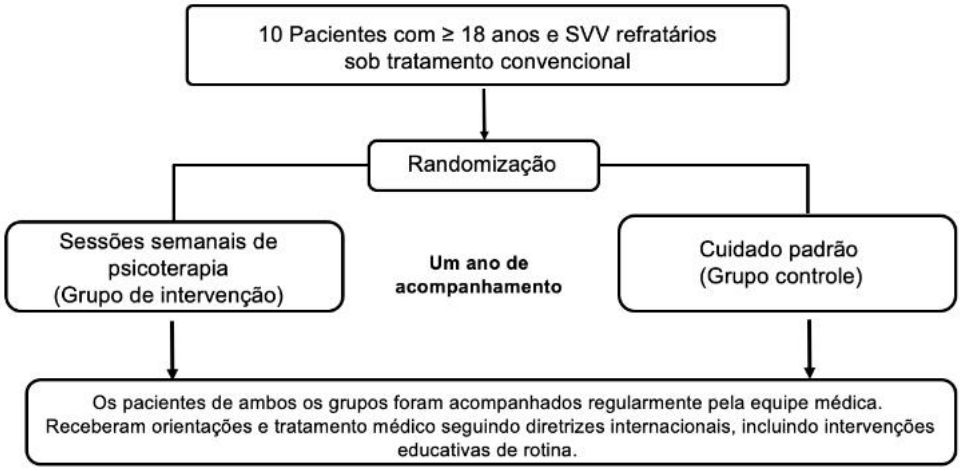


Figura 1 – Fluxograma

3.2 INTERVENÇÃO

Cada paciente participou de 42 encontros, entre atendimentos psicológicos individuais e em grupo, durante um ano de intervenção (agosto de 2017 a agosto de 2018), totalizando 210 avaliações de presença. A adesão geral foi de 97,6% (5 faltas dentre as 210 avaliações de presença).

3.3 CARACTERÍSTICAS BASAIS

As características basais foram semelhantes entre os dois grupos (intervenção e controle), sem diferença estatística em nenhuma das variáveis coletadas (Tabela 1). De uma forma geral, a população do estudo foi representada por pacientes do sexo feminino (80%), adultas (48,8 ± 11,4 anos), de raça branca (80%) e com mecanismo misto (80%) da síncope reflexa ao exame de *tilt test*. Todos os pacientes apresentavam pródromos e episódios de pré-síncope, além das crises de síncope.

Tabela 1 - Características basais dos pacientes

Características	**Intervenção (n=5)**	**Controle (n=5)**	**Valor de P**
Idade, média (± DP), anos	48,8 (± 11,4)	46,0 (± 10,8)	0,70
Raça, No. /total No. (%)			
Branca	4/5 (80%)	4/5 (80%)	1,00
Parda	1/5 (20%)	1/5 (20%)	1,00
Sexo Feminino, No. /total No. (%)	4/5 (80%)	3/5 (60%)	1,00
Tipo de Síncope, No. /total No. (%)			
Mista	4/5 (80%)	4/5 (80%)	1,00
Cardioinibitória	1/5 (20%)	0/5 (0%)	1,00
Vasodepressora	0/5 (0%)	1/5 (20%)	1,00
ECG de repouso, No. /total No. (%)			
Sinusal normal	4/5 (80%)	5/5 (100%)	1,00
Bradicardia sinusal	1/5 (20%)	0/5 (0%)	1,00
Pródromos no. /total no. (%)	5/5 (100%)	5/5 (100%)	1,00
Pré-síncope no. /total no. (%)	5/5 (100%)	5/5 (100%)	1,00
História de traumatismo pós-síncope	3/5 (60%)	2/5 (40%)	1,00
Comorbidades, No. /total no. (%)			
Diabetes Mellitus compensada	2/5 (40%)	1/5 (20%)	1,00
Hipertensão Arterial Sistêmica	0/5 (0%)	1/5 (20%)	1,00
Dislipidemia	1/5 (0%)	1/5 (20%)	1,00
Hipotireoidismo compensado	1/5 (20%)	0/5 (0%)	1,00
História de neoplasia	1/5 (20%)	1/5 (20%)	1,00

3.4 ANÁLISE COMPARATIVA DO NÚMERO DE SINCOPES VASOVAGAIS E PRÉ-SÍNCOPES DURANTE O ANO DE ACOMPANHAMENTO EM COMPARAÇÃO AO ANO ANTERIOR

Em um ano, não houve melhora no número de eventos sincopais (síncope e pré-síncope) no grupo controle, mas houve melhora estatisticamente significativa no grupo psicoterapêutico (Tabela 2, Gráficos 1A e 1B). Comparando ambos os grupos, houve diferença estatística em um ano de seguimento, tanto em pré-síncope (5,6 ± 2,2 vs 1,7 ± 1,0; P < 0,01) como em síncope (2,8 ± 1,3 vs 1 ± 0,7; P < 0,01) (Tabela 2, Gráficos 1A e 1B). Comparando-se o delta da mudança entre os grupos, a diferença também foi estatisticamente significativa entre os grupos, tanto em pré-síncope (0,4 ± 2,8 vs -4 ± 0,7; P = 0,02) como em síncope (-0,8 ± 2,2 vs -3,6 ± 0,9; P < 0,01). A melhora no grupo de intervenção foi alcançada já nos primeiros 6 meses de sessões psicoterapêuticas e continuou nos últimos 6 meses de intervenção (Tabela 2, Gráfico 2).

Tabela 2 - Comparação entre a média do número de síncopes e pré-síncopes no ano antecedente ao grupo psicoterapêutico *versus* durante o grupo psicoterapêutico

2A. GRUPO TERAPÊUTICO

	Ano Pré-Psicoterapia	**Ano Intervenção**	**Valor de P**
Média de pré-síncopes por mês	5,7 (± 1,4)	1,7 (± 1,0)	P < 0,01
Média de síncopes por ano	4,6 (± 0,9)	1,0 (± 0,7)	P < 0,01

2B. GRUPO CONTROLE

	Ano Pré-Randomização	**Ano Seguimento**	**Valor de P**
Média de pré-síncopes por mês	5,2 (± 1,2)	5,6 (± 2,2)	P = 0,72
Média de síncopes por ano	3,6 (± 0,9)	2,8 (± 1,3)	P = 0,51

Gráfico 1 - Comparação da taxa de eventos na linha de base, 6 meses e 12 meses

Gráfico 1A. Taxa de eventos de síncope (por ano)

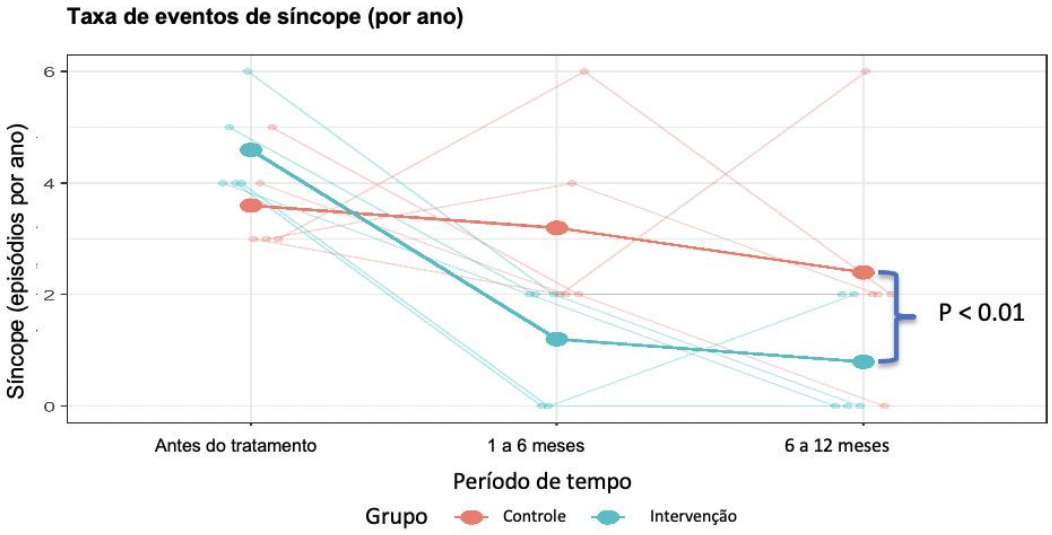
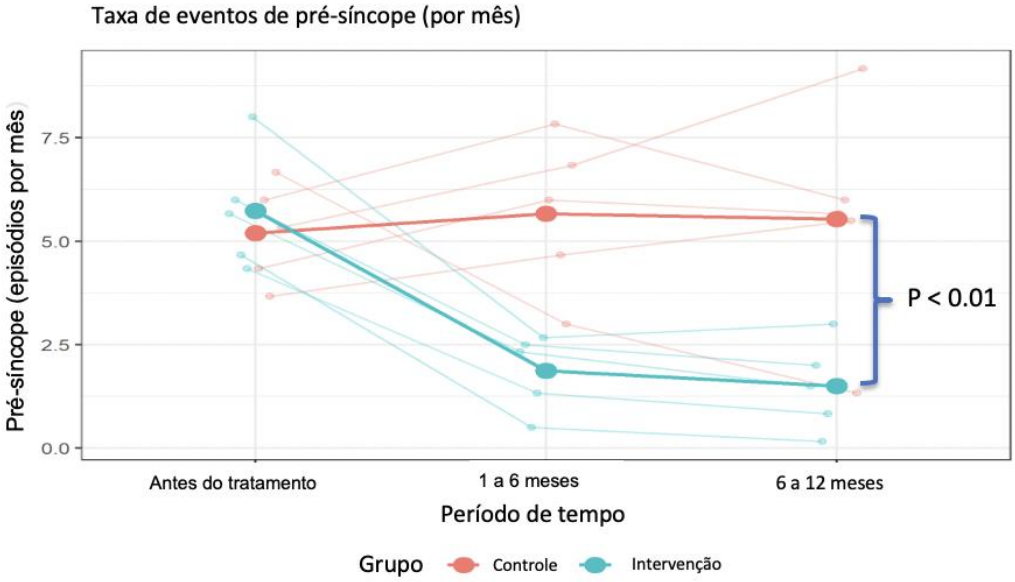


Gráfico 1B. Taxa de eventos de pré-síncope (por mês)



3.5 EFEITO DA PSICOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

Em um ano, não houve melhora na avaliação da qualidade de vida da SF-36 no grupo controle, mas houve melhora estatisticamente significativa no grupo psicoterapêutico (Tabela 3, Gráfico 2). Comparando-se o resultado em 12 meses entre os dois grupos, houve melhora estatisticamente significativa nos pacientes submetidos à intervenção psicoterapêutica (46,7 ± 14,7 vs 70,3 ± 10,3; P < 0,01).

Tabela 3 - Efeito da psicoterapia na qualidade de vida dos pacientes

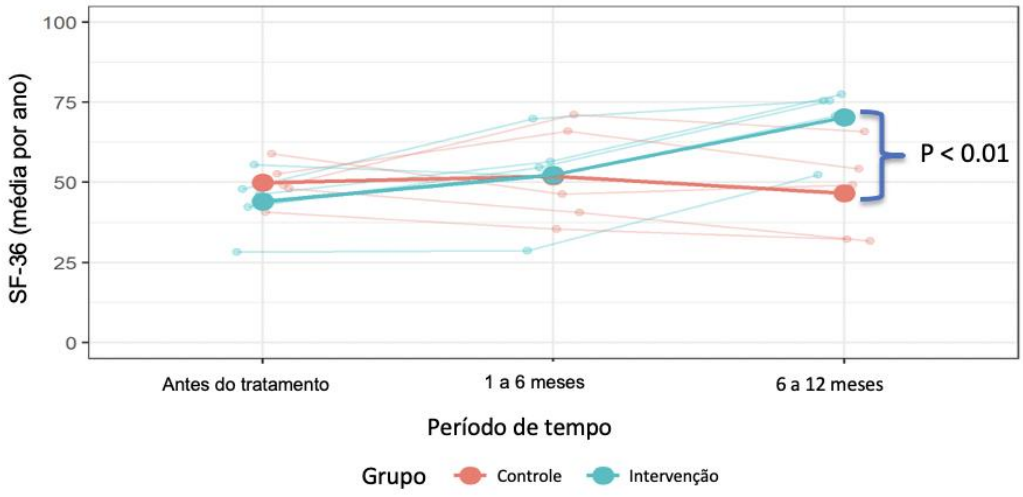
3A. GRUPO TERAPÊUTICO

	Avaliação Basal	Avaliação 1 ano	Valor de P
Capacidade Funcional	68 (± 21,1)	73 (± 19,9)	< 0,01
Limitação por Aspectos Físicos	40,0 (± 28,5)	60 (± 28,5)	< 0,01
Dor	40,6 (± 18,2)	70,6 (± 17,6)	< 0,01
Estado Geral de Saúde	44,8 (± 13,8)	73,0 (± 11,4)	< 0,01
Vitalidade	43,0 (± 5,7)	59,0 (± 6,5)	< 0,01
Aspectos sociais	37,5 (± 12,5)	62,5 (± 8,8)	< 0,01
Limitação por aspectos emocionais	26,7 (± 27,9)	86,7 (± 18,3)	< 0,01
Saúde Mental	52,0 (± 16,2)	77,6 (± 9,2)	< 0,01
Média	44,1 (± 10.0)	70,3 (± 10.3)	< 0,01

3B. GRUPO CONTROLE

	Avaliação Basal	Avaliação 1 ano	Valor de P
Capacidade Funcional	68 (± 13,5)	63,0 (± 15,2)	0,0009
Limitação por Aspectos Físicos	50,0 (± 17,7)	35,0 (± 28,5)	0,2060
Dor	51,6 (± 13,5)	49,4 (± 8,8)	0,8190
Estado Geral de Saúde	45,6 (± 19,6)	46,6 (± 21)	0,3185
Vitalidade	46,0 (± 11,9)	45,0 (± 13,7)	0,8521
Aspectos sociais	52,5 (± 18,5)	47,5 (± 16,3)	0,5431
Limitação por aspectos emocionais	33,3 (± 23,6)	33,3 (± 33,3)	0,9649
Saúde Mental	52,0 (± 7,5)	53,6 (± 10,8)	0,6385
Média	49,9 (± 6,6)	46,7 (± 14,7)	0,60

Gráfico 2 - Comparação da média do SF-36 na linha de base, 6 meses e 12 meses



3.6 A CLASSIFICAÇÃO PSICOSSOMÁTICA - PROCESSOS PSÍQUICOS ENVOLVIDOS EM SITUAÇÕES DE ADOECIMENTO

Tabela 4 - Principais modos de funcionamento dos pacientes a partir da classificação psicossomática IPSO-Marty

INICIAIS	ESTRUTURAS FUNDAMENTAIS	PARTICULARIDADES HABITUAIS IMPORTANTES	CARACTERÍSTICAS HABITUAIS IMPORTANTES	NOVAS CARACTERÍSTICAS RESULTANTES DA PSICOTERAPIA
C.A.	Neurose de mentalização incerta	Hipocondríaca	Traço de caráter histérico	Diminuição das passagens aos comportamentos
C.W.	Neurose mal mentalizada	Fobia de ambiente ou de intrusão	Angústias difusas (perda do objeto)	Elaboração de lutos
I.T.	Neurose de mentalização incerta	Estado depressivo	Benefícios secundários à doença atual	Diminuição dos sintomas de depressão
J.S.	Neurose de mentalização incerta	Hipocondríaco	Angústias difusas	Diminuição de desorganização progressiva
R.F.	Neurose de mentalização incerta	Negação da realidade (não patológica)	Traço de caráter obsessivo	Conhecimento do conjunto de funcionamento mental

Observa-se, no quadro acima, que houve diminuição de características habituais importantes em decorrência da psicoterapia, ou seja, uma evolução no desenvolvimento psíquico de cada paciente. Cada participante passou por momentos de perdas significativas, que promoveram uma regressão no seu desenvolvimento psíquico. (Tabela 5)

Tabela 5 – Experiências traumáticas detectadas na psicoterapia

INICIAIS	TRAUMAS
C.A.	Morte do pai com quem matinha uma relação simbiótica
C.W.	Morte trágica do pai na adolescência
I.T.	Agressividade do pai e alienação da mãe
J.S.	Morte de dois irmãos / sequestro
R.F.	Violência sexual do esposo

Os acontecimentos destacados no quadro acima não tiveram efeitos traumáticos por eles mesmos, mas pela relação entre os recursos psíquicos escassos de cada paciente [15] e a intensidade com que vivenciaram as perdas e a maneira como foram reconhecidas.

4 Discussão

4 DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um ano de sessões regulares e semanais de psicoterapia em pacientes com síncope vasovagal recorrente (diagnosticada por meio da história clínica e do *tilt test*).

Os pacientes selecionados para participar deste estudo tinham diagnóstico confirmado de síncope vasovagal e, apesar da terapia padrão convencional e do acompanhamento médico em um centro de referência por equipe especializada, mantinham-se bastante sintomáticos. Assim, apesar do número reduzido, pois tratava-se de uma amostra menos comum, refratária às medidas convencionais propostas na literatura, consideramos importante avaliar o impacto potencial de novas intervenções, no caso a psicoterapia, na evolução clínica desses pacientes.

Na elaboração deste estudo, levamos em conta a hipótese de que sessões semanais de psicoterapia, à luz da Psicossomática Psicanalítica, poderiam reduzir as recorrências de síncope e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, posto que esses dois fatores estão fortemente correlacionados.

4.1 REDUÇÃO DOS EVENTOS DE SÍNCOPE VASOVAGAL E QUALIDADE DE VIDA

Na comparação entre os grupos de pacientes que foram submetidos às sessões semanais de psicoterapia durante o seguimento e os que não foram, os resultados foram consistentes em demonstrar que o grupo de intervenção obteve melhora dos sintomas em relação ao grupo controle. (Tabela 2)

Embora o tratamento médico instituído tenha sido semelhante, não houve diferença estatística na recorrência de eventos (SVV e pré-síncope) no grupo controle, comparando-se o período prévio com o posterior à

inclusão no estudo. No grupo de intervenção, no entanto, foi observada uma redução significativa, de mais de 50%, na ocorrência de síncopes e pré-síncopes.

A redução dessas ocorrências foi associada a uma melhora relevante na qualidade de vida (QV), avaliada pelo questionário SF-36, dos pacientes que realizaram psicoterapia, enquanto não se observou diferença no grupo controle. Ambos os desfechos foram melhores nos pacientes com intervenção em comparação aos do grupo controle.

Segre e Ferraz (1997) [39] caracterizam “qualidade de vida" como algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito. Ao longo das sessões de psicoterapia, conforme se sentiam amparados mediante a nomeação e a compreensão de suas angústias, os pacientes relatavam redução dos sintomas, com consequente sensação de melhor vitalidade.

A associação entre melhor qualidade de vida e menor recorrência de síncopes fortalece a hipótese de que há conexão entre o estado emocional e a resposta cardiovascular e vice-versa.

As interações entre o cérebro e o sistema cardiovascular são bem conhecidas e podem suscitar diversas manifestações clínicas. Um dos exemplos mais bem examinados, demonstrado por estudos epidemiológicos, é a Doença de Takotsubo, também conhecida como Cardiomiopatia de Estresse, cuja etiologia é a isquemia global por vasoconstrição difusa das pequenas artérias cardíacas decorrente de estado hiperadrenérgico, gerado por condições severas de desgosto ocional [41]. Essa isquemia funcional pode induzir a insuficiência cardíaca e arritmias potencialmente letais. A depressão endógena também é uma condição psicológica relacionada à maior mortalidade cardiovascular, em pacientes com ou sem doenças cardíacas prévias [33].

É importante destacar que o núcleo central do sistema nervoso autônomo está envolvido em uma rede complexa, que possui conexões recíprocas com o córtex cerebral, o sistema límbico e o sistema cardiovascular, cujos estímulos são mediados por catecolaminas. Essas interações explicam a associação clínica entre distúrbios psíquicos e o

desencadeamento dos processos fisiopatológicos que levam à síncope vasovagal.

Além da relação causal entre estímulos emocionais e a síncope vasovagal em indivíduos predispostos, as recorrências frequentes comprometem ainda mais o estado afetivo, contribuindo para a ocorrência de novos eventos e, consequentemente, o desenvolvimento de um círculo vicioso desestruturante [3, 23].

Esse movimento cíclico foi observado em alguns estudos que demonstraram a influência do sofrimento psíquico nas recidivas, ao mesmo tempo que aumentavam a angústia e a ansiedade dos pacientes [42, 43].

Embora a síncope vasovagal seja uma condição benigna em termos de mortalidade, eventos repetitivos acarretam maior morbidade (como traumatismos físicos decorrentes de quedas e acidentes) e diminuição da autonomia do paciente. No grupo terapêutico foi possível compreender a vulnerabilidade e o constrangimento dos pacientes, por meio de seus relatos:

"Em um dos meus desmaios, eu quebrei todos os dentes da frente." (R.F.)

"Eu já levei 7 pontos na testa." (C.A.)

"Caí na calçada, apaguei e, quando acordei, vi que havia evacuado na roupa." (I.T.)

"Desmaiei no velório do meu cunhado e cortei a boca." (C.W.)

"Quando levantei para ir ao banheiro, caí no chão do avião" (J.S.)

No estudo observamos que os pacientes que já são comprometidos psiquicamente por experiências traumáticas, conforme os relatos acima, se tornam ainda mais desamparados em face da perda de autonomia.

As consequências das recorrências de síncope estão diretamente relacionadas ao número de eventos de síncope vasovagal e às resultantes limitações causadas pelos mesmos.

As restrições funcionais causadas por recidivas de síncopes foram consideradas comparáveis, na literatura, às doenças sistêmicas crônicas,

tais como artrite sistêmica, lombalgias crônicas, depressão endógena e insuficiência renal grave [27, 29].

As síndromes disautonomicas são condições ainda muito subdiagnosticadas na prática clínica. A demora no estabelecimento do diagnóstico e na instituição de medidas gerais e específicas de controle dos sintomas gera intensa insegurança para os seus portadores.

Todos os pacientes do estudo referiram anos de convivência com desmaios e pré-desmaios sem um diagnóstico correto. Antes de chegarem ao InCor, passaram por diferentes hospitais, onde eram diagnosticados erroneamente. Dentre as condições identificadas pelos médicos dos prontos-socorros, citaram suspeita de gravidez, convulsões, crise de ansiedade e pânico. (Anexo 7)

Diante dessas limitações, a intervenção psicoterápica proposta em nosso estudo procurou promover a capacidade de revitalização do indivíduo, ou seja, a habilidade de conviver com determinadas restrições impostas pela sua condição clínica.

> *"Esses hospitais do HC são maravilhosos. Sou tão bem tratada! Ah, só de pensar que esse grupo vai acabar, eu já fico deprimida!* (I.T., Anexo 7, Item 3)
>
> *"Hoje consigo compreender melhor o que sinto. Alguns desmaios fugiam do meu domínio. Hoje percebo que consigo dominá-los de alguma forma."* (C.A., Anexo 7, Item 1)

As expressões acima demonstram que os pacientes se permitiram viver uma transformação pessoal através do outro. As mudanças nas maneiras de enxergar e conviver com suas limitações e o fato de serem capazes de criar um sentido próprio para essas transformações motivaram os pacientes a trocar experiências próprias, consequentes de seus padecimentos.

A capacidade de autoconhecimento e compreensão contribuiu para a diminuição dos sintomas de cada paciente e, consequentemente, resultou

em experiências revitalizadoras, ou seja, auxiliou na melhora de sua qualidade de vida através desse círculo virtuoso estruturante.

4.2 MODALIDADES COMPLEMENTARES DE PSICOTERAPIA

O presente estudo contemplou atendimentos psicoterapêuticos grupais e individuais. O grupo psicoterapêutico foi fundamental para os pacientes perceberem que não estavam sozinhos em suas condições. A abordagem do sujeito dentro de um grupo psicanalítico viabiliza a compreensão das relações de vínculos.

Nos atendimentos individuais, as relações estabelecidas entre paciente e psicoterapeuta também contribuíram para o aprofundamento da compreensão das experiências traumáticas, na medida em que os pacientes não se sentiam confortáveis em compartilhar alguns conteúdos no grupo.

Para Anzieu (1993) [44], as sessões de grupo podem bastar para alguns, enquanto outros necessitam de experiências de grupo alternadas com psicoterapia individual. Existem também os pacientes que se apropriam somente de atendimentos individuais. Essas necessidades pessoais foram consideradas em nosso estudo, ao longo do processo psicoterápico.

Em momentos diferentes durante o ano da intervenção, os pacientes dos grupos necessitaram de sessões individuais. A flexibilidade entre as duas modalidades de atendimento psicoterapêutico proporcionou sentimentos de esperança e de cuidado a partir da escuta psicanalítica. A maioria dos pacientes revelou a importância das trocas no grupo, com sessões individuais esporádicas, porém houve preferência de uma minoria por atendimentos individuais.

A integração de cada participante com o grupo ocorreu a partir do compartilhamento de temas que tinham em comum: mortes, acidentes, mães matriarcais, desilusões amorosas, dificuldades financeiras, discussões familiares, entre outros. Essa integração proporcionava comunicações

verbais e não verbais por meio de palavras, olhares e expressões corporais que elucidavam um campo psíquico obscuro.

R.F., por exemplo, devido à sua deficiência visual, solicitava aos participantes descrições sobre as cores das roupas, os cortes de cabelo, as expressões faciais e outros comportamentos durante as sessões. Esse tipo de descrição colaborou para vivências de momentos lúdicos, que suscitavam nomeações e representações psíquicas, conforme o diálogo a seguir:

"Gente, como está o céu hoje? Não senti o Sol." (R.F.)

"Totalmente nublado." (J.S.)

"Não trouxe guarda-chuva." (R.F.)

"Te empresto o meu, pego o ônibus aqui perto, dá para correr. Aliás, você consegue segurar o guarda-chuva, a bengala e sua bolsa ao mesmo tempo?" (I.T.)

"Carrego até mais se for preciso... Gente, será que vocês estão me olhando? Por que o silêncio?" (R.F.)

Nesse momento o psicólogo pede para cada um descrever, se fosse possível, o que cada olhar expressou:

"Meu olhar é de sono mesmo." (C.W.)

"O meu é de admiração. Como ela consegue?" (J.S.)

"Ah, não sei... acho que pode ser admiração também. Você é guerreira." (I.T.)

"Obrigada pela admiração. Nunca ninguém me disse isso." (R.F.)

O trabalho feito no ambulatório contribuiu para estimular os pacientes a elaborar uma possível relação entre experiências que consideravam desestruturantes e eventuais ocorrências de sintomas.

"Gente, hoje passei mal, ainda estou pálido, né?" (J.S.)

"Teve uma pré-síncope?" (I.T.)

"Sim, mas logo melhoro. Ah, ontem tentaram assaltar minha casa." (J.S.)

"Puxa (...), sinto muito. Que ruim, né." (R.F.)

"Você sentiu medo?" (Psicoterapeuta)

"Nem tanto. Minha esposa sentiu mais." (J.S.)

"Você acha que a pré-sincope pode ser relacionada ao ocorrido de ontem?" (Psicoterapeuta)

"É, pode ser sim!" (J.S.)

No final da sessão, J.S. pediu atendimento individual para relatar eventos semelhantes que ocorreram no passado, que, segundo ele, eram sigilosos (Anexo 7, Ítem 4).

As atividades se complementaram durante o estudo. O atendimento grupal ajudou no reconhecimento mútuo, na compreensão, na troca de ideias e na formação de novos conceitos. Já o atendimento individual viabilizou rememorações dolorosas e confidenciais.

4.3 RESPOSTAS AUTONÔMICAS E TRAUMAS

A perda de consciência provocada pelo reflexo vasovagal pode ser desencadeada por uma quantidade acumulada de energia psíquica. Por uns instantes, diante da precariedade de simbolização, o paciente "desliga" de um estado consciente, como se o corpo respondesse a uma exigência pulsional insuportável.

Tanto no grupo de intervenção quanto no grupo psicoterapêutico, os pacientes descreveram possíveis gatilhos e quantidade de síncopes e pré-síncopes antes e durante o ano da intervenção (Anexo 8). Ambientes fechados, aglomerações, calor excessivo, longo tempo de jejum e cansaço estavam entre os principais estímulos. A partir do momento em que reconheciam e nomeavam sentimentos, alguns pacientes associavam o início dos episódios a tensão, ansiedade e angústia.

Para C.W., aglomeração e esforço físico estavam entre os principais fatores desencadeantes de síncope. Ao final do processo de intervenção, conseguia identificar alguns gatilhos de ordem emocional:

> *"No domingo minha irmã chorou muito, pois meu cunhado piorou (...). Ontem eu tive uma pré-síncope. Fiquei mal a manhã toda. Tive insônia pensando no meu cunhado, que está entre a vida e a morte. Levantei da cama, cansada, com dor de cabeça e tive os pródromos. Acho que o que causou essa pré-sincope foi a tensão que senti no final de semana."*

Diante de pacientes que apresentavam dificuldade de simbolização, nem sempre o estresse, a ansiedade, os medos e as tristezas eram reconhecidos. As ameaças do ambiente que antecederam os sintomas de síncope vasovagal poderiam estar associadas às vivências traumáticas, mas muitos conteúdos relacionados a essas vivências não eram conscientes, restando apenas reconhecimentos das sensações corporais ou nenhuma identificação (Anexo 8).

Alguns estudos demonstram que o indivíduo com a condição da síncope vasovagal, quando se depara com uma situação ameaçadora, reage com respostas autonômicas desproporcionais, se comparadas às de indivíduos que não apresentam essa condição [42, 43, 45].

As respostas autonômicas são reações naturais e inconscientes às situações de risco impostas pelo meio ambiente, conhecidas como reações de luta ou fuga (*fight or flight*). A manifestação se inicia com a liberação de noradrenalina pelo sistema nervoso autônomo, que promove aumento do cronotropismo e do inotropismo cardíacos, vasoconstrição periférica e consequente aumento da pressão arterial, com o objetivo de elevar o aporte de sangue e oxigênio para a musculatura esquelética e o cérebro [46].

O objetivo biológico dessa resposta é aprimorar a atenção e o raciocínio e aumentar a resistência muscular para uma luta ou uma fuga. Um dos gatilhos para a ocorrência dessa resposta autonômica é o estresse emocional. No momento em que mecanoceptores autonômicos intramiocárdicos detectam uma "sobrecarga" (= suscetibilidade variável de

indivíduo para indivíduo), ocorre uma ativação aferente para o NTS, com consequente liberação da atividade vagal e colapso do sistema simpático. Essa condição provoca vasodilatação sistêmica e graus variáveis de bradicardia (inclusive assistolia), com hipotensão arterial súbita, hipofluxo cerebral e síncope [46].

Um estímulo cortical cerebral pode ativar diretamente o NTS, desencadeando o reflexo vasovagal e provocando vasodepressão e bradicardia, sem a participação do sistema cardiovascular no seu processo fisiopatológico inicial.

Essa condição foi observada em um estudo comparativo realizado na Força Aérea dos Estados Unidos, em que tripulantes com SVV apresentavam altos níveis de excitação afetiva momentos antes dos sintomas de pré-síncope e síncope. Em 95% dos casos dos pacientes com SVV, havia uma ameaça percebida, proveniente de uma figura autoritária [45].

O autor do estudo descreve que há uma sensação de desamparo na maioria da tripulação com SVV, que, diante de posicionamentos incisivos, permanecia resignada e impotente frente às possíveis ameaças [45]. Compreende-se que a descarga de excessos pulsionais no corpo era caracterizada pelo desmaio, devido à incapacidade de representação do afeto.

Em uma de suas obras, Ferenczi (1933/2011) [47] pontuou algumas manifestações relacionadas à perda da consciência como se fossem retornos contra o próprio eu. De acordo com o autor, a hipótese metapsicológica que corresponderia aos modos de reações como essas seria a de uma retirada do investimento libidinal do próprio organismo.

> Uma profunda tristeza, stress ou uma dor física podem reforçar a aspiração a uma quietude absoluta, isto é, quietude da morte, ao ponto de que tudo o que ameaça perturbar essa tendência suscita uma reação de defesa e hostilidade (Ferenczi, 1933/2011, p. 152) [47].

O caráter traumático de um acontecimento resulta tanto da consistência dos recursos psíquicos que o indivíduo tem para enfrentá-la

quanto da intensidade do estímulo do evento [15]. Os participantes deste estudo tiveram momentos de perdas significativas, vividas como traumáticas, que desencadearam regressões em seus desenvolvimentos psíquicos. Nas vinhetas clínicas, é possível observar que as lembranças dos primeiros desmaios têm relação temporal com vivências desorganizadoras e traumáticas:

C.A. - desmaio após a morte do pai, quando estava na casa de sua mãe resolvendo questões burocráticas.

C.W. - início dos sintomas de síncope um mês depois da morte trágica do pai.

I.T. - sintomas de síncope na adolescência e do primeiro desmaio após ter fugido de casa.

J.S. - não lembra de desmaios na infância. Primeiro desmaio há 10 anos, dentro do avião, a caminho de sua cidade natal.

R.F. - lembra dos sintomas de pré-sincope e do primeiro desmaio, que aconteceu durante o período em que permaneceu casada com seu ex-marido. Após a perda da visão, as síncopes tornaram-se constantes.

As vivências traumáticas de cada paciente foram acompanhadas por uma sensação de falta de cuidado perturbadora, em que não havia um olhar de testemunha e de cuidado.

O trauma patogênico acontece em dois momentos. O primeiro é o *choque.* Trata-se de uma vivência que atinge o indivíduo de forma esmagadora, de maneira que ele não pode oferecer resistência. O segundo é o *desmentido,* ou seja, o que não é compreensível pelo cuidador, que, em situações como essas, reage com um silêncio fatal [19, 48].

Para Ferenczi, a negação do cuidador é atribuída a vivência do trauma: "O pior é realmente o desmentido, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento (...) é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico" (Ferenczi, 1931/2011, p. 91) [48].

Em todos os casos, a vivência dolorosa foi acompanhada de um desamparo avassalador, o que contribuiu para o grau de desorganização psicossomática de cada membro participante.

4.4 ORGANIZAÇÃO PSICOSSOMÁTICA

Ao longo dos encontros, foi possível evidenciar o início do processo de simbolização em algumas narrativas. Os pacientes esboçavam capacidades imaginativas, e observou-se o aparecimento de vida onírica.

De acordo com Volich (2010) [15], um objetivo importante da psicoterapia é criar condições para o desenvolvimento e para a consolidação das dinâmicas psíquicas. Um dos meios de direcionar o paciente para o investimento de seu pensamento é promover a qualidade da atividade onírica. O sonho é uma atividade mental importante para a elaboração das intensidades das experiências de vida de cada um [1].

Considerando a fragilidade da economia psicossomática desses pacientes, o trabalho minucioso da psicoterapia possibilitou lidar com níveis primitivos de comunicação.

J.S. contou seus sonhos repetitivos com a queda de um avião e R.F. destacou, com um misto de prazer e culpa, um sonho agradável. A dinâmica de “contar sonhos” nas sessões tornou-se constante. (Anexo 7, Item 4)

> Os sonhos representam, de fato, especialmente para a psicossomática, os testemunhos: por sua presença, de uma atividade mental do paciente fora de sua relação direta com o terapeuta; por sua comunicação; por seu conteúdo da qualidade (...) do sistema de representações e dos agrupamentos de seus diferentes níveis evolutivos; pelas associações de que os sonhos são objeto do grau das ligações em todo o funcionamento mental (...). (Marty, 1993, p. 62) [1]

Na situação terapêutica, o psicoterapeuta é convocado a uma posição de objeto transferencial estruturante e organizador da pulsionalidade e da

angústia, uma de suas expressões. Valorizar as manifestações oníricas e simbólicas dos pacientes, por menores que fossem, favoreceu a mobilização de seus recursos representativos para uma possível organização da economia psicossomática.

Esse processo de organização também pode ser comparado ao termo *dessomatização*[‡‡], utilizado por Mc Dougall (1997) [49], na medida em que a angústia se torna perceptível através de um enquadramento analítico, proporcionando um ambiente seguro, que permite ao paciente dar nome ao terror anteriormente inominável.

4.5 INVESTIGAÇÃO PSICOSSOMÁTICA

Para compreender a evolução da vida mental dos sujeitos, foi realizada uma investigação psicossomática (Anexos 4 e 5). Marty (1993) [1] explica que esse método de investigação busca refletir uma perspectiva dinâmica ao considerar a história pregressa da vida mental do sujeito e suas possibilidades evolutivas durante o processo psicoterapêutico, evitando fixar o sujeito em apenas um determinado tipo de condição psíquica.

Os elementos obtidos nessa investigação permitiram estabelecer uma classificação psicossomática a partir da compreensão didática do funcionamento psíquico do paciente, segundo uma perspectiva estrutural e econômica [1].

É importante considerar a nosografia psicossomática como uma descrição pontual dos recursos, dinâmicas e manifestações presentes nos pacientes no momento das sessões de psicoterapia, que podem oscilar de acordo com as experiências que eles possam vir a ter em seguida, espontaneamente ou pelo processo terapêutico [15].

[‡‡] **Dessomatização:** passagem gradativa de sintomas somáticos, anteriormente inacessíveis ao pensamento verbal, para uma *psiconeurose analisável* (McDougall, 1997) [49].

Para a classificação, foram avaliados os recursos de mentalização, considerando três dimensões: quantidade de representações psíquicas [§§], fluidez de circulação entre diferentes camadas de representações e a disponibilidade espontânea de tais representações, apresentadas nas vinhetas clínicas (Anexo 7).

A *má mentalização* e a *mentalização incerta* [***] constituíram os principais modos de funcionamento observados em cada um dos participantes do grupo terapêutico (Tabela 4). Essas estruturas foram caracterizadas por oscilações entre superficialidade psíquica e melhora da capacidade representativa e associativa, adquirida com o tempo.

As **novas características resultantes da psicoterapia** (Tabela 4) foram analisadas levando em conta a diminuição das **características habituais** desfavoráveis ao equilíbrio psicossomático, a retomada de **particularidades habituais** favoráveis ao equilíbrio psicossomático e a aquisição de novos tipos de funcionamento.

Os casos estudados (Anexo 7) ilustram a possibilidade da evolução psíquica a partir elaboração das características descritas acima. Por exemplo, no caso do paciente J.S., observamos uma estrutura fundamental com mentalização incerta, na qual foi possível observar oscilações entre a falta de representação psíquica e as dinâmicas hipocondríacas. Essas dinâmicas, que envolviam queixas e dores, foram analisadas como uma tentativa de equilíbrio psicossomático [50]. Diante da possibilidade de relatar,

---

[§§] **Representação**: "Termo clássico (...) em psicologia para designar aquilo que se representa, o que forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento e em especial a reprodução de uma percepção anterior" (Laplanche; Pontalis, 2001 p. 454) [7]. **Representante psíquico**: Conceito limite entre o somático e o psíquico. "(...) do lado somático, a pulsão tem sua fonte em fenômenos orgânicos geradores de tensões internas a que o sujeito não pode escapar; mas, pela meta que visa e que pelos objetivos que se liga, a pulsão conhece um destino essencialmente psíquico" (Laplanche; Pontalis, 2001 p. 454) [7]. É essa situação de fronteira que Freud recorre à noção de representante do somático no psíquico.

[***] **Má mentalização**: superficialidade psíquica representativa e desoladora. Ausência ou pobreza quantitativa e qualitativa de representações psíquicas [1].

Mentalização incerta: Variação entre a qualidade da representação. Oscilação entre precariedade e consistência na associação de ideias [1].

Boa mentalização: Boa organização do pré-consciente. Riqueza quantitativa e qualitativa de representações [1].

na psicoterapia, sua história dolorosa, tornaram-se presentes manifestações de angústias difusas. No decorrer da análise, as nomeações de sensações e sentimentos contribuíram para a diminuição dessas angústias.

	ESTRUTURAS FUNDAMENTAIS	PARTICULARIDADES HABITUAIS IMPORTANTES	CARACTERÍSTICAS HABITUAIS IMPORTANTES	NOVAS CARACTERÍSTICAS RESULTANTES DA PSICOTERAPIA
J.S.	Mentalização incerta	Hipocondríaco	Angústias difusas	Diminuição de desorganização progressiva

A redução da desorganização progressiva, conforme o quadro acima, foi a nova característica resultante da psicoterapia. As pré-síncopes, que eram consistentes no início, diminuíram, dando lugar a dores corporais, dores de cabeça constantes e pesadelos. Estar doente, para J.S., era a chance de ser visto e investido.

Outro exemplo que possibilita observar as oscilações psíquicas, porém a partir de uma estrutura fundamental de má mentalização é o caso da paciente C.W. (Anexo 7, Item 2). Essa paciente apresentava, principalmente no início da psicoterapia, conteúdos verbais com representações limitadas e superficiais. Ao relatar cenas da morte do pai, referia um discurso familiar que desencorajava qualquer experiência imaginativa e preconizava o silêncio.

A falta de energia vital e o desamparo profundo observados nessa paciente representam sintomas de *depressão essencial*, conforme a denominação de Pierre Marty [1]:

> São depressões sem objeto, nem auto acusação, nem mesmo culpabilidade consciente, onde o sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orienta eletivamente para a esfera somática (...) Deve ser evidentemente relacionado à precariedade do trabalho mental. (Marty, 1993, p. 18) [1]

Esse tipo de depressão, observada em C.W., é caracterizada pela falta de dinâmicas mentais (deslocamentos, introjeções, projeções,

identificações e vida fantasmática e onírica), com intenso desinteresse pelo passado e pelo futuro, como se houvesse uma ruptura com sua própria história [1].

Ao longo da psicoterapia, foram observadas oscilações entre manifestações somáticas e representatividades psíquicas que eram evidenciadas entre adoecimentos e medo de sair de casa. Esse último foi responsável pelo surgimento de medidas psíquicas protetivas de possíveis ameaças representadas pelo meio externo. C.W. revelava relacionamentos de desconfiança no trabalho e desprezo pela maioria das pessoas com as quais convivia. Esses sentimentos possibilitaram o aparecimento de mecanismos defensivos fóbicos de ambiente, pois passou a não querer mais sair de casa.

Tendo em vista a perspectiva de seguir um caminho de desenvolvimento psíquico que contribuía para o aparecimento de uma vida representacional, o trabalho de elaboração do luto do pai tornava-se possível:

	ESTRUTURAS FUNDAMENTAIS	**PARTICULARIDADES HABITUAIS IMPORTANTES**	**CARACTERÍSTICAS HABITUAIS IMPORTANTES**	**NOVAS CARACTERÍSTICAS RESULTANTES DA PSICOTERAPIA**
C.W.	Mal mentalizada	Fóbico de contexto de ambiente	Angústias difusas (perda do objeto)	Elaboração de lutos

Classificação psicossomática C.W.

As sutis rememorações das experiências dolorosas de todos os participantes do grupo de intervenção foram relatadas respeitando o tempo de cada um. Muitos fatos obscuros que permeavam as vivências traumáticas não foram reproduzidos em palavras, mas observados nos comportamentos por meio de traços hipocondríacos, obsessivos, histéricos, fóbicos e depressivos.

Ao discorrer sobre as vantagens da substituição da ação pelas rememorações, o raciocínio de Freud é de extrema relevância. Mas, no caso

desses pacientes somáticos, as oscilações entre as somatizações e as atuações podem percorrer um caminho de grande valia, que possibilita uma evolução nas representações psíquicas por meio de nomeações e simbolizações.

> (...) penso haver vantagem em suscitar um material atuado importante, que poderá em seguida ser transformado em rememoração. Em princípio sou contra explosões descontroladas, mas penso ser útil descobrir, tão amplamente quanto possível, as tendências para a ação, escondidas, antes de passar ao trabalho do pensamento (...). Ninguém pode enforcar um ladrão antes de tê-lo agarrado. (Ferenczi, 1931/2011, p. 84) [48]

É importante salientar que a investigação psicossomática não objetivou diagnosticar e nem determinar uma etiologia psíquica da condição da síncope vasovagal, mas, sim, avaliar as capacidades do processo psíquico, visando a melhora dos sintomas.

4.6 ADESÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Os resultados do estudo sugerem que a intervenção via grupo psicanalítico pode ser uma opção bastante eficaz, principalmente em instituições de saúde, onde se podem organizar grupos homogêneos, ou seja, que partem de uma temática em comum.

A alternativa de psicoterapia grupal e/ou individual adjuvante é relevante para a prática clínica em casos refratários de SVV, uma vez que as opções terapêuticas atuais, incluindo o tratamento farmacológico, têm benefício limitado [3, 51, 52, 53].

Uma importante condição necessária para a participação do paciente na pesquisa foi a frequência semanal ininterrupta nas sessões psicoterápicas, no período de um ano. Pacientes que não poderiam assumir essa constância não estariam aptos para o tratamento psicoterápico. Esse critério, por um lado, contribuiu para a grande adesão dos participantes nas

sessões (grupo e individuais) e, por outro lado, foi fator de exclusão, impedindo que um número maior de pacientes participasse do estudo.

Cada um dos pacientes envolvidos no estudo, como observamos nos resultados (Tabela 4), apresenta carência de recursos psíquicos. Assim sendo, a capacidade de vinculação estava comprometida.

Como vimos anteriormente, pacientes somáticos geralmente estabelecem vínculos afetivos pouco significativos, devido à falta de recursos evoluídos de comunicação, ou seja, pela precariedade de simbolização psíquica, eles manifestam reações biológicas (somatização). Consequentemente, não compreendem a necessidade real da psicoterapia:

Psicoterapeuta questiona os pacientes na primeira sessão grupal:

Alguém poderia dizer qual é o objetivo de uma psicoterapia?

"Não sei direito, nunca fui atrás." C.W.

"Quando eu estava internada para tirar o nódulo da mama, uma psicóloga me atendeu. Eu estava bem, mas foi bom para me ajudar a entender minha doença (câncer)." I.T.

"Cuida da cabeça? (risos)" J.S.

Tanto Ferenczi como Marty se posicionam de maneira semelhante diante de casos de pacientes com pouca representação psíquica. Esse cenário exige outro tipo de abordagem por parte do psicoterapeuta, que pouco poderá oferecer ao paciente através do modelo clássico freudiano.

No início do acompanhamento, os pacientes pouco compreendiam o real significado da psicoterapia. Um aspecto que contribuiu para o consentimento da participação no projeto foi o compromisso não somente com a psicoterapia, mas também com a instituição (Incor – HCFMUSP), com a qual já havia vínculo assistencial.

Outro ponto relevante para o envolvimento do paciente no processo terapêutico foi a prática ativa do psicólogo ao estabelecer funções consideradas práticas e tangíveis, por meio de esclarecimentos sobre suas condições clínicas, temas cotidianos e "tarefas", que consistiam na

realização de anotações semanais do número de síncopes e pré-síncopes e das situações em que ocorriam.

Ao sugerir anotações semanais como “tarefa”, o psicoterapeuta despertou indagações:

“Colocar os números das vezes que vou passar mal até que é fácil.” (I.T.)

“Nossa, vou ter que perceber isso. Às vezes não percebo e deixo passar.” (C.W.)

“Legal. Vou anotar na minha agendinha.” (C.A.)

“E eu vou anotar no meu celular, fica mais fácil para não esquecer.” (J.S.)

“Vou mandar mensagem de voz cada vez que eu sentir o pré-desmaio e desmaiar, pode ser?” (R.F.)

Quando eles traziam seus números, abria-se um leque de oportunidades para que falassem das sensações de cada episódio de síncope e pré-síncope. De acordo com Aisenstein (2005) [20], o terapeuta deve instrumentalizar o paciente para nomear e expressar seus afetos, sobretudo em suas nuances e sutilezas.

Nas primeiras semanas de grupo, os pacientes se sentavam em suas cadeiras e aguardavam em silêncio as primeiras palavras do psicoterapeuta. Primeiramente, o profissional entrava em contato com o que eles poderiam alcançar de forma mais direta: seus sintomas físicos. Perguntas de como passaram a semana eram respondidas mencionando os eventuais números de síncopes e/ou pré-síncopes.

Dores de cabeça, analgésicos, tonturas e tempo de recuperação de cada sintoma de síncope, estavam entre os principais conteúdos verbalizados nas primeiras sessões.

A relação terapêutica, de acordo com a definição de Boraks (2008) [40], acontece através do reconhecimento da subjetividade do paciente pelo analista e do fato de ser tocado por ela. Essa experiência esteve presente na relação contratransferencial, pelo envolvimento do analista com o que sua vitalidade o fez experimentar.

Por volta de três meses após o início das sessões psicoterapêuticas, ao entrarem na sala de grupo, os participantes já comunicavam-se mais espontaneamente. Algumas vezes, o psicólogo instigava os pacientes a darem continuidade aos temas que eram abordados na sala de espera do ambulatório, pois assuntos que envolviam a memória recente dos pacientes algumas vezes conduziam às lembranças passadas.

Em uma das sessões, R.F. e I.T. contaram que haviam conversado com uma pessoa na sala de espera do ambulatório, que havia descoberto sua condição de síncope recentemente e estava aguardando consulta com um médico. Ao compartilharem as sensações dos pródromos com essa paciente, o psicoterapeuta observou um discurso organizado de compreensão sobre sintoma e prevenção e estimulou que cada um falasse sobre os primeiros desmaios que sofreu. Esses relatos foram compreendidos e nomeados de acordo com as sensações do próprio analista sobre cada angústia vivenciada por desmaios repentinos e dolorosos.

Como sugere Ferenczi (1932/1990) [54], os pacientes psiquicamente mais fragilizados requerem uma presença implicada e estratégias terapêuticas capazes de convidá-los a participar do processo analítico, reduzindo assim suas resistências. É um convite a um encontro vivo e à construção de um campo de compartilhamento do afeto.

Esses pacientes tinham algo em comum: estruturas psíquicas frágeis decorrentes de seus traumas. Contudo, o funcionamento psíquico precário deles não foi um fator impeditivo para o desenvolvimento de elaborações integradoras da vida pulsional.

Em um ano de sessões semanais, a adesão geral foi de 97,6% (5 faltas dentre as 210 avaliações de presença), ou seja, houve uma participação significativa. A psicoterapia contribuiu consideravelmente para as presenças quase ininterruptas no processo terapêutico. No final das intervenções, foram disponibilizados encaminhamentos para que os pacientes continuassem em processo psicoterapêutico.

4.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, pode-se concluir que os pacientes portadores de síncope vasovagal recorrente e refratária ao tratamento convencional, submetidos à intervenção psicoterapêutica regular, inspirada pela Psicossomática Psicanalítica, tiveram uma redução significativa na recorrência de eventos e melhora na qualidade de vida durante um ano de acompanhamento.

Embora se saiba que a maioria das doenças e/ou sintomas são multifatoriais (predisposição biológica, hereditária, fatores ambientais), foi possível observar relações entre vivências traumáticas e episódios de síncope vasovagal nos pacientes estudados.

4.4 LIMITAÇÕES

Entendemos que o cálculo amostral realizado neste estudo, com um pequeno número de pacientes incluídos no ensaio randomizado, seja uma limitação para sua validação externa, a uma população com maior diversidade de características individuais. No entanto, existe uma lacuna na literatura quanto ao efeito específico da psicoterapia no tratamento de pacientes com síncope vasovagal recorrente. Este estudo foi desenhado para avaliar o impacto da psicoterapia em uma população específica, refratária às terapias padrão e com alto impacto de eventos sincopais em suas vidas, que pode representar até um terço de todos os pacientes com síncope vasovagal [3, 51].

Durante o acompanhamento, constatou-se que todos os pacientes apresentaram experiências traumáticas relacionadas temporalmente aos primeiros episódios de síncope, e os resultados do presente estudo podem ser aplicáveis a este grupo, comumente reconhecido durante as sessões de psicoterapia. Além da seleção dos pacientes, a intervenção também foi

específica, sendo realizada pela mesma psicóloga, com atendimentos semanais, durante 12 meses.

Assim, os resultados podem ser interpretados como uma “prova de conceito” do benefício da psicoterapia de abordagem psicossomática psicanalítica na síncope vasovagal recorrente. No entanto, uma indicação mais ampla dessa intervenção precisaria ser validada em um grupo mais heterogêneo de pacientes, com doenças menos graves, utilizando diferentes métodos de psicoterapia durante um período de acompanhamento mais longo. Contudo, no grupo específico de pacientes com SVV, semelhante à população deste estudo, as sessões semanais de psicoterapia devem ser consideradas uma estratégia importante para reduzir a recorrência e melhorar a qualidade de vida.

5 Referências

5 REFERÊNCIAS

1- Marty P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

2- Marty P. **Mentalização e Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

3- Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope; European Society of Cardiology (ESC); European Heart Rhythm Association (EHRA); Heart Failure Association (HFA); Heart Rhythm Society (HRS), Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm JB, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). **Eur Heart J.** 2009;30(21):2631-71.

4- Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al.; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. **Eur Heart J.** 2018;39(21):1883-948.

5- Cintra FD; Hachul D. Síncope: diagnóstico e tratamento. In: **Livro-texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Barueri, SP: Manole; 2012.

6- Ng J, Sheldon R, Ritchie D, Raj V, Raj S. Vasovagal syncope patients have a reduced quality of life and greater psychological distress compared to healthy subjects. **Canadian Journal of Cardiology**. 2017;33(10), S150.

7- Laplanche J. **Vocabulário da psicanálise**. Laplanche e Pontalis. (Trad. Pedro Tamem). 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

8- Freud S. **Estudos sobre a histeria**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

9- Alexander F. **A Medicina Psicossomática**. (C. B. Fishmann, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

10- Marty P, De M'uzan M. La pensée opératoire. **Rev Fr Psychanal**. 1963;27(Suppl):345-56.

11- Volich RM. Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In: Volich RM, Ferraz FC, Arantes MAAC (orgs.). **Psicossoma II - Psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo: 2007. p. 21.

12- Freud S. **Além do princípio de prazer** (1920). Rio de Janeiro: Imago; 1977. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, 18).

13- Alexander F. **Medicina e Psicossomática**: Princípios e aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

14- Aisenstein M, Smadja C. Conceptual framework from the Paris Psychosomatic School: a clinical psychoanalytic approach to oncology. **Int J Psychoanal**. 2010;91(3):621-40.

15- Volich RM. **Psicossomática**: de Hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.

16- McDougall J. **Teatros do corpo**: psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

17- Romano BW. **O psicólogo clínico em hospitais**: contribuição para o aperfeiçoamento da arte no Brasil. 2 ed. São Paulo: Vetor; 2017.

18- Ferenczi S (1928/2011). A elasticidade da técnica. In: Ferenczi S: **Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes; 2011 (original 1934).

19- Kupermann D. **Estilos do Cuidado**: a psicanálise e o traumático. 1ª ed. São Paulo: Zagodoni; 2017.

20- Aisenstein M. Abordagem psicodinâmica do paciente psicossomático. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky S. (Orgs.). **Psicoterapia de orientação analítica:** fundamentos teóricos e clínicos. (Trad. C. Monteiro). Porto Alegre: ArtMed; 2005. p. 667-673.

21- Savage DD, Corwin L, McGee DL, Kannel WB, Wolf PA. Epidemiologic features of isolated syncope: the Framingham Study. **Stroke**. 1985;16(4):626-9.

22- Bartoletti A, Fabiani P, Bagnoli L, Cappelletti C, Cappellini M, Nappini G, Gianni R, Lavacchi A, Santoro G. Physical injuries caused by a transient loss of consciousness: main clinical characteristics of patients and diagnostic contribution of carotid sinus massage. **Eur Heart J**. 2008;29(5):618-24.

23- Simeon E, Bernard A, Clementy N, Herault G, El-Hage W, Monpe`re C, Ivane´s F, Angoulvant T, Babuty D. Severe recurrent vasovagal syncope and multidisciplinary rehabilitation: A prospective randomized pilot study. **Int J Cardiol**. 2015;187:658-9..

24- Brignole M, Donateo P, Tomaino M, Massa R, Iori M, Beiras X, Moya A, Kus T, Deharo JC, Giuli S, Gentili A, Sutton R; International Study on Syncope of Uncertain Etiology 3 (ISSUE 3) Investigators. Benefit of pacemaker therapy in patients with presumed neurally mediated syncope and documented asystole is greater when tilt test is negative: an analysis from the third International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE-3). **Circ Arrhythm Electrophysiol**. 2014;7(1):10-6.

25- Constantino G, Perego F, Dipaola F, Borella M, Galli A, Cantoni G, Dell'Orto S, Dassi S, Filardo N, Duca PG, Montano N, Furlan R; STePS Investigators. Short and long-term prognosis of syncope, risk factors, and role of hospital admission: results from the STePS (Short-Term Prognosis of Syncope) study. **J Am Coll Cardiol**. 2008;51(3):276-83.

26- Ungar, A, Mussi C, Del Rosso A, Noro G, Abete P, Ghirelli L, Cellai T, Landi A, Salvioli G, Rengo F, Marchionni N, Masotti G; Italian Group for the Study of Syncope in the Elderly. Diagnosis and characteristics of syncope in older patients referred to geriatric departments. **J Am Geriatr Soc.** 2006;54(10):1531-6.

27- Linzer M, Pontinen M, Gold DT, Divine GW, Felder A, Brooks WB. Impairment of physical and psychosocial function in recurrent syncope. **J Clin Epidemiol**. 1991;44(10):1037-43.

28- Rose MS, Koshman ML, Spreng S, Sheldon R, The relationship between health-related quality of life and the frequency of spells in patients with syncope. **J Clin Epidemiol**. 2000;53(12):1209-16.

29- Van Dijk N, Sprangers MA, Boer KR, Colman N, Wieling W, Linzer M. Quality of life within one year following presentation after transient loss of consciousness. **Am J Cardiol**. 2007;100(4):672-6.

30- Freud S. Luto e Melancolia 1920. In: Freud S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1969. Vol. XVIII.

31- Kaes R. O interesse da psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. In: Correa OBR. **Vínculos e instituições**: uma escuta psicanalítica. São Paulo: Editora Escuta; 2002.

32- Oppenheimer SM, Wilson JX, Guiraudon C, Cechetto DF. Insular cortex stimulation produces lethal cardiac arrhythmias: a mechanism of sudden death? **Brain Res**. 1991;550(1):115-21.

33- Penninx BH, Beekman AF, Honig A, Deeg DJ, Schoevers RA, van Eijk JT, van Tilburg W. Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. **Arch Gen Psychiatry**. 2001;58(3):221-7.

34- Flevari P, Leftheriotis D, Komborozos C, Fountoulaki K, Dagres N, Theodorakis G, Kremastinos D. Recurrent vasovagal syncope: comparison between clomipramine and nitroglycerin as drug challenges during head-up tilt testing. **Eur Heart J**. 2009;30(18):2249-53.

35- Brunner E, Langer F. **Nichtparametrische Analyse longitudinaler Daten.** Munchen Wien: R. Oldenbourg Verlag; 1999.

36- Brunner E, Domhof S, Langer F. **Nonparametric analysis of longitudinal data in factorial experiments**. New York: Wiley, 2002.

37- Turato ER, Magdaleno Júnior R, Campos LKS. Avaliação de resultados dos tratamentos psicanalíticos: instrumentos da metodologia qualitativa como recursos possíveis. **Revista de Psicanálise da SPPA**. 2010;17(2):281-97.

38- Marty P, Stora JB. **La classification psychosomatique Marty/IPSO, methode d'aide au diagnostic des organisations psychosomatiques et des maladies somatiques** - application de la methode aux malades de l´Hopital de la Poterne des Peupliers de janvier 1978 à decembre 1985. Paris: 1987.

39- Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. **Rev Saúde Pública**. 1997;31(5):538-542.

40- Boraks R. A capacidade de estar vivo. **Rev Bras Psicanál.** São Paulo. 2008;42(1):112-23.

41- Pelliccia F, Greco C, Vitale C, Rosano G, Gaudio C, Kaski JC. Takotsubo syndrome (stress cardiomyopathy): an intriguing clinical condition in search of its identity. **Am J Med**. 2014;127(8):699-704.

42- Ng J, Sheldon RS, Ritchie D, Raj V, Raj SR. Reduced quality of life and greater psychological distress in vasovagal syncope patients compared to healthy individuals. **Pacing Clin Electrophysiol**. 2019;42(2):180-8..

43- Gracie J, Newton JL, Norton M, Baker C, Freeston M. The role of psychological factors in response to treatment in neurocardiogenic (vasovagal) syncope. **Europace**. 2006;8(8):636-43.

44- Anzieu D. Grupo e o inconsciente : o imaginário grupal. Rio de Janeiro : Casa do Psicólogo, 1993.

45- Sledge WH. Antecedent psychological factors in the onset of vasovagal syncope. **Psychosom Med**. 1978;40(7):568-79.

46- Jardine DL, Wieling W, Brignole M, Lenders JWM, Sutton R, Stewart J. The pathophysiology of the vasovagal response. **Heart Rhythm**. 2018;15(6):921-929.

47- Ferenczi S. (1933/2011). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: Ferenczi S. **Obras completas. Psicanálise IV**. (A. Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes, 2011.

48- Ferenczi S. (1931/2011). Análises de crianças com adultos. In: Ferenczi S. **Obras completas. Psicanálise IV**. (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1931).

49- Mc Dougall J. **As múltiplas faces de Eros**; Uma exploração psicoanalítica da Sexualidade Humana. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

50- Volich RM. **Hipocondria**: impasses da alma, desafios do corpo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015 (Coleção Clínica Psicanalítica).

51- Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE, Goldberger ZD, Grubb BP, Hamdan MH, Krahn AD, Link MS, Olshansky B, Raj SR, Sandhu RK, Sorajja D, Sun BC, Yancy CW. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. **Circulation.** 2017;136(5):e60-e122.

52- Tomaino M, Romeo C, Vitale E, Kus T, Moya A, van Dijk N, Giuli S, D'Ippolito G, Gentili A, Sutton R, International Study on Syncope of Uncertain Etiology 3 (ISSUE 3) Investigators. Physical counter-pressure manoeuvres in preventing syncopal recurrence in patients older than 40 years with recurrent neurally mediated syncope: a controlled study from the Third International Study on Syncope of Uncertain Etiology (ISSUE-3)†. **Europace**. 2014;16(10):1515-20.

53- Sheldon R, Connolly S, Rose S, Klingenheben T, Krahn A, Morillo C, Talajic M, Ku T, Fouad-Tarazi F, Ritchie D, Koshman ML; POST Investigators. Prevention of Syncope Trial (POST): a randomized, placebo-controlled study of metoprolol in the prevention of vasovagal syncope. **Circulation**. 2006;113(9):1164-70.

54- Ferenczi S. **Diário Clínico.** São Paulo: Martins Fontes, 1990. p.143.

55- Fernandes MH. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

56- Anzieu D. **Grupo e o inconsciente**: o imaginário grupal. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 1993.

57- Winnicott DW. (1971/2000) **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas / por DW Winnicott, com uma introdução de Masud M. Khan; tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

58- Kupermann D. Humor, desidealização e sublimação na psicanálise. **Psicologia clínica.** 2010;22:193-207.

59- Freud S. **Os Chistes e a Sua Relação com o Inconsciente** (1905). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obras completas, 8).

60- Ferenczi S. (1934/2011). Reflexões sobre o trauma. In: Ferenczi S. **Obras completas. Psicanálise IV**. (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2011.

61- Gondar J. Ferenczi e o sonho. **Cad Psicanal.** Rio de Janeiro. 2013;35(29):27-39.

6 Anexos

ANEXOS

ANEXO 1

Teste de inclinação ortostática (*tilt tablet test*)

Trata-se de um método diagnóstico utilizado para avaliação de pacientes com suspeita de síncope reflexa, particularmente síncope vasovagal. Utiliza-se uma maca basculante com monitoramento de parâmetros hemodinâmicos para avaliar possíveis respostas reflexas anormais habitualmente relacionadas a episódios de síncope (figura 1).

Figura 1. Teste de inclinação

O protocolo inicial elaborado por Kenny e colaboradores consiste em monitorização da pressão arterial (PA) e do eletrocardiograma (ECG) do paciente durante um período de repouso em decúbito dorsal horizontal por 20 minutos, seguido de inclinação ortostática a 60 ou 70 graus por 45 a 60 minutos ou até o surgimento de síncopes ou pré-síncopes associadas à deflagração do reflexo vasovagal (hipotensão com ou sem bradicardia). Com o seu maior uso na prática clinica, outros protocolos foram idealizados e testados com o intuito de reduzir a duração do exame e aumentar a sua sensibilidade, sem perda na especificidade. De uma maneira geral, os protocolos mais utilizados e aceitos atualmente são aqueles com 20 a 40 minutos a 60 a 70º de inclinação ortostática passiva seguida, se necessário, de período com sensibilização farmacológica com baixas doses de isoproterenol (geralmente <3mg/min), titulado para aumentar frequência cardíaca em até 30% em relação à basal. Outro agente sensibilizante proposto foi o nitrato sublingual. Ambos os protocolos apresentam taxa similares de resposta positiva (61% - 69%), com boa especificidade (92% - 94%).

Testes passivos são bastante seguros e não há relato de complicações maiores na literatura. A ocorrência de arritmias ventriculares foi descrita em exames sensibilizados com isoproterenol e geralmente estão associadas à presença de doença coronariana isquêmica e algumas cardiopatias. Assim, os testes sensibilizados com isoproterenol são contraindicados em pacientes com cardiopatia isquêmica, hipertensão descontrolada, cardiopatia obstrutiva, estenose aórtica e portadores de arritmia ventricular.

Efeitos colaterais menores têm sido relatados e incluem palpitações. A cefaleia é frequentemente observada após uso de nitratos. Embora infrequente, é possível a indução de fibrilação atrial durante ou logo após a resposta vasovagal, habitualmente autolimitada, porém, em alguns casos, é necessária a intervenção com cardioversão química ou elétrica para reversão ao ritmo sinusal.

Protocolo para execução do Teste de Inclinação

LOCAL

- Silencioso, com iluminação regulável e temperatura amena.

EQUIPAMENTO

- Maca basculante, com capacidade de inclinação até 70 graus ortostáticos, com apoio para os pés e cintos de segurança. Se possível, que tenha possibilidade de inclinação até –20 graus (posição de Trendelenburg).
- Monitor e registrador do eletrocardiograma contínuo.
- Monitorização de pressão arterial intermitente por método oscilométrico, ou de preferência contínua, com monitor batimento a batimento, não invasivo (pletismografia digital). No caso de monitor intermitente, as medidas devem ser feitas com a maior frequência possível.
- Equipamento e drogas para reanimação cardiorrespiratória.
- Bomba de infusão.

RECURSOS HUMANOS

- Médico especializado durante todo o procedimento.
- Técnico ou auxiliar de enfermagem capacitado para atendimento de emergência.

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO PROCEDIMENTO

- Pode ser realizado no período matutino ou vespertino, de preferência no início da tarde;
- O paciente deve permanecer em jejum oral por pelo menos 6 horas para sólidos e 4 horas para líquidos e estar adequadamente hidratado;
- Não é recomendada a permanência de familiares no laboratório. Em caso de crianças pequenas ou pacientes dependentes, é permitida a presença de apenas um acompanhante;
- O período de repouso deve ser de 10 minutos em decúbito dorsal horizontal. Caso seja feita punção venosa no início do exame, o paciente deve permanecer por 20 minutos em decúbito dorsal horizonta (DDH).
- A velocidade da inclinação passiva da maca deve ser realizada em 5 a 10 segundos;
- O ângulo de inclinação ortostática recomendado é de 70º;
- A exposição à postura ortostática pode variar entre 40 e 45 minutos, em teste passivo para adultos, e 20 e 30 minutos para crianças;
- O teste pode ser sensibilizado com:

  - Isoproterenol na dose de 1 a 3 mcg/minuto: endovenoso, por bomba de infusão, na diluição de uma ampola de isoproterenol 1:5000 para 100 ml de soro glicosado ou fisiológico, a partir dos últimos 5 minutos de repouso em decúbito horizontal. O tempo de inclinação a seguir deverá ser de no máximo 20 minutos.

  - Dinitrato de isossorbida na dose de 1.25 mg via sublingual, administrada depois de 20 minutos de exposição ortostática passiva. O tempo de inclinação após sensibilização deverá ser entre 15 a 20 minutos.

  - Nitroglicerina 400mcg em puff sublingual após 20 minutos de exposição ortostática passiva. Tempo de ortostase de mais 15 ou 20 minutos após administração da medicação.
- A massagem do seio carotídeo (MSC) é mais sensível durante inclinação ortostática, após a estabilização da pressão arterial e frequência cardíaca (normalmente após o 10º minuto de ortostase), com intervalo entre as compressões direita e esquerda de pelo menos 1 minuto ou até o retorno da pressão arterial e frequência cardíaca aos níveis basais.

Interpretação de resultados

A resposta positiva é definida como a indução de hipotensão com ou sem bradicardia de origem neuromediada, associada a reprodução dos sintomas clínicos do paciente. Os tipos de respostas são classificados conforme a seguir:

1. **Resposta Vasovagal Clássica**
   - **Tipo I** - **Resposta Mista**:
     Queda da pressão arterial sistólica maior que 30 mmHg associada a queda da frequência cardíaca > 10% em relação à basal.
   - **Tipo II – Resposta Cardioinibitória**:
     A - Queda da PA maior que 30 mmHg associada a queda da FC a níveis inferiores a 40 bpm, persistente por mais de 10 segundos.
     B - Pausa sinusal maior que 3 segundos (ou mais raramente bloqueio atrioventricular transitório) associada à queda da pressão arterial.
   - **Tipo III – Resposta Vasodepressora**:
     Queda da pressão arterial sistólica maior que 30 mmHg, sem alterações significativas da FC.

2. **Hipotensão Ortostática**

Hipotensão postural ortostática é definida como a queda da pressão arterial sistólica após a mudança da posição supina para ortostática.

1A. **Hipotensão ortostática precoce ou inicial** - queda fugaz da pressão arterial sistólica nos primeiros 30 segundos até 3 minutos de ortostase, autolimitada ou não, sintomática ou não e demonstrável principalmente pela medida de pressão arterial contínua batimento a batimento.

1B. **Hipotensão ortostática tardia** - queda da pressão arterial após 3 minutos de ortostase, sintomática ou não, podendo ser progressiva à medida que se prolonga a exposição ao decúbito ortostático.

3. **Síndrome Postural Ortostática Taquicardizante (SPOT)**

Definida como o incremento de mais de 30 batimentos na frequência cardíaca basal imediatamente ao se assumir a postura ortostática, mantido durante todo o período de monitorização e acompanhado de sintomas de intolerância ortostática ou um aumento da FC maior que 120 bpm durante os primeiros 10 minutos de ortostase.

REFERENCIA: Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, Fedorowski A, Furlan R, Kenny RA, Martín A, Probst V, Reed MJ, Rice CP, Sutton R, Ungar A, van Dijk JG; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2018 Jun 1;39(21):1883-1948.

ANEXO 2

Ficha do paciente

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

Efeito da psicoterapia de base psicossomática psicanalítica em pacientes com síncope vasovagal recorrente: um estudo randomizado.

Data do primeiro atendimento: ___/___/___

Nome:_____

Idade: _____

Data de nascimento: ___/___/____

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

Endereço:_____

_____

Cidade: _____

Estado:_____ CEP:_____

Telefone: _____Celular:_____

Comercial:_____

Contato Adicional

Nome:_____

Relação:_____

Telefone:_____

Celular:_____

Hábitos de vida:

Tabagismo: Ativo ( ) Ex-tabagista (se cessação de tabagismo > 1 ano) ( ); Nunca fumou regularmente ( ); anos-maço (se ativo ou ex-tabagista); quantos anos parou se ex-tabagista _____

Etilismo: Sim ( ) Não ( ); Se sim, quantas doses em média por dia numa semana habitual (1 lata de cerveja = 1 dose de destilado = 1 cálice de vinho)_____

Atividade física: Sim ( ) Não ( ); Se sim, definir se aeróbica ( ) anaeróbica ( ) ou ambas ( ) e quantos dias por semana e quanto tempo para cada sessão

_____

Usuária de drogas ilícitas: Ativo ( ) Ex-usuário ( ) Nunca usou ( ); qual droga (se ativo ou ex-usuário); quantos tempo parou se ex-usuário:

_____

Outros hábitos:

_____

Comorbidades

_____

História familiar de primeiro grau (doenças em pai, mãe e irmãos):

_____

_____

_____

_____

_____

Medicações:

_____

_____

_____

_____

_____

Já fez psicoterapia?

Sim ( ) Não ( ); Se já fez antes, há quanto tempo parou e por quê?

_____

_____

_____

_____

_____

Síncope:

Tipo:_____

Trauma:_____

Frequência:_____ Últimos 6 meses:

_____

Paciente identifica algum fator precipitante para síncope? Se sim, qual (is)?

_____

Paciente apresenta pródromos? Ou seja, tem sintomas ou sensações premonitórios antes de desmaiar? Se sim, quais são?_____

Paciente usa alguma manobra para tentar controlar ou evitar a síncope? Se sim, qual manobra usa? Obtém sucesso com manobra? ( ) sempre ( )mais de 50% das vezes ( ) menos de 50% das vezes ( ) nunca

Tilt Test:_____

_____

_____

_____

_____

Dados de exame físico:

Frequência cardíaca, pressão arterial, peso, altura (IMC)

_____

Anotações

Comentários:

ANEXO 3

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como conseqüência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como conseqüência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitiva-mente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escorre da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)	

09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo
10	Considerar o mesmo valor.
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100}}{\text{Variação (Score Range)}}$

Capacidade funcional: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas)7 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremo

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100}}{\text{Variação (Score Range)}}$

Dor: $\frac{9{,}4 - 2}{10} \times 100 = 74$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.
Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO 4

OBSERVAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO PSICOSSOMÁTICA DE PIERRE MARTY

A investigação psicossomática permite a compreensão de funcionamento psicossomático a partir de uma perspectiva econômica. Os elementos obtidos a partir dessa investigação permitem estabelecer uma classificação psicossomática que tem por objetivo, a partir de perspectivas diagnósticas, orientar tanto o procedimento psicoterapêutico quanto o desenvolvimento de pesquisas.

Essa classificação auxilia o psicoterapeuta:

- na concisão, ao relatar o essencial do paciente;
- no dinamismo, ao evitar a fixação do sujeito na descrição de um momento único de sua vida, levando em conta suas possibilidades evolutivas;
- na elaboração progressiva de cada característica da classificação, de acordo com as evidências clínicas, para contribuição nas pesquisas.

A avaliação é realizada a partir de quatro setores da vida do paciente:

A) Estrutura fundamental

Foi avaliada a partir dos níveis de mentalização dos pacientes através:

- de quantidades e qualidades de sonhos e pesadelos;
- das associações por meio de lembranças sobre o passado a partir de diferentes temas: brincadeiras, casas em que moravam na infância e na adolescência, relacionamentos anteriores aos atuais, etc.;
- de sintomas físicos e gatilhos.

B) Particularidades habituais

Foram investigadas através de marcas mais precisas da economia psicossomática, que se referem:

- à sintomatologia neurótica de caráter e de comportamento;
- ao modo de vida habitual;
- a dados antigos da anamnese.

C) Características atuais

Foram avaliadas a partir:

- dos dados sintomáticos imediatos;
- do modo de vida atual;
- das informações atuais da anamnese.

D) Novas características resultantes da psicoterapia

Foram observadas a partir:

- do desaparecimento das características atuais, especialmente as que são desfavoráveis ao equilíbrio psicossomático;
- da retomada de particularidades habituais favoráveis ao equilíbrio psicossomático;
- da aquisição de novos tipos de funcionamento psicossomático.

ANEXO 5

Questionário da Classificação Psicossomática

Marty P, Stora JB. La classification psychosomatique Marty/IPSO, methode d'aide au diagnostic des organisations psychosomatiques et des maladies somatiques - application de la methode aux malades de l´Hopital de la Poterne des Peupliers de janvier 1978 à decembre 1985. Paris; 1987.

A – Estrutura Fundamental:

Parte de base inerente, à idade adulta, da constituição psicossomática individual.
Repertório de estruturas fundamentais:

111*.Neurose mental com sintomatologia organizada, de funcionamento constante.
121. Neurose bem mentalizada (certeza).
122. Neurose de mentalização incerta (dúvida).
123. Neurose mal mentalizada (problemas constatados).

A mentalização comporta de uma só vez três características fundamentais do pré-consciente:

- Dimensão do conjunto de formações representativas.
- Fluidez das conexões entre as representações.
- Permanência habitual do funcionamento.

131. Neurose de comportamento (insuficiência original do pré-consciente. Expressão habitual do inconsciente nos comportamentos).
141*. Psicose com sintomatologia organizada de funcionamento constante.
151. Psicose polimorfa.
161. Psicose de comportamento.

---

*111 e 141 só podem ser utilizados em caso de dificuldades somáticas acidentais no sentido traumático cirúrgico ou, quando muito, infecciosos decorrentes de epidemias. Nos outros casos, na verdade, mesmo em se tratando de organizações anais com manifestações obsessivas passageiras ou estruturas histéricas (com fenômenos de conversão), a sistemática mental neurótica ou psicótica foi permeada por conflitos, pelo menos, momentaneamente. Esses casos podem apenas aparecer no caso de neurose e psicose polimorfas, sendo que os sintomas devem ser apontados posteriormente na classificação.

181. Estrutura alérgica essencial.
100. Outros

B. Particularidades habituais mais importantes

Reúnem informações sintomáticas atuais, que dizem respeito ao funcionamento mental, hábitos que formam um estilo de vida e dados referentes ao histórico médico. Para garantir o rigor estatístico, foram levantados três tipos de particularidades:

Repertório de particularidades habituais mais frequentes:
Ordem sintomática:

211*. Angústias difusas• (angústias automáticas de episódios de estresse).
221*. Angústias objetais (sinais de alarme acompanhados de associações representativas).

Aspectos (traços de):

231. Alérgico
232. Anal e obsessivo (retenção e controle)
233. Hipocondríaco
234. Histérico (polimorfos e edipianos)
235. Oral
236. Perverso
237. Fálico – Narcísico
238. Fóbico (de ambiente ou de intrusão)
239. Fóbico de objeto (associações representativas)
240. Psicótico
241. Sadomasoquista (relações erotizadas, tanto físicas quanto morais).
242. Sadomasoquista (alívio da tensão/ descarga de comportamento).
243. Aparência masoquista do tipo “Neurose de destino” com ausência de integração de satisfações passivas. Estado de sofrimento sem objeto, sem desejo e sem alteração durante o processo da enfermidade que não se torna tema de investigação.
200. Outros.

B (continuação)

251**- Comportamentos (passagens frequentes aos).
252- Sonambulismo.

---

* Não considerar angústias difusas como angústias objetais (episódios de estresse), pelo simples fato de que elas acontecem pela perda de um objeto.

** Inútil quando 123 ou 131.

261- Despersonalização (manifestações de).
271- Depressão latente.
281- Inibição, tentativa de evitar ou reprimir as representações ou pensamentos.
282- Repressão das pulsões no comportamento.
291- Irregularidades agudas do funcionamento mental.
292- Negação da realidade (patológico ou não).
293- Intelectualização defensiva.
294- Uso considerável do pensamento fantasioso.
300- Mentais (outros mecanismos utilizados de maneira particular).

Ordem de interpretação:

411. Homossexualidade latente.
421. Infantilismo regressivo.
431. Eu ideal predominante (ao menos tão expressivo quanto o Superego pós-edipiano)
441. Neurose traumática.
451. Sublimações artísticas.
461. Sublimações sociais.
471.Tradição cultural ou religiosa influenciando o funcionamento psicossomático.
481.Sexuais (dificuldades frequentes: ejaculação precoce, impotência e frigidez).
482.Conceito de traumatismo, de uma situação familiar ou de uma atividade por parte dos pais que possa ter atrapalhado a evolução clássica da sexualidade.
491. Negação (inconsciente ou não) das regressões.
492. Comportamento de esgotamento libidinal.
493. Fator traumático permanente.
400. Outros.

Ordem da anamnese:

611. Conversões frequentes (histéricas ou não).
621*. Lutos antigos não elaborados.
622. Problemas fundamentais de identidade.
623. Luto de pessoas ou perda de objetos direta ou indiretamente significativos durante a gravidez da mãe ou durante os dois primeiros anos.
624. Mudança considerável da economia relacional nos dois primeiros anos.
625. Luto de pessoas ou perda de objetos significativos anterior à puberdade, não elaborados.
626. Mudança considerável, no período anterior à puberdade, de economia relacional.

* Informar precisamente por 623 ou 625.

627- Depressão severa ou moderada frequentes (sintomáticas na interpretação da psicanálise).
628. Depressões essenciais frequentes.
629. Organizações repetidas (picos de doenças).
631. Homossexualidade (prática de).
641. Neurológicos centrais (transtornos).
651. Perversões organizadas.
661. Tomomania (anteriormente à desorganização ou à doença atual).
671. Suicídio (tentativas anteriores à desorganização ou à doença atual).
681.Tônus libidinal (diminuição relacionada ao envelhecimento, independentemente da limitação dos investimentos).
691. Toxicomanias habituais (iatrogênicas inclusas).
692. Psicoterapias anteriores.
693. Depressão da adolescência.
600. Outros.

C- Características atuais mais importantes

Reúnem dados sintomáticos imediatos, informações de anamneses recentes, dados a respeito do funcionamento mental e do estilo de vida atual.
As características atuais mais importantes podem ser – e são, na maioria das vezes – objeto de diversas contribuições por paciente/sujeito.

Repertório das características atuais em destaque:
801. Conversão (histérica ou não).
802. Depressão essencial.
803. Depressão moderada ou severa (sintomática no sentido da psicanálise).
804. Desorganização progressiva.
805. Luto ou perda de objetos significativos recentes, não elaborados.
806. Médico-legal ou profissional (problema recente atrapalhando o funcionamento psicossomático).
807. Operatório (vida).
808. Pai/Mãe de uma criança em tratamento psicoterápico concomitantemente.
809. Psicoterapias (antecedentes com menos de um ano).
810. Sexuais (dificuldades efetivas recentes: impotência e frigidez).
811. Suicídio (tentativa recente de).
812. Toxicomanias recentes (iatrogênicas inclusas).
813. Limitações recentes, acidentais ou não, de funções corporais.
814. Mudança considerável de economia relacional.
815. Mudança de menos de um ano da economia relacional.
816. Frustração no prazer sexual (tipo neurose atual).
820.Reorganização relativa (ao menos provisória) de maneira hipocondríaca.
822. Benefícios secundários à doença atual.
800. Outros.

D- Características resultantes da psicoterapia

Elas reúnem três níveis de informações diferentes: os primeiros dizem respeito ao desaparecimento das "características atuais mais importantes" descritas na categoria C durante a investigação ou no começo da psicoterapia dos sujeitos (pacientes). Os segundos se referem ora à transformação das "particularidades habituais mais importantes" especialmente desfavoráveis à organização psicossomática dos pacientes, ora à retomada das "particularidades habituais mais importantes" especialmente favoráveis à organização psicossomática dos pacientes, anteriormente descritas na categoria B. Os terceiros fazem menção a uma modificação no funcionamento psicossomático.

Repertório das características resultante da psicoterapia:
Desaparecimento das características atuais mais importantes referidas na categoria C:

901. D. De conversão recente.
902. D. De depressão essencial.
903. D. De depressão moderada ou severa.
904. D. De desorganização progressiva.
905. Elaboração (do ou) dos lutos ou perdas de objetos significativos recentes.
907. D. Vida operatória.
910. D. Das dificuldades sexuais efetivas recentes.
912. D. Da ou das toxicomanias recentes.
916. D. Da frustração do prazer sexual.
922. D. Dos benefícios secundários da doença.

Transformação das "particularidades habituais mais importantes" especialmente desfavoráveis à organização psicossomática dos pacientes ou retomada das "particularidades habituais mais importantes" especialmente favoráveis à organização psicossomática dos pacientes, todas anteriormente alocadas na categoria B:

931. Desaparecimento ou diminuição considerável das angústias difusas.
932. Diminuição considerável das angústias objetais.
933. Desaparecimento ou diminuição considerável das fobias de ambiente ou de introdução.
935. Integração das satisfações passivas.
937.Desaparecimento ou diminuição considerável da passagem aos comportamentos.
939. Fim da depressão latente.
941. Conhecimento das representações diurnas e oníricas.
943. Conhecimento do conjunto de funcionamento mental e das expressões libidinais.

945. Desparecimento ou diminuição considerável dos sintomas testemunhos da presença do Eu Ideal.
947. Fim da neurose traumática.
949. Fim das dificuldades sexuais habituais.
951. Aceitação das regressões.
953. Retomada de certos aspectos de uma neurose mental anterior.
955. Retomada, sob uma forma viável, de certos aspectos de distúrbio emocional.
957. Fim das condutas de esgotamento libidinal.
959. Desaparecimento de problemas fundamentais de identidade.
961.Elaboração de lutos ou perda de objetos significativos passados, posteriores aos 2 anos de idade.
963. Desaparecimento ou diminuição considerável das depressões.
965. Desaparecimento das desorganizações.
967. Desaparecimento ou diminuição considerável das toxicomanias.

Aquisição de novas formas de funcionamento psicossomático:

Âmbito mental:
971. Sublimação acentuada do funcionamento mental.

Âmbito das expressões:
985. Sublimações artísticas.

Âmbito da organização social:
991. Sublimações sociais.

900. Outros.

ANEXO 6

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .:.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M □ F □
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO..... Nº..... APTO: .....
BAIRRO:.....CIDADE.....
CEP:.....TELEFONE:DDD(.....) .....

2.RESPONSÁVEL LEGAL .....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :..... SEXO: M □ F □
DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....
ENDEREÇO:.....Nº.....APTO: .....
BAIRRO:.....CIDADE:.....
CEP:.....TELEFONE:DDD(.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Perdas antecedentes ao diagnóstico de síncope não cardíaca : Possiveis relações psíquicas que envolvem somatização e impacto da psicoterapia na qualidade de vida.

PESQUISADOR: Prof. Dr. Mauricio Ibrahim Scanavacca
NÚMERO INSCRIÇÃO CRM: 33.507
CARGO/FUNÇÃO: Médico Diretor equipe de Arritmia e Eletrofisiologia
UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto do Coração
PESQUISADOR EXECUTANTE : Renata Libanori Aleixo de Barros E Silva
NÚMERO INSCRIÇÃO CRP: 84.991
CARGO/FUNÇÃO: Psicologa Equipe de Arritmia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável_____

Rubrica do pesquisador_____

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

A Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo que tem como objetivo avaliar se sofrimentos e traumas que tenham ocorridos no decorrer de sua vida, possam ter contribuído para sua doença. Um segundo objetivo deste projeto será avaliar se as participações nas sessões de psicoterapia contribuem para a melhora da sua qualidade de vida e recorrência dos seus sintomas.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se o senhor (a) aceitar participar desse estudo, o senhor (a) virá ao INCOR uma vez por semana, e participará do grupo terapêutico ou de atendimentos psicológicos individuais (conforme necessidade específica de cada paciente) que tem duração de uma hora.

RISCOS E INCONVENIENTES

Há um risco mínimo de se sentir constrangido (envergonhado) durante o atendimento terapêutico em grupo ou individual. Caso se sinta constrangido, o mesmo pode optar por desistir da pesquisa a qualquer momento do estudo. Ressalto que todos os esforços serão conduzidos para que isso não aconteça.

BENEFÍCIOS

A psicóloga oferecerá ao senhor (a) ajuda quanto às dificuldades do processo de adoecimento e também ajudará no que for conveniente para colaborar com uma melhora na sua qualidade de vida.

ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOS SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNADO

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirigir eventuais dúvidas;

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável_____

Rubrica do pesquisador_____

2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento de participar do estudo.

3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade. Para manter sua privacidade, será fornecido um número de registro. Dessa forma, seu nome será mantido no mais absoluto sigilo e não será divulgado em nenhum momento da pesquisa. Esses dados estarão apenas disponíveis ao coordenador do projeto.

4. Os resultados obtidos que estiverem associados à sua identificação não serão de forma nenhuma divulgados a terceiros.

5. Você não terá nenhuma despesa proveniente da participação nesse estudo, mas também não terá nenhum ganho material.

6. Os pacientes que concordarem em participar do projeto deverão assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. O não consentimento não acarretará na falta de atendimento no Instituto do Coração/HCFMUSP ou de qualquer outra instituição participante/colaboradora desse projeto.

7. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas O principal investigador é o Prof. Dr. Mauricio Ibrahim Scanavacca. Pode ser encontrada na Av. Dr. Eneas Carvalho de Aguiar, n° 44, andar AB. Telefone: 11 2661-5341. Se o Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim descrevendo o estudo: «**Perdas antecedentes ao diagnóstico de síncope não cardíaca : Possiveis relações psíquicas que envolvem somatização e impacto da psicoterapia na qualidade de vida ».**

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável_____

Rubrica do pesquisador_____

Eu discuti com o Dr. Mauricio Ibrahim Scanavacca (pesquisador principal) e/ou com a psicóloga Renata Libanori Aleixo de Barros E Silva (pesquisadora executante) sobre a minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que para minha participação não terei despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____

Assinatura do paciente/representante legal Data ___/___/___

_____

Assinatura da testemunha Data ___/___/___

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____

Assinatura do responsável pelo estudo Data ___/___/___

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável_____

Rubrica do pesquisador_____

ANEXO 7

Vinhetas clínicas

1. Um *"feixe de luz"* que conecta à vida (Paciente C.A.)

C.A. entrou no protocolo de pesquisa aos 47 anos. Quando tinha 44 anos, perdeu o pai, acometido por infarto agudo do miocárdio. Com sintomas frequentes de pré-desmaios e desmaios, a paciente foi diagnosticada, logo após a morte do pai, com síncope vasovagal.

Durante as sessões de psicoterapia, costumava falar sobre a proximidade que tinha com seu pai durante a infância e a adolescência. Descrevia-o como atencioso e amigável. Ela também fazia menção a uma mãe pouco acolhedora, que *"preferia os irmãos mais velhos"* e a rejeitava. A rejeição materna era uma das principais condições de aproximação de seu pai. No curso da análise, compreendeu-se que a mãe era considerada emocionalmente frágil para desempenhar um papel maternal coerente.

De acordo as lembranças remotas da infância de C.A., sua mãe proibia qualquer demonstração de emoção, como se não pudesse elaborar suas próprias experiências afetivas. A morte do pai, aos olhos da paciente enlutada, representou um abandono cruel e uma ruptura do equilíbrio entre o psíquico e o somático.

C.A. demonstrava necessidade de ser assistida por diferentes especialidades médicas em todos os hospitais pelos quais passou, na busca incessante por diagnósticos. Mantinha um relacionamento de mais de cinco anos com um homem casado e revelava uma mescla de culpa e raiva em seus discursos:

> *"Vivo doente, não posso trabalhar. Meu namorado me ajuda muito financeiramente (...) Ele é bom, mas mente, porque sempre diz que vai se divorciar da esposa e não se divorcia, fico bem nervosa com essa situação (...). Sinto-me culpada por estar com um*

homem casado, mas, nesse momento, não tenho o que fazer. Me sinto ruim e má."

Pudemos observar que, na medida em que houve um processo de reconhecimento de suas angústias, a paciente começou a apresentar traços neuróticos. As ideias hipocondríacas apareceram como suporte da culpa que sente diante de um relacionamento proibido, em que, ao mesmo tempo que buscava satisfação, reprimia e deslocava para seu próprio corpo:

"Quando estou bem com ele em um jantar romântico, eu estrago tudo, geralmente por viver doente. Ou a gente discute, ou eu passo mal".

Nota-se que os traços de hipocondria surgiram como uma ponte entre a falta de representação do afeto, observada através da condição da síncope, e o destino do afeto, convertido em sintomas histéricos. Segundo McDougall (1996) [49], essa ponte pode constituir um elo que falta entre os estados histéricos e psicossomáticos.

Volich (2015) [50] descreve que, nesse fenômeno, é do plano físico que emana a exigência de trabalho feita ao psíquico, como uma tentativa de simbolizar no corpo o que a mente não é capaz de representar plenamente. A fonte da pulsão é um processo somático que ocorre em uma parte do corpo para obter satisfação através de um objeto que não precisa ser necessariamente externo.

Passando por esse elo representado pela hipocondria, a paciente relatou situações em que desmaios por síncope foram intercalados com desmaios histéricos:

"Eu estava sozinha, passei mal e chamei o SAMU. Liguei para meu namorado voltar para casa, mas ele não atendeu. Deixei a porta da casa aberta, avisei minha vizinha e desmaiei. Foi um desmaio diferente dos outros, eu conseguia ver um feixe de luz e perceber o que estava acontecendo, não apaguei."

O enigma do sofrimento psicossomático está na contradição de seu funcionamento, pois, ao mesmo tempo que é uma forma de expressão, sua manifestação é silenciosa. Por outro lado, na histeria, o sintoma se alicerça

na fantasia, o “feixe de luz” que ilumina um caminho obscuro e é, portanto, efeito de uma cena inconsciente, que encontra vazão na associação livre e pode ser interpretada.

No caso de C.A., observou-se uma oscilação entre sintomas neuróticos e a doença somática, na medida em que ambos revelavam a dimensão subjetiva de sua história e conferiam sentidos ao que tocava o corpo [55].

A paciente se apropriou da análise, que contribuiu para o reinvestimento em um corpo desamparado, que, inicialmente, era constituído apenas de órgãos doentes, e possibilitou a nomeação e a suposição de que ali havia um sujeito. As mensagens somáticas incoerentes foram traduzidas em representações psíquicas, ou seja, traços histéricos e hipocondríacos desempenharam uma função econômica e representativa de ligações de excitações perturbadoras e ameaçadoras para o equilíbrio de C.A.:

> *“Hoje consigo compreender melhor o que sinto. Alguns desmaios fugiam do meu domínio. Hoje percebo que consigo dominá-los de alguma forma.”*

Em algumas ocasiões, como vimos com C.A., houve mudanças bruscas em padrões associativos, emocionais e transferenciais característicos da paciente, bem como a possibilidade de elaboração do material e das vivências da sessão, que contribuíram para a diminuição de passagem aos comportamentos manifestados no corpo. Outras vezes, constataram-se períodos mais ou menos prolongados de desorganizações da economia psicossomática, acompanhados de sintomas ou doenças orgânicas.

Pelo acompanhamento das oscilações dos movimentos de organização e desorganização da paciente, as vivências primitivas compartilhadas na psicoterapia puderam ser nomeadas, traduzidas em palavras e imagens por meio de um trabalho de construção simbólica, reorganizando, aos poucos, a economia psicossomática.

	ESTRUTURAS FUNDAMENTAIS	PARTICULARIDADES HABITUAIS IMPORTANTES	CARACTERÍSTICAS HABITUAIS IMPORTANTES	NOVAS CARACTERÍSTICAS RESULTANTES DA PSICOTERAPIA
C.A.	Mentalização Incerta	Hipocondríaco	Conversão histérica	Diminuição da passagem aos comportamentos

Classificação psicossomática C.A.

2. Um ambiente em ruínas (paciente C.W.)

C.W., 29 anos, iniciou as sessões grupais de psicoterapia com pouca verbalização, mentalização precária, relatando o histórico de sua vida como se estivesse fazendo uma leitura objetiva impossível de despertar qualquer reação emocional. Recebeu o diagnóstico de síncope aos 25 anos de idade, após anos de buscas por um diagnóstico em prontos atendimentos e postos de saúde. Cada desmaio era acompanhado de muitas incertezas:

> *"Acho que recebi uns 10 diagnósticos diferentes. Só suspeita de gravidez, umas 5 vezes, de acordo com cada profissional que me recebia nos PAs: 'Você deve estar grávida', ou então era 'estresse/ansiedade'. Ninguém sabia o que eu tinha até chegar aqui no Incor, quando recebi o diagnóstico de síncope."*

Se os sentimentos eram inomináveis, o diagnóstico seguia o mesmo caminho. A falta de representação de afetos acompanhada de diagnósticos errôneos contribuía para que C.W. seguisse no sentido contrário do desenvolvimento psíquico. Desmaiar era uma forma de desligar o excesso traumático por alguns instantes.

C.W. participou do grupo psicoterapêutico nos primeiros dois meses, mas não se adaptou. Permanecia calada durante as sessões, compartilhando com os outros participantes apenas seus sintomas físicos decorrentes da síncope vasovagal. Quando rememorações das histórias de vida eram compartilhadas entre os participantes, a paciente dizia que tinha

que ir embora mais cedo ou usava o silêncio como aliado diante de uma possível ameaça da unidade egoica, que já era frágil.

Conforme Anzieu [56], a presença de desconhecidos materializa os riscos de fragmentação, ou seja, a situação de grupo pode acarretar uma ameaça de perda da identidade do eu.

Ao continuar a psicoterapia individualmente, ela revelou uma ocorrência que não era manifestada em seu núcleo familiar e que, por consequência, foi desconectada de afetos. Quando tinha 13 anos, presenciou a queda do pai de cima da casa, seguida de sua morte. Ele subiu para arrumar uma calha quebrada do telhado e escorregou. A mãe de C.W. sempre evitou o assunto, não permitindo a nenhuma das filhas verbalizar o ocorrido:

> *"Eu estava no quintal quando ouvi um barulho. Olhei para o lado e meu pai estava caído no chão. O sangue escorria por detrás da cabeça. Chamei minha mãe e minha irmã (...). Minha mãe mandou a gente entrar em casa. Ficamos em silêncio. Não se falava mais disso."*

Ao reviver o trauma da morte do pai, observamos referências a um discurso familiar que desencorajava qualquer experiência imaginativa e preconizava o silêncio. Tratava-se de um conteúdo traumático que, consequentemente, desencadeou uma defesa do psiquismo (McDougall [49]) ou, de acordo com Pierre Marty [1], um processo de desorganização psíquica.

C.W. referia uma primeira lembrança daquela cena após tantos anos. Além da morte do pai, ela descreveu a ida da irmã mais velha para a França como um abandono:

> *"Minha irmã, que era tão próxima a mim, foi embora para o local mais distante possível, pois dizia que não suportava mais viver na nossa casa. Quando ela se mudou para Paris, fiquei praticamente sozinha. Minha mãe trabalhava o dia todo e chegava em casa de noite."*

O evento avassalador da morte do pai, o desaparecimento da irmã e a ausência emocional da mãe foram sofrimentos que denotaram um

desamparo perturbador para o equilíbrio psicossomático de C.W. A falta de compreensão e de cuidado por parte dos cuidadores propiciou que uma ocorrência dolorosa fosse vivida como traumática.

Ao longo da psicoterapia, foram observadas oscilações entre manifestações somáticas e representatividades psíquicas, que eram evidenciadas entre adoecimentos e medo de sair de casa. Esse último foi responsável pelo surgimento de medidas psíquicas protetivas de possíveis ameaças representadas pelo meio externo. C.W. revelava relacionamentos de desconfiança no trabalho e desprezo pela maioria das pessoas com as quais convivia. Esses sentimentos possibilitaram o desenvolvimento de mecanismos defensivos fóbicos de ambiente:

> *"Detesto acordar e sair para trabalhar. O que para mim era indiferente agora causa medo. Não sei se vou passar mal no metrô, não sei se minha chefe vai infernizar minha vida (...). Ainda bem que existem os dias de folga para eu ficar em casa com meu marido. Ele é meu parceiro. Eu e ele no nosso canto enquanto o mundo está em ruinas. É isso (...)"*

No final do processo de intervenção, o papel de proteção desempenhado por seu esposo foi reconhecido por C.W. Passou a esboçar, na medida em que aprofundava o processo psicoterapêutico, envolvimento em seus relacionamentos e externalização de suas dores:

> *"Confesso que, no início, eu pensei em desistir, ainda mais sabendo que eu não me encaixaria no grupo. Ainda bem que não desisti. Aqui eu me sinto cuidada, assim como eu me sentia na época que meu pai era vivo (...)"*

Essa fala foi interrompida por um choro demorado, seguido de um suspiro revitalizante. Tendo em vista a perspectiva de seguir um caminho de desenvolvimento psíquico que contribuía para o aparecimento de uma vida representacional, a respiração profunda de C.W. transformava-se em um sinal de existência. A elaboração do luto de seu pai tornava-se possível a partir da ressignificação de sua história.

	ESTRUTURAS FUNDAMENTAIS	PARTICULARIDADES HABITUAIS IMPORTANTES	CARACTERÍSTICAS HABITUAIS IMPORTANTES	NOVAS CARACTERÍSTICAS RESULTANTES DA PSICOTERAPIA
C.W.	Mal mentalizada	Fóbico de contexto de ambiente	Angústias difusas (perda do objeto)	Elaboração de lutos

Classificação psicossomática C.W.

3. Seja bem-vinda à vida (paciente I.T.)

I.T., 53 anos, era casada e tinha dois filhos. Os primeiros sintomas de síncope vasovagal ocorreram por volta dos 15 anos de idade, e ela teve câncer de mama aos 50. Narrava sem demonstração de afetos os momentos de sua infância e juventude, de quando sofria violência física e psíquica por parte do pai, que assumia uma postura paterna rígida e agressiva.

> *"Tenho poucas lembranças da minha infância. Algumas têm a ver com meu pai bravo e com a cinta dele (...). Tenho marcas no corpo por causa das surras. Minha mãe não fala, mas fico pensando como fui cuidada quando eu era bebê. Uma vez ela contou que, quando precisava trabalhar, eu e meus irmãos ficávamos em casa com meu pai (...). Prefiro não pensar como ele cuidava. (risos)."*

Winnicott (1971/2000) [57] concebe o traumático variando de significado de acordo com o estágio de desenvolvimento emocional da criança. Se o trauma implica, portanto, em uma não adaptação por parte do ambiente em um estágio em que a dependência é absoluta, a falha materna (ou paterna) corresponde a angústias inomináveis e sensação de desintegração, sentidas como ameaças à existência do eu, contribuindo para um relacionamento pouco desenvolvido entre o psíquico e o somático.

> A falha no cuidado adequado leva à desintegração em vez de uma volta à não integração. A desintegração é sentida como uma ameaça porque há alguém ali capaz de sentir a ameaça. (Winnicott,1971/ 2000, p. 165)[57]

A mãe de I.T. permanecia calada, sem nenhum posicionamento diante das reações do pai, evidenciando o surgimento dos traumas das agressões. A paciente não teve identificação de uma mãe benéfica e cuidadosa. Relatou a lembrança da primeira vez em que comprou uma saia e o pai não a deixou sair de casa. Ele puxou a saia de seu corpo e a rasgou, dizendo que ela deveria apenas usar calça.

Os afetos foram escoados para o seu corpo, e os adoecimentos possibilitaram uma expressão para sua existência. No sofrimento físico era lembrada pela mãe, que demonstrava um mínimo de preocupação quando perguntava sobre sua saúde.

Desamparada, I.T. apresentava precariedade nas relações e no mundo objetal, com pouco envolvimento afetivo na organização de sua vida. Ao longo das sessões, observamos oscilações que iam de encontro a um processo de compreensão dos afetos, possibilitando sentir a raiva e a tristeza de seu passado solitário:

> *"Gente, como sobrevivemos a tantos acontecimentos difíceis? Eu achava que tudo o que acontecia comigo antigamente fosse normal. Desmaiar faz parte da minha vida, apanhar fez parte da minha vida (...). Nunca havia parado para pensar que tudo isso poderia melhorar. Quando melhora, a gente percebe que vivia como zumbi (...). Eu, hein! Às vezes acordo e falo pra mim mesma: 'seja bem-vinda à vida, sai da cova!'"*

Quando utilizava expressões hilárias diante de situações dolorosas, I.T. revelava ao grupo uma modalidade identificatória em que era possível repetir e elaborar uma situação de abandono através de um movimento defensivo frente à angústia promovida pelo contato com vivências sofridas. A intervenção grupal era capaz de produzir essa modalidade de laço social baseada não na repressão pulsional, mas no compartilhamento afetivo [58].

"Esses hospitais do HC são maravilhosos. Sou tão bem tratada! Ah, só de pensar que esse grupo vai acabar, eu já fico deprimida! Quem não quer vir para o hospital, por favor, me dê a vaga (...). Vocês ficam rindo, né, acho que estou virando palhacinha!"

A fala acima ilustra o benefício secundário do adoecimento, que é uma característica defensiva representada, eventualmente, por expressões bem-humoradas. Em algumas circunstâncias, ela reagia com uma aparente satisfação pela relação de amizade que havia adquirido com os participantes do grupo.

I.T. apresentava uma estrutura fundamental de neurose de mentalização incerta, porém a intervenção psicoterapêutica contribuiu para momentos de representações simbólicas, que eram demonstradas através dos vínculos que constituiu.

A análise de Freud (1905/1996) [59] sobre o humor é realizada à luz dos processos de defesa, como um meio de transformar a liberação de desprazer em descarga de prazer. Para o autor, isso é possível através da conexão com a infância, no caso de I.T., penosa, e que, atualmente, por meio de uma organização mental progressiva, poderia rir daquilo que na época de convivência com a tirania do pai não era possível.

	ESTRUTURAS FUNDAMENTAIS	PARTICULARIDADES HABITUAIS IMPORTANTES	CARACTERÍSTICAS HABITUAIS IMPORTANTES	NOVAS CARACTERÍSTICAS RESULTANTES DA PSICOTERAPIA
I. T.	Neurose de mentalização incerta	Estado depressivo	Benefícios secundários à doença atual	Diminuição dos sintomas de depressão

Classificação psicossomática – I.T.

4. Olhares que integram (paciente J.S.)

J.S. iniciou a psicoterapia com 54 anos. A verbalização precária fazia menção a um corpo dolorido e fatigado. Necessitava constantemente de consultas de diferentes especialidades médicas e de fármacos para sentir-se vivo e melhorar o mal-estar que sentia.

Quando tinha 6 anos, em sua cidade natal, aconteceu a morte do irmão mais novo após a queda de um cavalo, em que os dois cavalgavam juntos. Ele referia ter uma vaga lembrança do ocorrido. O paciente, uma irmã de 8 anos e o pequeno, de 2, estavam em um sítio, andando no mesmo cavalo, quando o irmão mais novo caiu do cavalo, teve traumatismo craniano e faleceu.

O paciente lembrava de ter permanecido no quarto da casa do sítio por um longo tempo após o ocorrido. Ao tentar relembrar, fez uma associação da permanência nesse quarto para não ver a movimentação da ida do irmão para o hospital. Disse que não se lembra de a mãe ou o pai terem conversado com ele sobre esse acontecimento.

Na concepção de Ferenczi (1933/2011) [47], em todos os fatores traumatizantes, a dimensão relacional é o pano de fundo na configuração de um excesso não metabolizável imposto pelo adulto à criança. Nesse caso, o “excesso de falta” de nomeações frente ao ocorrido constituiu a vivência que desorganizou e desestruturou a subjetividade, por não poder ser metabolizada pelo psiquismo.

Ao longo das sessões, outra perda significativa foi relatada: um dos irmãos foi assassinado, já na idade adulta. Nessa mesma época, J.S. era casado com uma pessoa com quem dizia não poder contar, pois não havia diálogo, além de traições constantes por parte da ex-esposa. O somatório de tantos sentimentos difíceis escoou no plano somático. Uma série de doenças somáticas encontra sua etiologia na problemática afetiva que não pode ser vivenciada no plano propriamente psíquico [39].

O primeiro desmaio de síncope aconteceu quando estava no avião, indo passear em sua cidade natal, em Portugal, pela primeira vez em 30 anos após sua mudança para o Brasil. J.S. estaria indo ao encontro do local

onde afirmava ter vivido uma infância feliz e, ao mesmo tempo, dolorosa pela perda do irmão mais novo, que aconteceu pouco antes dessa mudança.

Além de sofrer de insônia, o paciente se queixava, semanalmente, da constância de pesadelos relacionados a essa viagem de avião. As cenas oníricas eram descritas objetivamente, por meio de poucos conteúdos:

> *"Quando raramente pego no sono, acontece o mesmo pesadelo. Sempre a mesma coisa: eu dentro de um avião em queda. Ah, e dá para ver que é o mesmo voo que fui para Portugal. As pessoas entram em pânico, eu tento gritar e não consigo. Em seguida, acordo assustado e não durmo mais. Minha esposa muitas vezes ouve meus gritos*."

O retorno desses restos diurnos ("restos de vida", para Ferenczi) é observado nos pesadelos de J.S. como sintomas de repetição do que está ligado ao trauma, ou seja, é uma tentativa de sair do plano físico para uma possível elaboração psíquica.

A falta de confiança e a sensação de vulnerabilidade após tantas perdas foram intensificadas quando o paciente foi sequestrado por assaltantes. Essa experiência também foi traumática, pela intensidade da agressividade física sofrida por ele somada à falta de testemunho, pois foi proibido pelos próprios bandidos de revelar o ocorrido:

> *"Os ladrões pediram para eu não abrir a boca, senão eu morreria. Não pude compartilhar com minha ex-esposa na época, pois já não confiava mais nela. Não poderia contar para minha mãe idosa e cheia de problemas de saúde. A solução era guardar pra mim."*

Ao longo das vivências traumáticas, J.S. tornou-se receoso e inseguro, e cuidar de sua própria segurança física e psíquica era a melhor solução, como se ninguém fosse verdadeiramente confiável. Para Ferenczi (1990) [54], quando a esperança de ajuda por parte de uma terceira pessoa é negligenciada e as próprias forças de autodefesa se esgotam, nada mais resta senão esperar pelo compadecimento do agressor. O indivíduo não se opõe a ele para tentar salvar sua própria vida. O fator traumático, portanto,

não é o acontecimento em si, mas a negação de sua existência, a culpa diante da pulsão e a necessidade de torná-la um segredo [54].

O empobrecimento da vida onírica, os desmaios e os pré-desmaios poderiam ser caracterizados pelo desligamento de uma realidade perturbadora. O furor dos traumas reais, resultantes das mortes dos irmãos e do sequestro, era impossível de ser ligado a qualquer representação, sendo destinado ao corpo.

O que se pode observar, quando alguém se encontra, aparentemente, em um estado de hiperadaptação mental, é que a vida psíquica desse sujeito, por um outro lado – o lado oculto – se encontra severamente empobrecida no plano fantasmático. No início dos encontros grupais, notava-se em J.S. uma vida onírica enfraquecida e um rebaixamento da criatividade e do potencial de intervenção sobre a realidade.

Ao adquirir confiança no ambiente, o paciente reviveu momentos de sua vulnerabilidade, com segurança e acolhimento. Para Winnicott (2000) [57], a constância do *setting* terapêutico é fundamental para dar um novo sentido de *self* ao paciente.

J.S. despertou na psicoterapeuta e em alguns participantes a sensação de ter uma vida triste e vazia, como se uma parte dele tivesse sido enterrada com seu irmão na infância e, desde essa época, encontrasse dificuldades para acreditar na importância de sua existência. Isso foi verbalizado a ele pela psicóloga, bem como a importância que ele tinha para muitas pessoas ao seu redor. Após essa intervenção psíquica, J.S. chorou pela primeira vez, em 7 meses de psicoterapia.

As vivências traumáticas, reproduzidas por meio de palavras vazias, foram envolvidas por diferentes reações: surpresa, tristeza, terror, entre outras, por parte do psicólogo e, em algumas situações, pelos participantes do grupo. Os diálogos e as trocas de conteúdos psíquicos entre os participantes possibilitaram a J.S. encontrar significados para vivências carentes de representação:

> *"Vocês estão perguntando detalhes que eu nem imaginava que poderia lembrar. Mas até que lembro bem (...). Sim, eu fui*

acorrentado no porta-malas do meu carro e não podia falar, senão eu apanhava (...). Olha só a cara da C.W. me olhando. Essa história assusta, né! Acho que fiquei com medo de sair de casa por algum tempo depois disso."

Na medida em que ninguém está individualizado nos grupos, os participantes reconstroem, pouco a pouco, identificações simbólicas que substituem as imaginárias perdidas [56]. Primeiramente, ocorre uma identificação com os demais membros e com o psicoterapeuta, e, em seguida, conseguem chegar a identificações mais individualizadas. Conforme relatado acima, J.S. retomou sua história diante de olhares que manifestaram diferentes sensações e possibilitaram chegar a novos significados.

A esposa atual de J.S. estava sempre presente, em todas as consultas. Ela o acompanhava até as sessões e, na sala de espera, antes de fecharmos a porta, dizia ao esposo que estaria ali, caso ele precisasse:

"Minha esposa não me deixa sozinho em nenhum momento. Ela gosta de cuidar de mim. Ela dirige meu carro, me leva aonde preciso, me espera. É minha companheira (...). Vocês ouviram, né? Ela me chama de bebê e me trata quase como um filho (...). Coitada, quando casou comigo, eu era menos doente. De uns tempos pra cá, eu vivo com dores, vivo fazendo exames que nunca dão nada, e sempre está comigo!"

As oscilações entre a falta de representação psíquica e as dinâmicas hipocondríacas eram observadas. Essas dinâmicas, que envolviam queixas e dores, eram observadas como uma tentativa de equilíbrio psicossomático [50]. Diante de uma história cheia de ameaças, a atual esposa aparentemente assumiu o papel de cuidadora, e o paciente tentava buscar, através do próprio corpo, esse investimento materno, para impedir outro abandono em sua vida.

As pré-síncopes, que eram consistentes no início, diminuíram, e deram lugar a dores corporais, dores de cabeça constantes e pesadelos. Estar doente era a chance de ser olhado e investido após uma vida solitária.

O caminho de J.S. era esse. As poucas representações simbólicas adquiridas em torno de um corpo dolorido eram vistas como uma chance de sobrevivência.

	ESTRUTURAS FUNDAMENTAIS	PARTICULARIDADES HABITUAIS IMPORTANTES	CARACTERÍSTICAS HABITUAIS IMPORTANTES	NOVAS CARACTERÍSTICAS RESULTANTES DA PSICOTERAPIA
J.S.	Mentalização incerta	Hipocondríaco	Angústias difusas	Diminuição de desorganização progressiva

Classificação psicossomática - J.S.

5. Do agressor ao tenor (paciente R.F.)

R.F. (60 anos) tem 3 filhos casados, é separada há 10 anos e mora com a mãe, que sofre de Alzheimer. Aos 40 anos de idade, a paciente perdeu completamente a visão do lado esquerdo, devido a descolamento de retina, e teve 70% da visão do olho direito comprometida, devido a um glaucoma.

O fato de não enxergar e ter síncope vasovagal grave passou a ser relatado com um misto de conformidade e raiva. Apresentava oscilação entre recursos mentais adquiridos no desenvolvimento e perturbações desses recursos, observadas quando ela relatava um acontecimento doloroso, como se as reações expressadas fossem incompatíveis com o acontecimento:

> *"Hoje só enxergo vultos e cores fortes, mas está tudo bem, nunca reclamei disso! (...). Tenho síncope, já me machuquei muito por causa dos desmaios, mas não deixo de fazer nada (...). Ando sozinha por aí com a minha companheira bengala. Moro com minha mãe, que tem 90 anos (...) não consigo ter paz, porque ela*

demanda muito. Meu filho mais novo está de mal a pior no relacionamento e foge de vez em quando pra minha casa (...).”

Após dois meses de participação nos encontros grupais, R.F. pediu para fazer algumas sessões individuais por não se sentir confortável em compartilhar relatos da relação abusiva que o marido tinha com ela desde quando se casaram. As relações sexuais eram constantemente forçadas por ele, por meio de agressividade verbal e, algumas vezes, física.

“Era humilhante. Como me casei com ele muito nova, achei que fosse normal e passei anos sem contestar esse comportamento. Com o tempo comecei a perceber que tava errada a maneira como ele me abordava. Me chamava nomes diferentes, de propósito, além usar tons grosseiros (...) Olha, fico repugnada de lembrar (...)”

Outra experiência traumática, além das agressões do marido, tem relação com a perda repentina da visão de um olho (e piora progressiva da visão do outro). Segundo R.F., na época do ocorrido, assim como ela, os filhos negavam a nova condição da mãe, e o marido resolveu sair de casa. Através de seus relatos foi possível compreender a oscilação da economia psicossomática entre a neurose de mentalização incerta e traços de defesa neurótica (negação da deficiência visual):

“Um dos únicos diálogos que tive com meus filhos após a perda da visão foi quando meu marido saiu de casa. Falei pra eles que moraria sozinha, que iria cuidar da minha mãe e que eu não precisava de ninguém. Estava me sentindo bem, ué! Não estava no leito de morte, apenas deixei de enxergar. Não tinha muito o que falar (...) Fui chorar e entender minha deficiência quando passei a frequentar por alguns meses a fundação Dorina. (Fundação Dorina Nowil - Inclusão de Pessoas Cegas)”

Ao mesmo tempo que a psicoterapia proporcionou um trabalho de associação dos conteúdos por meio de repetição e nomeação de experiências traumáticas, favoreceu a imersão na vivência do traumático, causando, de acordo com R.F., sensações de incômodo e cansaço. Ferenczi

(1931/2011) [48] explica que o mergulho em camadas mais profundas da esfera do vivenciado atinge o ponto da vivência em questão, acarretando sentimentos reais com efeitos mais duráveis.

Rememorar momentos frágeis de sua vida possibilitou acentuar funcionamentos neuróticos, que eram observados quando R.F. falava sobre a extrema necessidade de limpeza da casa. Prazeres e satisfações eram seguidos de sentimento de culpa:

> *"De noite, depois que minha casa está bem limpinha, tomo banho, janto, entro no meu quarto e coloco minhas músicas italianas preferidas. Às vezes me imagino cantando e dançando com os tenores. Agora até sonhando com isso estou, acredita? Cheguei a ter por duas noites seguidas o mesmo sonho, com o mesmo cantor. Será pecado? Será que estou ficando louca?"*

À medida que ia reordenando vivências e experiências que permaneciam sem sentido e significação, R.F. alcançava um entendimento mais elaborado sobre essas vivências através de imaginações e de processos oníricos. Os recursos simbólicos permitiram que a paciente desenvolvesse uma solução neurótica diante da ameaça gerada pelo sentimento de culpa ao entrar em contato com sensações prazerosas.

Essa solução foi detectada nos comportamentos obsessivos e compulsivos da paciente. A baixa qualidade da visão não era fator impeditivo de repetições diárias de limpeza da cozinha. Além disso, cozinhava pelo menos três vezes ao dia, e afirmava comer compulsivamente o dia todo.

As repetições têm relevância para Ferenczi (1934/2011) [60], na medida em que implicam a passagem da passividade para a atividade. Tanto no processo onírico quanto nos comportamentos cotidianos, observam-se repetições. Pela repetição, a situação traumática vai perdendo sua dimensão de susto, tornando-o suportável e habitual. *"É como se, agora, o sujeito produzisse ativamente o trauma, com o intuito de dominá-lo e liquidá-lo."* (Gondar, 2013) [61]

Episódios de síncope e pré-sincope foram sendo cada vez menos observados nos relatos de R.F. ao longo do ano da intervenção. A

compreensão das vivências de dores resultantes dos traumas foi surgindo de maneira organizada e auxiliou na amenização das defesas rígidas.

	ESTRUTURAS FUNDAMENTAIS	PARTICULARIDADES HABITUAIS IMPORTANTES	CARACTERÍSTICAS HABITUAIS IMPORTANTES	NOVAS CARACTERÍSTICAS RESULTANTES DA PSICOTERAPIA
R.F.	Mentalização incerta	Negação da realidade (não patológica)	Traço de caráter obsessivo	Conhecimento do conjunto de funcionamento mental

Classificação psicossomática - R.F.

ANEXO 8

Os pacientes dos dois grupos informavam ao psicoterapeuta, por meio de anotações e/ou mensagens de texto, sobre cada ocorrência de pré-síncope e síncope. Eles foram questionados sobre possíveis estímulos antecedentes aos episódios, e as respostas principais estão destacadas nas tabelas abaixo.

Tabela 1: Grupo intervenção

	GATILHOS*		
Pacientes	**Antes da psicoterapia**	**1 a 6 meses**	**6 a 12 meses**
C.A.	- não identificou	- ambiente fechado	- ansiedade - ambiente fechado
C.W.	- calor excessivo - aglomeração	- calor excessivo - aglomeração - ver sangue	- tensão - calor excessivo
I.T.	- calor	- nervosismo - calor	- nervosismo
J.S.	- não identificou	- muitas horas sem comer	- preocupação
R.F.	- não identificou	- não identificou	- cansaço - angústia

Tabela 2: Grupo controle:

	GATILHOS*		
Pacientes	**Antes da randomização**	**1 a 6 meses**	**6 a 12 meses**
C.M.	- não identificou	- cansaço	- cansaço
M.A.	- limpeza da casa - fadiga - tensão	- limpeza da casa - tensão	- limpeza da casa - tensão
M.F.	- insônia - agachar - levantar	- não identificou - insônia	- não identificou
M.O.	- não identificou	- não identificou	- aglomeração no metrô
W.B.	- não identificou	- estresse no trabalho	- não identificou

* Os gatilhos da síncope vasovagal, quando identificados, foram descritos exatamente de acordo com as palavras de cada paciente.