

**RACHEL JURKIEWICZ**

**Vivência de perdas: relação entre eventos  
significativos, luto e depressão, em pacientes  
internados com doença arterial coronariana**

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de Doutor em  
Ciências.

Área de concentração: Cardiologia

Orientadora:

Profa. Dra. Bellkiss Wilma Romano

São Paulo

2008

**RACHEL JURKIEWICZ**

**Vivência de perdas: relação entre eventos  
significativos, luto e depressão, em pacientes  
internados devido a doença arterial coronariana**

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título de Doutor em  
Ciências.

Área de concentração: Cardiologia

Orientadora:

Profa. Dra. Bellkiss Wilma Romano

São Paulo

2008

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

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

©reprodução autorizada pelo autor

Jurkiewicz, Rachel

Vivência de perdas : relação entre eventos significativos, luto e depressão, em pacientes internados com doença arterial coronariana / Rachel Jurkiewicz. -- São Paulo, 2008.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Cardio-Pneumologia.

Área de concentração: Cardiologia.

Orientadora: Bellkiss Wilma Romano.

Descritores: 1.Coronariopatia 2.Depressão 3.Pacientes

internados/psicologia 4.Entrevista psicológica

USP/FM/SBD-174/08

*Por muito tempo achei que a ausência é falta,  
e lastimava, ignorante a falta.*

*Hoje não a lastimo.*

*Não há falta na ausência.*

*A ausência é um estar em mim e sinto-a,  
branca, tão pegada, aconchegada em meus  
braços, que rio e danço e invento exclamações  
alegres, porque a ausência, essa assimilada,  
ninguém a rouba de mim”.*

*Carlos Drummond de Andrade*

*Dedicatória*

*Dedico este trabalho "in memoriam" a todos estes que, com exceção de  
minha mãe, morreram e/ou sofreram de doença arterial coronariana*

*Aos meus pais*

*Bajla Zyman Jurkiewicz*

*Icek Majer Jurkiewicz*

*Aos meus tios*

*Chaim Shloma Zyman*

*Sara Ruchle Zyman*

*Aos meus primos*

*Berek Krieger*

*David Krieger*

*Agradecimientos*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Profa. Dra. Bellkiss Wilma Romano, quem acolheu este projeto de pesquisa, dando oportunidade para o meu crescimento e desenvolvimento profissional, me orientando no meu processo de iniciação às atividades de produção científica, e, principalmente pela sua dedicação ao trabalho na área de Psicologia em Cardiologia.

Aos professores do HC/UFPR, que sempre consentiram e apoiaram o desenvolvimento deste trabalho, Prof. Dr. Danton R. da Rocha Loures (CTCV), Prof. Dr. Cláudio L. Pereira da Cunha ( Cardiologia).

À secretaria da pós-graduação do InCOR, pela atenção e orientação carinhosa e profissional que sempre me foi dispensada neste período: Neusa R. Dini, Juliana Lattari Sobrinho e Eva M.G. de Oliveira.

A todos os professores que dividiram seus conhecimentos, através dos cursos do Programa de Pós-Graduação do InCOR, especialmente no que tange ao trabalho com aterosclerose, Prof. Dr. Protásio Lemos Da Luz e equipe, Prof. Dr. Francisco Laurindo. Um agradecimento especial ao Prof. Dr. Moacir Roberto Cuce Nobre, com quem pude me encontrar em dois destes cursos da pós- graduação e usufruir de sua disponibilidade para o ensino de metodologia científica e também para Rachel Zanetta, pela acolhida e direcionamento de questionamentos quanto à metodologia de análise qualitativa.

Agradeço à psicóloga Ms. Ana Paula Viezzer Salvador, que com sua paciência e atenção, ofereceu suporte estatístico, colaborando com a apresentação dos resultados.

À equipe do Serviço de Psicologia do InCOR, às psicólogas que me apoiaram como companheiras em diferentes momentos deste percurso: Cíntia Watanabe, Andréa U. Biagi e a amizade de Glória Heloíse Perez.

Ao meu irmão, Prof. Dr. Aron Jurkiewicz, pelo exemplo de dedicação à pesquisa, quem me estimulou a ingressar neste processo e também à minha cunhada Profa. Neide Hipólito Jurkiewicz.

À minha irmã, Malka Jurkiewicz Lev, meu cunhado, Samuel Lev e Renata Lev, sobrinha, pela acolhida e permanência temporária em sua casa.

A todos os sobrinhos: Beatriz e Mauro Frangipani; Cynthia e Leo Kunigk; Paula e Fernando Freidenson e Abrão Marcio Lev; assim como a todos os sobrinhos netos que com seu carinho e amor, compartilharam suas conquistas e me incentivaram, a como eles, aprender a galgar novos passos.

Ao chefe do Serviço de Psicologia do HC/UFPR, psicólogo José Roberto Gioppo e aos colegas: Claire Lazzaretti e Marcos Venícius Portella,

que me apoiaram neste percurso com carinho, amizade e principalmente com a colaboração no cotidiano do trabalho.

A todos os estagiários que me escolheram como supervisora e orientadora de monografia, em especial, Aline N. Gomes (1997-1998), Fernanda Alice (2001), Giovana Medina (2003), Márcia Maito (2004), Vivien Kaniak (2005) e Psicóloga Eliana H. Shimano (2001-2002).

À direção do Centro Psiquiátrico Metropolitano, Olavo Gasparin e Silvana Cicarelli.

Às companheiras de cartéis da Escola da Coisa Freudiana: Maria Inês Bedani e Silvana Aquim, onde se fez possível a elaboração de alguns conceitos psicanalíticos, que permeiam esta tese e a prática clínica na Cardiologia e Cirurgia Cardíaca.

Às colegas do Grupo de Estudos Multiprofissional da SBC/PR, especialmente às psicólogas Paola Gulin e Ana Claudia Giaxa M. Prosdócimo; nutricionista Gisane B.Gomes; fisioterapeuta Eloísa Dias Hanna e enfermeira Ms. Vivian Rezende. A todos os profissionais que se dispuseram a compartilhar seus conhecimentos nas reuniões científicas e jornadas, especialmente aos médicos cardiologistas que abriram o espaço para o estudo e abordagem multiprofissional.

A todos os amigos e parentes que me apoiaram nesta trajetória.

Aos pacientes cardiopatas internados no HC/UFPR, por nós atendidos direta ou indiretamente, desde 1991, que em sua grande maioria, sempre aceitaram nossa oferta de escuta nas enfermarias do hospital. Com eles pudemos aprender e fundamentar a importância da abordagem das condições subjetivas nos serviços de saúde, concomitante ao tratamento médico, clínico ou cirúrgico, durante, antes e depois da internação.

*Sumário*

# SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

<b><u>1 – INTRODUÇÃO</u></b> .....	<b>2</b>
<u>1.1 – CONTEXTO EM QUE SE DESENVOLVERAM AS QUESTÕES NORTEADORAS DESTA PESQUISA</u> .....	2
<u>1.2 – CATEGORIA “VIVÊNCIA DE PERDAS”</u> .....	5
<u>1.2.1 – O luto na “vivência de perdas”</u> .....	11
<u>1.3 – FATORES PSICOLÓGICOS PREDISPONETES A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA</u> .....	13
<u>1.3.1 – Estresse e doença arterial coronariana</u> .....	15
<u>1.3.2 – Depressão e doença arterial coronariana</u> .....	17
<u>1.4 – AS PERSPECTIVAS DA ABORDAGEM PSICOLÓGICA DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA</u> .....	22
<b><u>2 – OBJETIVOS</u></b> .....	<b>25</b>
<u>2.1 – OBJETIVO GERAL</u> .....	25
<u>2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> .....	25
<b><u>3 – REVISÃO DE LITERATURA</u></b> .....	<b>27</b>
<u>3.1 – DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA</u> .....	27
<u>3.1.1 – Sobre a aterosclerose</u> .....	27
<u>3.1.2 – Infarto agudo do miocárdio</u> .....	32
<u>3.1.3 - Angina pectoris</u> .....	34
<u>3.2 – “VIVÊNCIA DE PERDAS” E LUTO</u> .....	36
<u>3.2.1 – Luto e elaboração da perda</u> .....	36
<u>3.2.2 – Sintomas do luto</u> .....	44
<u>3.2.3 – Luto e adoecer</u> .....	48
<u>3.3 – “VIVÊNCIA DE PERDAS” E DEPRESSÃO</u> .....	50
<u>3.3.1 – Abordagem, conceito e diagnóstico de depressão</u> .....	50
<u>3.3.2 – Abordagem psicanalítica da depressão</u> .....	61
<u>3.3.3 – Depressão e “uma teoria da doença”</u> .....	69
<u>3.3.4 – Depressão e luto</u> .....	75
<u>3.3.5 – Depressão e estresse</u> .....	79
<b><u>4 – MÉTODOS</u></b> .....	<b>82</b>
<u>4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA</u> .....	82
<u>4.2 – INSTRUMENTOS</u> .....	83
<u>4.3 – PROCEDIMENTOS</u> .....	86
<u>4.4 – ANÁLISE DOS RESULTADOS</u> .....	88
<u>4.4.1 – Análise quantitativa</u> .....	88
<u>4.4.2 – Análise qualitativa</u> .....	89
<b><u>5 – RESULTADOS QUANTITATIVOS</u></b> .....	<b>92</b>
<u>5.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</u> .....	92
<u>5.2 – VIVÊNCIA DE PERDAS E EVENTOS SIGNIFICATIVOS</u> .....	94

<u>5.3 – VIVÊNCIA DE PERDAS E ESTADO DE LUTO</u> .....	96
<u>5.3.1 – Estado de luto e evento significativo: morte de familiar ou pessoa próxima</u> .....	97
<u>5.3.2 – Estado de luto e estado civil</u> .....	99
<u>5.3.3 – Estado de luto e gênero</u> .....	100
<u>5.3.4 – Descritores do estado de luto e gênero</u> .....	100
<u>5.4 – VIVÊNCIA DE PERDAS E ESTADOS DE DEPRESSÃO</u> .....	101
<u>5.4.1 – Estados de depressão e estado de luto</u> .....	102
<u>5.4.2 – Estados de depressão e gênero</u> .....	103
<u>5.4.3 – Estados de depressão e estado de luto com gênero</u> .....	105
<u>5.5 – PROBABILIDADE DE APRESENTAR PROBLEMAS DE SAÚDE</u> .....	105
<u>5.5.1 – Probabilidade de apresentar problemas de saúde e estado de luto</u> .....	106
<u>5.5.2 – Probabilidade de apresentar problemas de saúde e estados de depressão</u> .....	106
<u>5.5.3 – Probabilidade de apresentar problemas de saúde e gênero</u> .....	108
<b><u>6 – DISCUSSÃO</u></b> .....	<b>110</b>
<u>6.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA - IDADE</u> .....	110
<u>6.2 – VIVÊNCIA DE PERDAS E EVENTOS SIGNIFICATIVOS</u> .....	111
<u>6.3 – VIVÊNCIA DE PERDAS E ESTADO DE LUTO</u> .....	113
<u>6.4 – VIVÊNCIA DE PERDAS E ESTADOS DE DEPRESSÃO</u> .....	118
<u>6.5 – RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, LUTO E GÊNERO</u> .....	119
<u>6.6 – PROBABILIDADE DE APRESENTAR PROBLEMAS DE SAÚDE</u> .....	123
<b><u>7 – ANÁLISE QUALITATIVA</u></b> .....	<b>127</b>
<u>7.1 – RESULTADOS</u> .....	128
<u>7.2 – DISCUSSÃO</u> .....	134
<u>7.3 – CONCLUSÕES DA ANÁLISE QUALITATIVA</u> .....	140
<b><u>8 – CONCLUSÕES</u></b> .....	<b>143</b>
<b><u>9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</u></b> .....	<b>145</b>
<u>9.1 – FATORES DE RISCO PARA DAC</u> .....	145
<u>9.2 – VIVÊNCIA DE PERDAS: LUTO, DEPRESSÃO E PROCESSOS INFLAMATÓRIOS</u> .....	147
<u>9.3 – VIVÊNCIA DE PERDAS: LUTO, DEPRESSÃO E ABORDAGEM CLÍNICA</u> ..	147
<b><u>10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	<b>150</b>
<b>11 – APÊNDICE</b>	
11.1 – Roteiro de entrevista semi-estruturado (instrumento A)	
11.2 – Termo de consentimento	
<b>12 – ANEXOS</b>	
12.1 – Inventário de depressão de Beck (instrumento B)	
12.2 – Escala de avaliação e reajustamento social de Holmes e Rahe (instrumento C)	

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Luto e morte de familiar ou pessoa próxima.....	98
<b>Figura 2:</b> Luto e número de mortes relatadas por participante.....	98
<b>Figura 3:</b> Luto e morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo recente, antigo ou ambos.....	99
<b>Figura 4:</b> Luto e gênero.....	100
<b>Figura 5:</b> Descritores do estado de luto (falta do objeto perdido, choro fácil e sentimento de vazio) e gênero.....	101
<b>Figura 6:</b> Porcentagem dos níveis de depressão.....	102
<b>Figura 7:</b> Luto e depressão.....	102
<b>Figura 8:</b> Luto com “sem depressão” e “com depressão”.....	103
<b>Figura 9:</b> Depressão e gênero.....	104
<b>Figura 10:</b> Relação entre “sem depressão” e “com depressão” com gênero.....	104
<b>Figura 11:</b> Depressão e luto com gênero.....	105
<b>Figura 12:</b> Probabilidade de apresentar problemas de saúde com depressão.....	107
<b>Figura 13:</b> Probabilidade de apresentar problemas de saúde com “sem depressão” e “com depressão”.....	108

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Diagnósticos médicos.....	93
<b>Tabela 2</b> – Faixas etárias.....	93
<b>Tabela 3</b> – Estado civil.....	93
<b>Tabela 4</b> – Eventos significativos.....	94
<b>Tabela 5</b> – Tipos de eventos significativos.....	95
<b>Tabela 6</b> – Morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo recente e antigo.....	96
<b>Tabela 7</b> – Descritores do estado de luto.....	97
<b>Tabela 8</b> – Probabilidade de apresentar problemas de saúde.....	106

*Resumo e Summary*

## RESUMO

JURKIEWICZ, R. Vivência de perdas: relação entre eventos significativos, luto e depressão, em pacientes internados com doença arterial coronariana [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Do atendimento a cardiopatas internados, criou-se a categoria “vivência de perdas”, desencadeada por evento(s) significativo(s) que implica no processo do luto. Segundo Freud (1916), o luto é um trabalho psíquico que requer um tempo para elaboração da perda e de transformação da realidade psíquica, desestruturada pela falta do objeto perdido. Entende-se que o luto é o correlato psicodinâmico da reação manifesta de depressão. Com estes fundamentos, esta pesquisa teve por objetivo geral: investigar vivência de perdas, estados de luto e de depressão. Foram avaliados 44 pacientes com os diagnósticos médicos de infarto agudo do miocárdio e angina, de 33 a 65 anos, 50% mulheres e 50% homens. Utilizados três instrumentos: entrevista semi-estruturada, para avaliação do luto; Inventário de Depressão de Beck, para depressão; Escala de Avaliação e Reajustamento Social de Holmes e Rahe, que avalia porcentagem de probabilidade de apresentar problemas de saúde. Os resultados foram relacionados através do programa “Statistical Package for Social Sciences”, versão 11.0. Apresenta estado de luto 65,9%, sendo significativas as relações entre: luto e depressão ( $p < 0,05$ ); luto e gênero ( $p = 0,000$ ); presente em 90,9% das mulheres; depressão e gênero ( $p < 0,05$ ). Os eventos significativos relatados com maior frequência foram: morte de familiares, 47% ou de pessoa próxima, 13%. Também é significativa a relação estatística entre luto e quantidade de mortes relatadas por participante como evento significativo ( $p < 0,05$ ). Sugere “vivência de perdas” como indicativo de risco psicológico para doença arterial coronariana, apontando para a associação entre luto e depressão.

Descritores: 1. cardiologia – 2. coronariopatia – 3. depressão – 4. pacientes internados/psicologia – 5. entrevista psicológica

## SUMMARY

JURKIEWICZ, R. Experience of losses: relation between significant events, mourning and depression, in hospitalized patients with coronary artery disease [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Since the attendance of hospitalized cardiac patients was created the category "experience of losses" caused by significant event(s) that implicated in the mourning process. According to Freud (1916), mourning is a psychic process that requires time for the loss elaboration and changing of the psychic reality, shaped by the lost object missing. Mourning is understood as a psychodynamic correlation of the manifested depression reaction. On this basis, this research aimed: investigate experience of losses, mourning and depression. 44 patients with medical diagnosis of severe heart attack and angina were evaluated, from 33 to 65 years old, 50% women and 50 % men. Three instruments were used: semi-structured interview for mourning evaluation; Beck Depression Inventory, for depression; Holmes and Rahe Social Readjustment Rating Scale, which evaluates the probability of presenting health problems. The results were treated by the software "Statistical Package for Social Sciences" version 11.0 . 65,9% presented state of mourning and the association between : mourning and depression were significant ( $p<0,05$ ); mourning and gender ( $p=0,000$ ), presented in 90,9% of the women; depression and gender ( $p<0,05$ ). The significant events more frequently reported were: death of a relative 47%, or closer person 13%. It is also significant the statistical relation between mourning and deaths related by the participants as significant event ( $p<0,05$ ). "Experience of losses" is suggested as indicative of psychological risk for coronary artery disease, highlighting the association with mourning and depression.

Keywords: 1. cardiology – 2. coronary disease – 3. depression – 4. hospitalized patients / psychology – 5. psychological interview

## *1. Introdução*

## 1 - INTRODUÇÃO

### 1.1 – CONTEXTO EM QUE SE DESENVOLVERAM AS QUESTÕES NORTEADORAS DESTA PESQUISA

Esta pesquisa é decorrente do trabalho iniciado em 1991, na Unidade de Internação de Cirurgia Torácica e Cardiovascular – CTCV – do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR).

Na ocasião foi implantada uma *“Rotina de Avaliação e Acompanhamento aos Pacientes Internados”*, que consistia no mínimo de duas entrevistas com cada paciente, uma antes e outra após a cirurgia, como parte do preparo pré e pós cirúrgico. A justificativa desta atividade era primeiramente o interesse em saber o que cada um tinha a dizer nesta situação, assim como a necessidade de abordagem da subjetividade, visando a possibilidade de elaboração e de atribuição de significado a esta vivência. À situação pré cirúrgica, já caracterizada como sendo de “risco” pela medicina, foi acrescentada outra ordem de risco implicado, o psicológico. Desde então, a internação, vem sendo considerada como situação de “risco psíquico”, o que equivale a dizer: “crise”, “estresse” e/ou “vivência de perdas”.

Tomando-se Freud (1925), como referência, uma situação que pode ser considerada como sendo de risco psíquico, é aquela que favorece a manifestação de angústia, diante dos sentimentos de impotência e desamparo, como reação à percepção de “perigo”, que afeta o ser em sua carência.

Com base nestes fundamentos, deu-se início à abordagem das condições subjetivas, através de entrevistas realizadas com a oferta da escuta, como tarefa básica do psicólogo no hospital geral, partindo-se do princípio de que a subjetividade, objeto de trabalho do psicólogo, pode estar afetada nesta situação, também considerada como de estresse ou crise psicossocial (Jurkiewicz, 2003).

Estes foram os primeiros fundamentos teórico-clínicos da implantação da assistência psicológica como uma rotina, durante o período de internação, que historicamente, deu início a esta pesquisa e ao método aqui proposto.

Ribeiro e Rengel (1992) realizaram estudo comparativo sobre a ansiedade frente a cirurgia cardíaca entre pacientes coronarianos e valvopatas. Deste, puderam concluir que não houve diferença significativa quanto à ansiedade frente a cirurgia cardíaca entre os coronarianos e os valvopatas. Mas, foi constatado que frente uma situação de perigo como a cirurgia, os dois grupos envolvidos apresentaram-se, de forma geral, mais ansiosos antes da operação. Estes autores falam da necessidade de um trabalho psicológico junto a estes pacientes, que leve em conta o indivíduo em si, e não sua patologia específica.

Foi no decorrer da assistência psicológica aos pacientes internados, através de entrevistas no pré operatório de cirurgia cardíaca, que pode-se constatar histórias dramáticas, que se caracterizavam por uma série de perdas significativas. Observou-se que muitos, em sua narrativa, traziam lembranças de pessoas próximas falecidas, da morte de parentes e amigos, preocupações com problemas financeiros, separação conjugal, dificuldades

de relacionamento com familiares e outros. Estes fatos, considerados como eventos significativos, presentes na história de vida de qualquer pessoa, nesta população estão muito presentes, sendo que algumas ainda localizavam estes acontecimentos como antecedentes à manifestação da doença cardíaca e a necessidade de se submeterem à cirurgia.

Pereira e Haddad (2002), constataram que para 22 pacientes a doença se manifestou na época em que ocorrera a perda de pessoas afetivamente significativas, por morte, doença ou ruptura de relacionamento.

Também observou-se que alguns pacientes internados na CTCV, para se submeterem à cirurgia, estiveram antes internados em leitos da Unidade de Internação de Cardiologia, o que motivou estender este atendimento para leitos da Cardiologia na Clínica Médica. A partir de 2001, a rotina de atendimento psicológico já realizada na CTCV, vinculada ao Departamento de Cirurgia, expandiu-se para as Unidades Coronariana e Cardiologia, do Departamento de Clínica Médica.

Do projeto de pesquisa aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do HC/UFRP, denominado “Vivência de Perdas e Cirurgias Cardíacas”, elaborado em 2000, foram obtidos os resultados, resumidos abaixo.

Todos os vinte e dois sujeitos, que constituíram a amostra, em suas histórias de vida, apresentaram histórico de “vivência de perdas”, como antecedentes às manifestações da doença cardíaca. Dentre os eventos significativos citados com maior frequência, destacou-se inicialmente a morte de familiares (55). Portanto um mesmo paciente pode ter relacionado a morte de mais de um familiar. Em seguida obteve-se a separação de

familiares (10), doença na família (7), acidente com familiar (4), perda na situação de trabalho (3), prejuízo financeiro (3), acidente de carro (3). A morte de familiares foi o evento significativo de maior frequência, sendo que a morte de mães, foi citada por 63,6%. Quanto às reações psicológicas manifestas durante a internação, na situação pré cirúrgica, com 54%, foi identificado estado de luto, desde a morte de um ou mais familiares (JURKIEWICZ,2003).

Destes resultados pode-se destacar a “vivência de perdas” no âmbito das relações familiares, como um dos eventos mais significativos.

Assim, do cotidiano do trabalho de assistência psicológica aos pacientes internados nas clínicas de Cardiologia e Cirurgia Cardíaca, formalizou-se a categoria “vivência de perdas” como objeto de investigação na área de Psicologia Clínica em Cardiologia e Cirurgia Cardíaca.

## 1.2 – CATEGORIA “VIVÊNCIA DE PERDAS”

“Vivência de perdas” é uma categoria que foi criada, pertinente à situação de internação no hospital geral, a partir do atendimento aos pacientes internados. Seguindo Rey (2002, p.121) : “as categorias representam um momento na construção teórica de um fenômeno”.

O fenômeno aqui destacado foi extraído de observações durante entrevistas realizadas no período de internação, principalmente no pré operatório de cirurgias cardíacas, quando com frequência eram narradas lembranças de pessoas conhecidas e familiares que estiveram doentes ou

faleceram, bem como, outros acontecimentos, como prejuízo financeiro, separação conjugal, aposentadoria, dificuldades no relacionamento com os filhos, preocupações atuais ou eventos que marcaram suas vidas considerados também como antecedentes à manifestação ou agravamento da doença. Todos acontecimentos citados, podem tornar-se “eventos significativos”, desencadeantes de “vivência de perdas”, quando a partir de uma perda que afeta a subjetividade em sua carência, são atualizadas outras perdas significativas que exigem mudanças de ordem psicológica, material ou social, ou físicas. Pode-se dizer que é também desencadeante de uma crise psicossocial, equivalente à situação de estresse. Qualquer ocorrência pode se tornar um evento significativo, conforme a associação com outros fatos e a significação que lhe é atribuída pelo sujeito, quem o vivencia, pois tal vivência diz da realidade psíquica. Segundo Cymrot (2003), a realidade da perda se impõe em conformidade com a realidade psíquica, quando são ativadas recordações, defesas, conflitos, elementos reprimidos, fontes inconscientes.

Rodrigues e Gasparini (1992;p.97) apontam que “situações como quebra de laços familiares e de estrutura social, privação de necessidades básicas, obstáculos à realização pessoal, separação, perda de emprego, viuvez, aposentadoria, entre outras, são tão potencialmente danosas à pessoa, quanto aos fatores biológicos”.

Os pesquisadores Holmes e Rahe (1967, apud Savoia, 1999), construíram uma lista de acontecimentos ocorridos no período de um ano: divórcio, nascimento de criança na família, morte na família, mudanças no

trabalho, outros, como um instrumento para medir probabilidade de apresentar problemas de saúde, com base em eventos significativos. Trata-se da “Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes e Rahe” (1967), utilizada nesta pesquisa.

Além da ocorrência dos eventos acima citados, considerados acidentais, que podem se tornar significativos, do ponto de vista evolutivo, no curso do crescimento e desenvolvimento do ser humano, ocorrem períodos de mudanças que implicam em vivência de perdas, chamados de etapas ou ciclos vitais, tais como adolescência, gestação, climatério, que se caracterizam por alterações orgânicas, anatômicas, fisiológicas e metabólicas, que exigem mudanças também de ordem psíquica, portanto psicossociais. São acontecimentos esperados e inevitáveis no curso da vida, que mesmo assim podem desencadear uma crise, pois trata-se de uma nova vivência, que implica em mudanças significativas na história de vida. Nascimento de criança, gestação, casamento, formatura, outros acontecimentos esperados e mesmo desejados, também podem desencadear uma vivência de perdas, um processo de mudanças significativas, que abrange os aspectos subjetivos ou psicossociais e relacionais.

Entende-se que no curso do crescimento e desenvolvimento do humano, ocorrem vivência de perdas, algumas inevitáveis e necessárias, outras acidentais, mas, de qualquer forma, marcam a constituição do sujeito do inconsciente, sua posição subjetiva, a partir de sua história e da interpretação subjetiva atribuída a acontecimentos desta história. Uma crise se caracteriza pela emergência de um elemento novo, que afeta o psíquico,

disparador de desordem, que exige mudança, renúncia à uma posição para poder assumir outra, e, conseqüentemente a aquisição de novas condutas. No entanto, nem sempre é isto que acontece. Muitas vezes, a tendência é repetir vivências passadas e padrões estereotipados de condutas, até como tentativa de elaboração psíquica, o que dificulta a adaptação à nova situação. (FREUD, 1914; PICHON-RIVIÈRE, 1986). Geralmente é quando pode-se adoecer, através da manifestação de sintomas, psíquicos e/ou orgânicos, sendo que ambos podem ser manifestos no corpo.

Considera-se que a situação de crise é o mesmo que um conflito psíquico, onde a subjetividade está implicada. Trata-se da forma particular de cada qual interpretar, compreender, se posicionar diante de um ou mais “evento(s) significativo(s)”, algo de uma vivência que se impõe para o sujeito, que requer adaptação à nova condição psíquica e de existência, da qual não se pode escapar. A subjetividade, efeito da realidade psíquica, se manifesta em todos os acontecimentos da vida do ser humano, podendo ser abordada em qualquer circunstância, mas numa situação de crise, a abordagem das condições subjetivas, torna-se imprescindível, pois o sujeito está afetado em sua carência, quando existe a necessidade de mudança de posição subjetiva.

Kovács (2002, p.154), assim considera que “a perda e sua elaboração são elementos contínuos no processo de desenvolvimento humano. É neste sentido que a perda pode ser chamada de morte consciente ou de morte vivida... a única morte experienciada é a perda, quer concreta, quer simbólica”. Considera as várias fases do desenvolvimento como “experiências de morte em vida”.

Uma vivência de perdas, que tem início a partir de um evento significativo, se vincula com outras perdas e como foram resolvidas. Daí a terminologia “vivência”, no singular, pois é única, para cada ser humano de acordo com a sua constituição e realidade psíquica. Cada vivência não é isolada, existindo relação também entre os diferentes ciclos vitais ou crises que ocorrem no curso da vida de uma pessoa e como foram solucionadas. Um evento significativo remete o sujeito à lembranças de outros eventos e vivências semelhantes.

Farinha (2005), articula a falta e a impossibilidade de completude da realidade psíquica com o mal-estar, como condições inerentes ao ser humano, explicitando que as situações de perdas, são constituintes da realidade psíquica e fazem parte do cotidiano.

Oliveira, Sharovsky e Ismael (1995), quando falam dos aspectos emocionais do paciente coronariano, afirmam que a doença e a crise psicossocial estão sempre associadas de um modo ou de outro. A partir da doença orgânica é que surgem conflitos e crises emocionais, assim como as emoções podem levar à doença orgânica.

Ruschel (2006) aponta uma associação estreita entre a doença e a crise psicossocial, de forma que estes conflitos de ordem psicológica, podem ser anteriores ao estabelecimento do quadro clínico.

Considera-se que a categoria “vivência de perdas” abrange três diferentes abordagens epistemológicas, que coexistem ao se tratar do humano. Inicialmente são considerados os aspectos psicossociais da Psicologia e a capacidade subjetiva de adaptação aos eventos do cotidiano e àqueles

significativos, com ênfase no ambiente. Em segundo lugar, leva-se em conta os aspectos psicodinâmicos com base na Psicanálise, a partir de Freud, que consideram a angústia e outros afetos, como sinais de conflito psíquico e suas manifestações corpóreas, considerando a falta como fator estruturante da realidade psíquica, com ênfase no psíquico. A terceira abordagem relaciona-se às descrições fenomenológicas de sintomas funcionais e corpóreos, com predomínio de aspectos orgânicos e biológicos da prática médica e psiquiátrica. Portanto, contempla os âmbitos: bio-psico-social.

Estes três âmbitos da conduta humana: mente – corpo – ambiente, coexistem havendo predomínio de um sobre o outro e vice-versa (BLEGER, 1984). Freud (1930, p.103), destaca que “não se pode deixar de penetrar nas relações existentes entre os três processos – de civilização, desenvolvimento do indivíduo e o “segredo da vida orgânica em geral”. Entende-se que o ser humano e o adoecer não pode ser estudado e avaliado apenas do ponto de vista organicista. Apesar dos avanços da ciência, muitos mecanismos e processos entre as reações psicológicas e efeitos orgânicos, ainda são desconhecidos.

Na área da Cardiologia, “vivência de perdas” diz respeito a um processo psicossocial, onde as condições subjetivas estão implicadas para poder dar conta de acontecimentos, para elaboração de vivência desencadeada por um ou mais “eventos significativos”. Para o paciente coronariano, esses fatores que geram a crise psicossocial e o estresse, podem ser determinantes da doença, fator de risco.

Moreno Jr., Melo e Rocha (2003) explicam que as alterações imunológicas e neuroendócrinas que participam do processo de estresse levam ao abaixamento das defesas do organismo e liberação de hormônios que podem culminar em aterosclerose, hipertensão arterial e arritmias cardíacas, quando evidentemente há uma predisposição.

A “vivência de perdas” refere-se a um processo psicodinâmico, desde a ocorrência de eventos significativos, como afetam a subjetividade, quais reações psicológicas manifestas e como estas produzem alterações orgânicas, que quando associadas com outros fatores, podem levar a manifestações ou desenvolvimento de doenças, como a doença arterial coronariana.

A internação, o adoecer e os procedimentos médicos, no corpo, também podem ser considerados eventos significativos, desencadeantes de “vivência de perdas” ou estresse.

### **1.2.1 – O luto na “vivência de perdas”**

No curso de uma “vivência de perdas” deve ser realizado um luto, o que Freud (1916, p.236) assim define: “uma reação à perda de um ser amado ou de uma abstração equivalente, a pátria, a liberdade, o ideal, etc”. O luto é um trabalho psíquico que consiste em elaboração da perda, em abandonar as relações com o objeto perdido. No entanto, desde Freud, vêm sendo apontadas dificuldades neste processo, que requer um tempo de elaboração e transformação que atinge o indivíduo e a realidade psíquica, desestruturada pela falta do perdido. Depende de condições subjetivas. No decorrer deste processo, podem ser manifestos vários sintomas, que Freud (1916,p.236)

assim descreve: “estado profundamente doloroso, desaparecimento do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de todas as funções”. Glass (2005), assinala e considera que as conceituações de Freud são precoces, baseadas em observações clínicas, mas que ainda são precursoras de pontos de vista atuais sobre a normalidade e o contrário do processo do luto. Considera-se aqui a associação entre os estados de luto, aspecto psicodinâmico, com os depressivos, estes como manifestações daqueles. Os estados depressivos são reações psicológicas manifestas, decorrentes de estados de luto, de “vivência de perdas”.

Piper et al (2001), com casuística de 729 pacientes externos, entrevistados em clínica psiquiátrica, sobre perdas significativas devido a morte de pessoas no decorrer de suas vidas, obtiveram como resultado que mais da metade vivenciaram uma ou mais destas perdas, sendo que um terço do total, obtiveram o critério de luto complicado, moderado ou severo, devido a morte de pessoas próximas, num tempo médio de dez anos. Isto também é o que se pode observar no cotidiano de nossa prática clínica com pacientes cardiopatas internados, que foi o ponto de partida desta pesquisa.

Franco (2002,p.22), considera que as repercussões emocionais e fisiológicas do luto tornaram-se objeto de pesquisa. Segundo a autora, isto se deve ao fato de que na década de 80, surgiram vários modelos psicológicos de estresse, luto e depressão, seguindo o modelo médico de doença e de morte, de forma que os aspectos emocionais do luto poderiam ser semelhantes à doença, representando um exemplo do “futuro da moderna Psicologia”.

Considera-se a categoria “vivência de perdas” como indicativo de risco psicológico para doença arterial coronariana, assim como em cardiologia e cirurgia cardíaca de um modo geral, principal hipótese deste trabalho.

### 1.3 – FATORES PSICOLÓGICOS PREDISPONENTES A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS,2001), apresenta o fato de que os transtornos depressivos, na atualidade, responsáveis pela quarta causa de morte, em 2020 passarão a ocupar o segundo lugar, depois das cardiopatias.

Estudos epidemiológicos apontam que a doença coronariana é resultado de uma associação entre diversos fatores de risco, como dislipidemias, obesidade, hipertensão, tabagismo, diabetes, fator genético, vida sedentária e estresse, sendo de etiologia multifatorial.

Da Luz e Favarato (2003) apontam para alterações metabólicas, genéticas e ambientais que predis põem à aterogênese, tendo como denominador comum a disfunção endotelial. Consideram fatores maiores aqueles que têm relação causal e independente no risco de desenvolver doença, são eles: hipercolesterolemia, aumento de LDL-colesterol, tabagismo, diminuição dos níveis de HDL-colesterol, o diabetes melito, o envelhecimento e a obesidade. Referem-se a estes fatores por terem sido avaliados no estudo Framingham, endossados pela American Heart Association e pelas associações médicas em todo o mundo. Ao citarem fatores predisponentes àqueles que aumentam a incidência de doença cardiovascular, acrescentam

os fatores psicossociais, ao lado de: história familiar de doença coronária precoce, obesidade abdominal, fatores étnicos e sedentarismo.

Carvalho Filho (2004), considera a aterosclerose e suas complicações, como as principais causas de morte e incapacidade em pacientes de ambos os sexos, verificando que os fatores tradicionais de risco para esta doença, não seriam responsáveis por muitos casos de arteriopatias. Segundo o autor, isto tem estimulado o interesse sobre outros fatores que têm sido citados mais recentemente, como homocisteína, lipoproteína, fibrinogênio, estresse oxidativo, inflamação e depressão. Embora associados ao risco de aterosclerose, sua real importância é motivo de discussão e ainda necessita ser definida.

Da Luz e Vint (2003,p.149), consideram dentre os fatores de risco que prejudicam a função endotelial, a hipercolesterolemia, a obesidade, o sedentarismo, a hipertensão arterial, o tabagismo, o diabetes e a idade avançada. Assim discorrem sobre o estresse mental: “até que ponto o estresse mental é capaz de influenciar a circulação coronária, agindo através do endotélio, é uma questão de interesse tanto fisiopatológico quanto prático”. Citam estudos, segundo os quais tais achados sugerem que a disfunção endotelial na presença do estresse mental pode ser decorrente de um desequilíbrio entre a síntese do óxido nítrico e da endotelina-1, limitando o efeito vasodilatador do óxido nítrico. Segundo estes autores, o efeito de intervenções, farmacológicas ou outras que combatam estresse mental sobre a disfunção endotelial ainda não está esclarecido.

### **1.3.1 – Estresse e doença arterial coronariana**

O estresse, também denominado na literatura “como estresse mental”, diz dos aspectos psicológicos implicados no adoecer. Holmes et al (2006), destacam que achados epidemiológicos apontam para síndromes de ansiedade envolvendo medo e pânico, como sendo possíveis fatores de risco para doença arterial coronariana, assim como o papel da depressão tem recebido especial atenção. Os sintomas de depressão são tidos como emoções ou afetos, afetando principalmente dois aspectos, cognitivo ou pensamentos e sistema neurovegetativo, como perda de energia, distúrbios do sono e do apetite. Assim, sintomas depressivos e o transtorno de depressão maior estão implicados no desenvolvimento da doença arterial coronariana e conseqüentemente no infarto do miocárdio. Os autores acrescentam como mecanismos implicados nestes efeitos, o processo imune inflamatório, mudanças hemodinâmicas, outros fatores responsáveis pelo dano do endotélio, efeitos no ritmo cardíaco, alterações de coagulação plaquetária no sangue. Dizem ainda serem bem conhecidas as relações entre os estados emocionais de ansiedade, raiva e tristeza. Estes autores afirmam que o estresse tem sido um importante foco de pesquisa envolvendo fatores psicossociais e saúde. Consideram que em pacientes com doença arterial coronariana, o estresse também está implicado como desencadeador de isquemia do miocárdio e infarto, arritmia maligna e morte cardíaca súbita. O estresse induz a ativação do sistema nervoso autônomo, predispondo pacientes com doença arterial coronariana para arritmia letal e alterações da transmissão neural cardíaca. A combinação de oclusão coronária e estresse mental induz a isquemia.

Explicitam que respostas fisiológicas do estresse envolvem múltiplos sistemas, como os sistemas nervosos central e autônomo, endócrino, cardiovascular, gastrointestinal e imune inflamatório. A avaliação desses parâmetros em particular respostas cardiovasculares e neuroendócrinas, são utilizados como medidas da presença de estresse, seus efeitos e eventos. Atualmente pesquisas sobre os efeitos do estresse mental e físico na fisiologia patológica cardíaca, dão ênfase à ativação do sistema nervoso central e autônomo no desenvolvimento da doença arterial coronariana.

É interessante destacar o que Holmes et al (2006), apontam como diferenças na abordagem de estresse na literatura científica. Assim, algumas pesquisas enfatizam o ambiente, outros a percepção pessoal ou emocional ou ainda as respostas fisiológicas a tais circunstâncias. Uma forma mais integradora de conceber o estresse é abrangendo os fatores do ambiente, a percepção subjetiva de tais eventos que resultam em respostas fisiológicas. Isto é o que fundamenta e aproxima o estresse da categoria “vivência de perdas”, temática central desta pesquisa, que contempla estes âmbitos da conduta humana, os aspectos bio-psico-sociais. As reações como ansiedade e depressão, podem estar associadas e/ou serem equivalentes ao estresse.

No caso específico da aterosclerose e doença arterial coronariana, até que ponto o estresse e quais os mecanismos que se processam para atingir o endotélio, ainda não estão esclarecidos. Este fato abre um imenso campo de investigação, sobre alterações fisiológicas decorrentes de reações psicológicas, que vem acrescentar-se a respostas sobre como o fator psíquico pode interferir no adoecer.

A literatura médica tem apresentado estudos que vêm se reportando com freqüência a dois fatores psicológicos que interferem no sistema cardiovascular : “estresse mental “ e “depressão”, associados com função endotelial. Encontrou-se a referência de Joca et al (2003), que também comentam da existência de alguns estudos experimentais, farmacológicos, morfológicos, eletrofisiológicos e moleculares, que mostram alterações do hipocampo pela exposição a estressores significativos, de forma a concluir que o hipocampo está envolvido com respostas ao estresse.

Moreno Jr., Melo e Rocha (2003), consideram que o estresse agudo ou crônico pode causar hiperatividade do sistema nervoso simpático, disfunção endotelial e aumento na produção e liberação de catecolaminas e corticosteróides, o que pode desencadear doenças cardiovasculares tais como hipertensão arterial, angina no peito, enfarte do miocárdio, arritmias cardíacas e acidente vascular cerebral.

### **1.3.2 – Depressão e doença arterial coronariana**

Romano (2001), destaca que a depressão na literatura em psicologia vem sendo apresentada e associada com a cardiologia, como um importante fator de risco para a ocorrência da doença arterial coronariana, fazendo com que a Cardiologia Clínica dispense especial atenção para esta associação entre depressão e cardiopatias, quer esta relação seja de causa, como fator de risco ou conseqüência, isto é, maior prevalência da depressão entre os portadores da doença arterial coronariana.

Strike e Steptoe (2002), perceberam e demonstraram interesse pelo acúmulo de evidências, através de estudos clínicos e epidemiológicos, de que fatores psicossociais contribuem para a doença arterial coronariana, sendo a depressão colocada com um deles. Realizaram uma revisão de estudos epidemiológicos prospectivos de coorte, sobre depressão e o subsequente desenvolvimento da doença arterial coronariana (DAC), que demonstram que o risco relativo entre depressivos é o dobro, comparado com não depressivos. Assim, indivíduos depressivos estão mais propensos a desenvolver angina ou infarto do miocárdio. Relataram que os resultados de vários estudos sobre depressão e doença arterial coronariana, incitam a investigação de mecanismos psicobiológicos envolvidos. Segundo estes pesquisadores a associação entre depressão e doença arterial coronariana pode explicitar muitas possibilidades: a depressão poderia conduzir à inflamação, o que levaria à doença arterial coronariana; um processo inflamatório poderia causar dois outros processos: distúrbios do sistema nervoso central e doença arterial coronariana. A depressão poderia levar à doença arterial coronariana através de hábitos de conduta como: fumo, alimentação, pouca atividade física e a não adesão ao tratamento. Todos estes fatores de risco são prevalentes em pessoas deprimidas, de modo que a função endotelial está significativamente afetada por estes. Estes autores, em 2004, apontam para o fato de que a depressão pode favorecer a inflamação inerente à doença arterial coronariana ou talvez um processo inflamatório desconhecido pode causar ambos: depressão e doença arterial coronariana. Consideram que a depressão pode agir como estressor crônico prolongando a disfunção endotelial e suas

conseqüências como aumento de células de adesão, migração e proliferação, resultando num meio pró-aterosclerose. Com base no trabalho destes pesquisadores, evidências clínicas da associação da depressão com doença arterial coronariana, demonstram que a depressão pode ser tanto marcador como fator de risco. Partem do princípio de que há evidências para sustentar a relação causal entre: estresse crônico, depressão e suporte social para o desenvolvimento da doença arterial coronariana. Situam como fatores desencadeantes de estresse: situação de trabalho, relacionamento conjugal, posição sócio-econômica.

Ainda segundo Strike e Steptoe (2004), o eixo hipotalâmico – pituitário – adrenal, hipertensão e reatividade vascular, função endotelial, marcadores de inflamação, plaquetas, fatores de coagulação, fibrinogênio, lipídios, metabolismo de glicose e fatores de estilo de vida, estão implicados no processo de desenvolvimento desta doença.

Ford et al (1998) verificaram o aumento da reatividade plaquetária numa pequena amostra de pacientes jovens, com transtorno depressivo maior, sem uso de medicação. Concluíram que a depressão clínica parece ser um fator de risco independente, que incide na doença arterial coronariana por muitas décadas depois do início da depressão clínica. Estes pesquisadores apontam para o fato de que o aumento do risco pode persistir por mais de 10 anos depois do início do episódio de depressão e que pode acompanhar o desenvolvimento progressivo da aterosclerose.

Stansfeld et al (2002), em relação ao tempo, o curso de 5 anos, desde a ocorrência de evento significativo, é propício para o aumento do risco para

o desenvolvimento da doença arterial coronariana. Este período é coincidente com a relação entre nível de depressão no pós-infarto agudo do miocárdio e o tempo de sobrevivência, tendo sido demonstrado um cálculo de cinco anos (LESPERANCE ET AL,2002).

Sullivan et al (2000), partindo do fato de que ainda é desconhecido por quanto tempo a depressão aumenta o risco de prejuízo funcional, apesar de ter sido demonstrado que a depressão aumenta o risco de mortalidade por dez anos, realizaram estudo que demonstrou que ansiedade e depressão têm uma variedade significativa de efeitos nas funções diárias e sintomas de pacientes com doença arterial coronariana, durante um período de cinco anos.

Segundo as “Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o Tratamento da Depressão” (2003), a depressão é condição médica comum, crônica e recorrente, freqüentemente associada a incapacidade funcional e comprometimento da saúde física. Apontam dados de que a prevalência da depressão varia entre 20% e 30% em pacientes internados por qualquer doença física, 33% em pacientes com infarto recente e duas e três vezes mais freqüentes em mulheres do que em homens.

Carney e Freedland (2000) consideram a depressão comum em pacientes com doenças crônicas. Alguns episódios depressivos são reações à disfunção orgânica ou desconforto devido à doença, mas muitos pacientes manifestam tais episódios antes de desenvolver o problema orgânico. A depressão pode alterar o curso e conseqüências de uma doença. Citam como exemplo, o acidente vascular cerebral ou o infarto agudo do miocárdio.

Em um estudo de observação durante 54 meses, que incluiu 2900 participantes com idades entre 55 e 85 anos, observou-se que entre os pacientes sem doença coronária, a morte por esta causa foi maior entre os que sofriam de depressão maior. Entre aqueles que já tinham doença cardíaca diagnosticada, as mortes triplicaram entre os depressivos. O estudo mostra que as pessoas portadoras de depressão maior são mais propensas a morrer em consequência de uma doença cardíaca ( PENNINX et al, 2001).

Grippe e Jhonson (2001), consideram que a “depressão psicológica” vem sendo associada com vários aspectos da doença arterial coronariana (DAC), incluindo arritmias, infarto agudo do miocárdio, ataque cardíaco e morte súbita. No entanto, quanto aos mecanismos fisiológicos que ocorrem nestes processos, dizem que ainda não estão suficientemente esclarecidos, apesar da implicação de uma disfunção ou desequilíbrio adreno – pituitária - hipotalâmica nas doenças cardíacas.

Glassman e Shapiro (1998), referem-se ao fato de que nove dentre dez estudos, verificaram aumento de mortalidade devido à doença cardiovascular em população de pacientes deprimidos. Concluíram de estudo realizado com pacientes deprimidos no período imediato pós-infarto, que o risco de vida é três vezes maior comparado com pacientes não deprimidos. Consideram que a aterosclerose pode causar depressão e doença cardíaca, sendo inquestionável a associação entre depressão e doença cardiovascular. Os autores introduzem a temática da depressão e cardiologia, reportando-se ao fato de que durante séculos, poetas e o folclore afirmavam a relação entre mente e corpo nos humores em geral e

em particular o coração. No entanto, apenas há alguns anos isto passou a ser tratado cientificamente.

Pode-se dizer que quanto à relação entre depressão e doenças cardiovasculares, a literatura tenta explicitar esta associação bem estreita, apesar dos mecanismos implicados não estarem explícitos de forma definitiva. De modo geral, os aspectos psicológicos estão pouco incluídos, documentados e/ou explicitados, mas implicados. Isto é o que justifica esta pesquisa.

#### 1.4 – AS PERSPECTIVAS DA ABORDAGEM PSICOLÓGICA DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Enquanto a medicina tem interesse pelos mecanismos fisiológicos do estresse e da depressão, implicados em eventos cardiovasculares, esta pesquisa, a partir da abordagem psicológica, aponta para a subjetividade implicada nos processos do adoecer. Entende-se que isto se dá através de reações psicológicas que levam à alterações fisiológicas, como nos estados de estresse. A depressão é reação que aqui se destaca, considerada como manifestação decorrente do estado de luto. Esta pesquisa tem por finalidade fundamentar e demonstrar que a categoria “vivência de perdas”, construção teórica de um fenômeno observado na clínica psicológica com cardiopatas internados, pode ser indicativa de risco psicológico para doença arterial coronariana.

Desta forma é que se pretende contribuir com a medicina, explicitando e verificando a implicação da subjetividade, através da associação entre os estados de luto e as reações de depressão, nos casos de eventos cardíacos,

devido à doença arterial coronariana. O estado de luto, associado com os estados depressivos, é considerado de ordem psicodinâmica, conteúdo latente e os sintomas, conteúdo manifesto, que constituem os quadros de depressão.

Além da compreensão deste fenômeno, pretende-se também apontar indicadores para o diagnóstico precoce da depressão e para a necessidade de abordagem de condições subjetivas.

A falta de levar em consideração tanto no que tange ao diagnóstico, como na indicação terapêutica, os aspectos psicológicos e a subjetividade, pode dificultar e retardar o tratamento e prevenção da doença arterial coronariana, favorecendo a epidemia de doenças cardiovasculares, apontada pela Organização Mundial de Saúde.

## *2. Objetivos*

## 2 - OBJETIVOS

### 2.1 – OBJETIVO GERAL

Investigar vivência de perdas através da avaliação dos estados de luto e de depressão, em pacientes internados devido à doença arterial coronariana.

### 2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a ocorrência de eventos significativos;
- Investigar a relação entre eventos significativos e luto;
- Verificar a associação entre luto e depressão;
- Comparar a incidência dos estados de luto e de depressão entre gêneros;
- Avaliar probabilidade de apresentar problemas de saúde decorrentes de eventos significativos, ocorridos no último ano antecedente à internação, compará-la com estados de luto, de depressão e entre gêneros.

### *3. Revisão de literatura*

### 3 – REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 – DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

##### **3.1.1 – Sobre a aterosclerose**

Da Luz e Favarato (2003), apontam para as doenças cardiovasculares como líderes de mortalidade no mundo ocidental e para a principal etiologia desse grupo de doenças, que é a aterosclerose. Esta vem sendo considerada como enfermidade inflamatória, devido à redução da biodisponibilidade do óxido nítrico na parede arterial, precedida e mantida pela ativação ou disfunção endotelial. Segundo os autores, isto acontece quando se perde a produção equilibrada de substâncias pelo endotélio e a balança pende para o lado de outras substâncias, vasoconstritoras, pró-trombogênicas, pró-inflamatórias e proliferativas.

Da Luz e Vint (2003), referem-se à aterosclerose humana como um processo crônico, progressivo e sistêmico, caracterizado por resposta inflamatória e fibroproliferativa da parede arterial, causada por agressões à superfície arterial. Segundo estes, as alterações vasculares no leito coronário presentes na aterosclerose derivam de três componentes fundamentais: disfunção endotelial, que se instala precocemente, com alterações da reatividade do vaso e perda das propriedades antitrombóticas naturais e da permeabilidade seletiva do endotélio; obstrução da luz do vaso pela placa aterosclerótica; complicações trombóticas no local da lesão. Descrevem que a evolução da lesão aterosclerótica de estria gordurosa até a placa fibrosa é bastante lenta. A progressão das estrias gordurosas para

lesões arteriais complexas requer a infiltração de células inflamatórias e também a proliferação de células musculares lisas, produtoras de matriz extracelular que constitui o maior volume do ateroma avançado. Assim, descrevem a placa aterosclerótica madura, que apresenta, além de células, dois componentes estruturais distintos: um núcleo lipídico, pouco denso e a capa fibrosa, componente fibrótico, que representa 70% do tamanho total da placa. O conteúdo do núcleo lipídico é altamente trombogênico. A capa fibrosa é formada basicamente por células musculares lisas, matriz extracelular e células inflamatórias. Referem-se à padrões estabelecidos pela American Heart Association que classificou os vários estágios das placas ateroscleróticas de acordo com a sua histologia, do tipo I inicial, até o tipo IV, que ocorre pelo acúmulo progressivo de lipídeos. Essa evolução é lenta, inicia-se na primeira década de vida e vai até a terceira década; sendo este o período silencioso da doença. Ao atingir a fase IV o crescimento se dá por acúmulo acelerado de células musculares lisas e do colágeno, passando para a lesão tipo V; ou, de forma mais brusca, pela instabilização, com a ocorrência de roturas e trombose ou hematoma, formando-se as lesões tipo VI. Nessas últimas os trombos podem ser incorporados à lesão, a qual cresce e volta a ser do tipo V.

De acordo com Da Luz e Vint (2003), a instabilização da placa é mais freqüente em placas com núcleo rico em lipídeos de consistência mais fluida, com capas fibrosas mais finas e na junção com a parede do vaso. Placas instáveis apresentam menos quantidade do colágeno e glicosaminoglicanos, comparando-se com placas mais estáveis. Essas características associam-

se com maior frequência a roturas, fissuras e trombozes e são mais incidentes nas síndromes coronárias agudas. Em portadores de angina estável, o acúmulo da matriz extracelular é o principal mecanismo de obstrução da artéria. A ruptura da placa é a causa mais freqüente de trombose coronária e caracteriza angina instável. Outro mecanismo de instabilização e trombose coronária é a erosão no endotélio da placa, o que é uma importante causa de morte súbita.

Consideram evidente a participação do endotélio no processo de instabilização da placa, seja por ruptura ou erosão. O endotélio participa da formação inicial da placa aterosclerótica, na sua progressão e nos processos de instabilização da mesma. Concluíram que a disfunção endotelial está demonstrada na presença de doença cardiovascular aterosclerótica que acompanha toda a evolução do processo. Esta disfunção é fundamental na formação e evolução da placa e associa-se a todos os fatores de risco cardiovasculares. Consideram que a avaliação da função endotelial deve ser realizada em indivíduos com fatores de risco para o desenvolvimento de doença aterosclerótica cardiovascular, assim como naqueles com doença cardiovascular estabelecida.

Furchgott e Zowadzki (1980, apud Nascimento, Patriarca e Heiman, 2003), demonstraram que a célula endotelial controla ativamente o tônus vascular, a coagulação, trombólise, remodelação vascular e a resposta inflamatória e imune.

Carvalho et al (2003), apontam que em Cardiologia, o endotélio tem sido relacionado com mecanismos fisiopatológicos de diversas doenças e

até como um marcador prognóstico. Funcionalmente comporta-se como um órgão de impacto a quase todas as doenças, uma vez que células de sua superfície mantêm contato constante com proteínas e outras substâncias, endógenas e exógenas, que são transformadas ou neutralizadas, conseqüentemente, determinando resposta vascular no sangue e em outros órgãos. O organismo depende do endotélio vascular íntegro e funcionando para o suprimento de sangue aos tecidos, oferta de oxigênio, glicose, aminoácidos, lípidos, etc. Descrevem as funções do endotélio, destacando as substâncias vasoativas do endotélio, são denominadas fatores relaxantes derivados do endotélio – EDRFs – e fatores constritores derivados do endotélio – EDCFs. O óxido nítrico, derivado do endotélio media ativamente muitas funções protetoras. A identificação do óxido nítrico como o principal fator de relaxamento endotelial sugere que as reações de óxido-redução mediadas por espécies reativas de oxigênio e nitrogênio seriam importantes vias metabólicas envolvidas na disfunção endotelial. Nos processos patológicos vasculares, a mais importante alteração é a diminuição da produção ou da biodisponibilidade de óxido nítrico pelo endotélio.

Nascimento, Patriarca e Heiman (2003), apontam para o entendimento do endotélio vascular, como o mais completo sensor biológico. Segundo estes autores a célula endotelial é capaz, através de extensa rede de transmissão de dados, de detectar a mínima alteração na pressão arterial; fluxo sangüíneo; balanço oxidativo: equilíbrio entre forças oxidantes e antioxidantes; coagulação; sinal de inflamação e ativação do sistema imune no organismo, de forma que seu funcionamento é o mais perfeito

sensor biológico existente, possuindo uma atividade metabólica intensa. Consideram que o endotélio uma vez, totalmente integrado, é capaz de detectar o menor sinal de inflamação e/ou ativação de resposta imune ou agressão sistêmica através de estímulo mecânico; biofísico ou metabólico; como ocorre no diabetes, na hipertensão arterial, aterosclerose, tabagismo, dislipidemia, hiperinsulinemia e senilidade, podendo processar a informação e responder de forma localizada ou global para corrigir a alteração e preservar o vaso sangüíneo. Seguindo estes autores, a lesão endotelial provocada por hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e tabagismo deve ser sempre entendida como uma lesão silenciosa e progressiva que, na grande maioria das vezes, leva à perda funcional de órgãos – alvo, como cérebro, rins, olhos e coração.

Serrano Jr. et al (2003), consideram que grande parte do processo de aterosclerose se dá a partir da infiltração de células da circulação sangüínea para locais específicos do endotélio, que o endotélio sadio através de sua constante atividade metabólica, mantém-se íntegro, permanecendo impermeável a células e macromoléculas que estão presentes na circulação sangüínea, o que não acontece no endotélio disfuncional, quando essa auto-regulação se perde e o endotélio se torna substrato para o acúmulo de diversas células inflamatórias. Acrescentam que uma ruptura da estrutura do endotélio expõe o sangue a diversos estímulos pró-trombóticos, com a ativação inicial das plaquetas sendo o evento principal desencadeador do processo. Destacam a interação entre o endotélio, as células inflamatórias e as plaquetas. Isto traz implicações clínicas para a aterosclerose e doença

arterial coronária. Frente ao importante papel fisiológico das moléculas de adesão no desenvolvimento da aterosclerose, foi estabelecida a hipótese de que essas moléculas serviriam também como marcadores diagnósticos evolutivos e prognósticos da doença em diversos grupos de pacientes. As placas instáveis são descritas como caracterizadas por inflamação intensa, a qual supera a capacidade da placa de auto-reparação.

Entende-se assim que a aterosclerose é uma doença inflamatória crônica que evolui com formação de placas no interior das artérias. Evidências apontam que um agente infeccioso possa desempenhar papel importante na gênese das placas que obstruem as artérias, existindo a relação: infecção – inflamação – aterosclerose.

### **3.1.2 – Infarto agudo do miocárdio**

Braunwald e Antman (1999) descrevem o infarto agudo do miocárdio como redução do fluxo sanguíneo coronariano, de magnitude e duração suficiente para não ser compensado pelas reservas orgânicas. A causa habitual da morte celular é uma isquemia no músculo cardíaco, por oclusão de uma artéria coronária. Esta oclusão se dá em geral pela formação de um coágulo sobre uma área previamente estreitada por aterosclerose. O diagnóstico é feito de maneira indireta, por sintomas que a pessoa sente, por sinais que surgem em seu corpo, por alterações em um eletrocardiograma e por alterações de certas substâncias no sangue. O autor explica que o suprimento de sangue para o coração é feito através das artérias coronárias, que surgem diretamente da artéria aorta na valva semilunar esquerda. São

duas as principais artérias coronárias: a artéria coronária direita e a artéria coronária esquerda que logo se bifurca em duas grandes artérias, a artéria descendente anterior e artéria circunflexa. A interrupção do suprimento ou fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco é causada pela obstrução de uma artéria coronária ou de seus ramos. Com freqüência, forma-se um coágulo (ou trombo) sanguíneo sobre uma placa aterosclerótica no interior de uma das artérias coronárias. Este trombo costuma ocorrer sobre uma placa aterosclerótica que sofreu alguma alteração, como a formação de uma úlcera ou a ruptura parcial da placa.

Nicolau e Ramires (1998), consideram o quadro clássico caracterizado por dor retroesternal de forte intensidade, acompanhada de sudorese fria e náuseas, de caráter constritivo, sendo sua irradiação mais comum para os membros superiores. Mas assinalam que o quadro clínico pode ser variado, havendo inclusive uma incidência expressiva de infarto agudo do miocárdio sem dor, o que justifica ter em conta a possibilidade de infarto em qualquer indivíduo que se apresente com dor importante acima do umbigo, ou com manifestações de súbito comprometimento do sistema circulatório com dor atípica ou mesmo sem dor.

Paul e Yu (1999), apontam três critérios para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio: história clínica; achados eletrocardiográficos e alterações das enzimas séricas. Caracteriza-se por crise de dor intensa, retroesternal, com sensação de constrição, de esmagamento ou de queimadura, acompanhada por sudorese, náusea, vômito e dispnéia. A dor torácica dura habitualmente mais de 30 minutos e não é aliviada pelo

repouso nem pela nitroglicerina. Tipicamente é mais intensa e insuportável que a sensação de pressão da angina de peito que o paciente pode ter experimentado anteriormente. Consideram a fase aguda na primeira semana de doença, durante a qual são máximos tanto a incidência de complicações como o índice de mortalidade. Em geral um paciente com infarto agudo do miocárdio cuja situação seja estável tem possibilidades de recuperação total. Lefer (1978), aponta para o infarto agudo do miocárdio, como representante de grave ameaça aos mecanismos fisiológicos de regulação do coração e de todo sistema circulatório.

Julian e Cowan (1996) definem o infarto do miocárdio, como termo que designa a necrose do miocárdio que se instala secundariamente à interrupção aguda do fornecimento de sangue através das coronárias.

### **3.1.3 - Angina pectoris**

Porto (1998), considera a angina estável ou angina crônica estável uma síndrome isquêmica caracterizada por dor torácica, geralmente retroesternal ou na região precordial, desencadeada por esforço físico, refeições volumosas ou por estresse emocional, com duração de 30 segundos a 15 minutos, sendo aliviada pelo repouso ou uso de nitrato sublingual, que não muda suas características por pelo menos 2 meses. O autor descreve que na angina de peito estável não existe total correlação entre localização da dor na região torácica, dorso, pescoço ou membros superiores e a área isquêmica do coração. Relaciona-se com doença arterial coronariana em 90% dos casos. Como um dos motivos ou etiologia, é o desequilíbrio entre oferta

de oxigênio e demanda metabólica do miocárdio. Comenta que em mulheres a angina costuma ser a primeira manifestação de aterosclerose coronária. O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras doenças cardíacas capazes de causar dor com características semelhantes. O autor considera a história clínica como principal recurso diagnóstico, devendo-se analisar detalhadamente as características da dor: localização, irradiação, caráter, frequência, intensidade, duração, fatores precipitantes e que aliviam.

Estes autores referem-se à angina instável como síndrome situada no meio do espectro clínico da cardiopatia isquêmica, com várias formas de apresentação que incluem desde a angina do peito de início recente até dor intensa e prolongada em repouso, às vezes indistinguível do infarto agudo do miocárdio. É uma condição clínica transitória, que pode evoluir para infarto, morte súbita, angina estável crônica após estabilização do processo, ou recuperação completa. Na maioria dos pacientes, a angina instável relaciona-se a uma coronariopatia aterosclerótica de grau importante, cuja formação e progressão da placa aterosclerótica dependem de vários fatores, relacionando-se com ruptura da placa, quase sempre acompanhada de espasmo e seguida de trombose, cujo resultado é a obstrução transitória ou intermitente do vaso. A oclusão completa é possível sem que haja infarto, desde que a região irrigada pelo vaso seja suprida por uma circulação colateral bem desenvolvida. Quanto ao diagnóstico, caracteriza-se por dor pré cordial, constrictiva, de localização retroesternal, no entanto o quadro também pode ser atípico, sem dor pré cordial, apresentando um desconforto no braço, pescoço ou mandíbula.

Julian e Cowan (1996), descrevem a angina pectoris como opressão torácica e de áreas adjacentes devido ao fornecimento temporariamente insuficiente de sangue no coração. A maioria dos pacientes com angina queixa-se de desconforto no peito e não dor, descrito habitualmente como pressão, peso, aperto, ardor, sensação de choque. A dor de angina pode ser localizada no centro do peito, costas, pescoço, queixo ou ombros. Referem-se que geralmente pode ser desencadeada por esforço físico, refeição pesada ou durante a exposição ao frio. Os autores mencionam também as emoções. Segundo estes autores existem dificuldades para a distinção entre o infarto agudo do miocárdio e a angina instável. Esta caracterizada por acessos de dor isquêmica mais prolongados e que mantêm menos relação com o esforço físico em comparação com a angina de peito típica que se instala durante o esforço, porém não ocorre necrose e não se observam as alterações enzimáticas que caracterizam o infarto do miocárdio.

### 3.2 – “VIVÊNCIA DE PERDAS” E LUTO

#### **3.2.1 – Luto e elaboração da perda**

Freud (1916, p. 236) assim define o luto: “uma reação à perda de um ser amado ou de uma abstração equivalente, a pátria, a liberdade, o ideal, etc”. O luto é um processo psíquico que pode ser realizado após uma perda, no curso de uma “vivência de perdas”.

Entende-se que o processo do luto consiste em elaboração de perdas, de qualquer perda que seja significativa para o sujeito. Trata-se de

elaboração de separação, de desinvestimento libidinal do objeto perdido, que pode ser qualquer um, pessoa; dinheiro ou bem material; parte do corpo, outros e até da ordem do ideal como: proteção, amor, vitalidade, beleza,etc. , enquanto ideal.

Freud (1916), refere-se ao luto, como um tempo necessário para que ocorra o desinvestimento libidinal de um objeto e que esta libido retornando ao eu, vai se ligar às idéias imagens, lembranças, representações do que se perdeu. Neste sentido que ocorre uma introversão da libido e a perda do interesse por outras coisas ou objetos, um sinal manifesto do estado de luto e sintoma de depressão. Uma forma de superar a perda pode ser a busca de alternativas para manter presente o ausente, pela via da representação, como forma de aliviar a dor e o sofrimento da perda, da separação. Este período é o necessário para a realização do luto e que a libido torne-se livre para poder se ligar a outros objetos.

O luto é um processo lento, que consiste em abandonar as relações com o objeto perdido, pois segundo Freud (1916), existem dificuldades para o ser humano abandonar ou modificar qualquer ligação ou posição de sua libido, se adaptar frente situações de perdas, o que depende das possibilidades subjetivas. O autor apresenta em sua obra um questionamento sobre os processos patológicos, como contrários ao luto, à elaboração da perda.

É freqüente associar o estado do luto após a morte de pessoa próxima, mas separações também podem ser assim vivenciadas, pois o enfoque está dado na perda. Kovács (2002, p.154), afirma que: “como a

morte não pode ser vivida concretamente, a única morte experienciada é a perda, quer concreta, quer simbólica”.

Kaplan et al (1997,p.89), consideram que o luto pode ser resultado de várias perdas. No entanto, a ênfase é dada à morte de alguma pessoa. Assim definem o luto: “processo psicológico complexo, de retirada do apego e elaboração da dor da perda”, o que parece seguir a definição de Freud.

Cataldo Neto e Majola (1997, p.9), definem o luto como “um processo de elaboração e resolução de uma perda real ou fantasiosa pelo qual todos passam em algum momento da vida, com maior ou menor sucesso...seu fracasso pode significar atual ou futura complicação médica e/ou psiquiátrica”. Os autores consideram que a apresentação do luto e de seu processo de resolução, varia de indivíduo para indivíduo, cada qual enfrentando e respondendo às perdas de formas bastante diversificadas. Tais diferenças dependem da personalidade do enlutado, de experiências prévias de vida, de sua história psicológica passada, do significado da perda, da natureza da relação com o objeto, da existência de uma rede social e familiar de apoio, de sua bagagem cultural e de eventos intercorrentes de vida, entre outros.

Parkes (1998,p.27), considera o luto uma reação à perda e à privação, sendo esta compreendida como a ausência, de pessoa ou objeto necessários, entendendo-se que diz respeito ao que se perdeu com a perda, como esta afetou a identidade ou realidade psíquica do perdedor. Diz o autor: “o luto será seguido por privação... perda e privação, que estão tão inseparavelmente unidas que não é possível estudar uma sem a outra”. O

autor admite que em qualquer luto, raramente fica claro o que foi perdido. Destaca-se aqui que neste sentido, toda perda significativa é narcísica, conforme conceituação anterior.

Isto também é apontado por Freud (1916, p. 238), quando refere-se ao caráter narcísico da perda, dizendo que sabe-se o que perdeu, mas não o que se perde com esta perda: “não conseguimos distinguir claramente o que o sujeito perdeu e devemos admitir que também a ele é impossível concebê-lo claramente...sabe a quem perdeu, mas não o que perdeu com ele”.

Bromberg (1996,p.104), define o luto como uma crise, fundamentada na quantidade de ajustamento e na emergência de recursos disponíveis, para elaborar a perda. Considera-se pertinente e interessante a idéia do luto vinculada a crise, justificada pela necessidade de mudança psicossocial decorrente de uma “vivência de perdas”, a nível subjetivo e social. Em outra publicação, Bromberg (2000), afirma que o trabalho do luto pode tornar-se complicado devido a fatores como identificação e ambivalência com relação ao objeto perdido. Nos casos de morte de filho e perdas decorrentes do processo de envelhecimento, a autora encontrou características comuns, como perda do produto de uma vida e o assentamento da própria identidade. Estas perdas afetam diretamente a identidade das pessoas ou indivíduos, por isso narcísicas.

Franco (2005,p.178), utiliza a terminologia luto traumático, como uma condição de risco para o luto complicado.Considera os seguintes fatores de risco para o luto complicado: circunstâncias da perda; causa e tipo de morte;

falta de rituais; falta de suporte; outras perdas concomitantes à morte. Assim define o trauma:

Um trauma é definido como uma ruptura no tecido vivo, causado por um agente externo, como resultado de uma cirurgia, um ato violento, um desastre. Geralmente leva a um estado de crise...Uma experiência traumática se dá quando uma pessoa se confronta com a morte, ameaça de morte, ferimentos sérios em si e no outro e reações de intensa dor, desamparo ou horror.

Cymrot (2003), comenta que são muitas as contribuições de Freud a respeito do luto e do princípio da realidade no que se relaciona à elaboração psíquica. Elaborar exige trabalho mental. Seguindo Freud, diz que a ênfase recai nos nós de uma rede de relações históricas, fatos, impulsos, conflitos que são atualizados. Acrescenta-se que Freud (1914), destaca as lembranças que foram apagadas e que necessitam ser repetidas, recordadas e elaboradas, numa análise. A autora conceitua a elaboração psíquica, como um trabalho mental experimentado no campo relacional da condição humana, que diz respeito à finalidade, possibilidades e impossibilidades, do processo psicanalítico. A noção de elaboração psíquica perpassa praticamente toda a psicanálise enquanto teoria e método. Comenta também que se fala na necessidade de “elaboração do luto”.

Franco (2002, p.27), propõe o termo “reconciliação”, como mais adequado ao processo vivido durante o luto, “ à medida que o enlutado integra essa nova realidade de se mover ao longo da vida sem a presença física de quem morreu”. Esta denominação aproxima-se da idéia de

adaptação por um lado e também do trabalho psíquico do luto, de representação do objeto perdido.

Para Raimbault (1979), a fim de que se realize o processo do luto é necessário disponibilidade para novos investimentos, em concordância com Freud (1916). Assim, até que isto aconteça, existem muitos percursos e modalidades do trabalho do luto. Esta diversidade deve-se às condições subjetivas de cada ser humano.

Parkes e Weiss (1983 apud Bromberg 2000), identificaram três causas para luto patológico: síndrome da perda inesperada; síndrome do luto ambivalente; síndrome do luto crônico. Estes pontos dificultam e até podem impedir a elaboração da perda, a realização do luto.

Com base no pressuposto da capacidade de simbolização do ser humano, na necessidade de atribuir significados às experiências, entende-se que elaboração é um trabalho psíquico, de atribuição de significado e representação de algo do real, que depende principalmente das condições subjetivas e do objeto em falta. O ser humano tem necessidade de atribuir significados às vivências, de elaborá-las, de representá-las, processo de simbolização do objeto ausente, ao mesmo tempo que consiste em tornar presente o ausente.

Bolby (1985) classifica cinco tipos de variáveis que apontam para o luto patológico: a identidade e o papel da pessoa perdida; a idade e o sexo da pessoa enlutada; as causas e circunstâncias da perda; as circunstâncias sociais e psicológicas que afetam a pessoa enlutada na época da perda e depois dela; a personalidade do enlutado, com especial referência à sua

capacidade de estabelecer relações amorosas e de reagir à situações estressantes. Considera que as perturbações do luto observadas em diferentes idades são semelhantes e não dependem do fator idade.

Nasio (1997,p.29), define o trabalho de luto como desinvestimento da representação do perdido, para torná-la conciliável com a rede das representações egóicas. “O luto não é nada mais do que uma lentíssima redistribuição da energia psíquica, até então concentrada em uma única representação”. Trata-se de redistribuição da libido no eu, de uma representação do perdido para outras. No entanto, o contrário também pode acontecer, isto é, a libido permanecer estagnada, fixada nas representações do objeto perdido ou sem possibilidades de representação, de simbolização.

O luto que consiste no desligamento de libido do objeto perdido e voltar a se ligar a novos objetos, ocorre através de um processo, sendo que no decorrer deste, a libido retirada do objeto perdido, retorna ao eu, para o trabalho de elaboração da perda, ligando-se aos traços e representações do objeto perdido, do processo de elaboração, de simbolização do objeto ausente, ao mesmo que consiste em tornar presente o ausente, superar a dor da perda.

O tempo do luto é para dar conta da perda, de que o objeto não mais existe no real, segundo Freud (1916). Neste período as lembranças e tudo o que se vincula a esta, torna-se presente, sendo o alvo da libido e da atenção, cumprindo a função de representação da perda, de manter presente o ausente, pertinente ao processo do luto e de simbolização. Mesmo quando não se conclui, é dado algum outro direcionamento para a

libido, sendo uma possibilidade fixar-se aí, às imagens, à algo de concreto do objeto ou à sua eterna falta, diante da impossibilidade de representação.

Meira e Freitas (2001) questionam se uma pessoa com estrutura defensiva narcísica suporta a vivência de um luto. Entende-se que o trabalho do luto transcorre conforme a estrutura psíquica e conseqüentemente depende do grau de narcisismo, de capacidade de separação e simbolização.

Se no processo do luto deve haver uma renúncia ou separação de objeto ou pessoa, a dependência e a ambivalência em relação ao objeto, vão interferir na capacidade de elaboração desta perda. A possibilidade de representação, o que depende das características subjetivas também vão estar implicadas neste processo, na integridade ou totalidade, no sentido de integração na estrutura psíquica de aspectos positivos e negativos da relação com o objeto perdido. Quando existe o predomínio de aspectos negativos, a internalização destes está na base do mecanismo de autodestruição que caracteriza a melancolia. Pode-se também fazer referência ao sentimento de culpa da neurose, pela morte de pessoa ou outra perda, como respostas decorrentes do trabalho do luto, caracterizando o luto complicado. Klein (1973), atribui ao mecanismo de reparação a fim de superar a ambivalência e a culpa, o reconhecimento e a identificação com a totalidade do objeto, característica da posição depressiva e do processo do luto, que implica em reparação.

Quinodoz (1993 apud Meira e Freitas 2001), amplia os aportes desenvolvidos por Klein, dizendo que o trabalho de luto desempenha papel

central no desenvolvimento do ego do indivíduo e que muitas das condições patológicas de ordem psíquica, se ligam à capacidade de realizar o luto.

### **3.2.2 – Sintomas do luto**

No processo do luto, podem ser manifestos vários sintomas. Freud (1916, p.236), descreve: “estado profundamente doloroso, desaparecimento do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de todas as funções”.

Segundo Kovács (2002,p153-154), “o traço mais permanente no luto é um sentimento de solidão”. Parece que se trata de isolamento, esta característica que é marca do desinteresse ou desinvestimento dos objetos, da inibição generalizada, que também cabe aos estados de depressão.

Franco (2005), descreve uma série de sintomas referentes ao luto traumático ou complicado: memórias recorrentes ou intrusivas (imagens, percepções, sonhos); agir ou sentir como se a pessoa falecida estivesse viva e presente; evitação de eventos associados. A autora também cita os seguintes sintomas do trauma, que podem caracterizar a depressão e o luto: distúrbios do sono, irritabilidade, hostilidade em relação aos outros, explosões de raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância, agitação, insegurança, suor excessivo, palidez, taquicardia, dor-de-cabeça, febre, desmaios e enjôo.

Strobe e Strobe (1987, apud Bromberg, 2000), classificam a sintomatologia do luto em sintomas afetivos, manifestações comportamentais, atitudes em relação a si, ao falecido e ao ambiente,

deteriorização cognitiva, mudanças fisiológicas e queixas somáticas. São considerados sintomas afetivos a depressão, ansiedade, culpa, raiva e hostilidade, falta de prazer e solidão. São manifestações comportamentais a agitação, fadiga, choro, atitudes de auto-reprovação e baixa auto-estima; desamparo, lentidão de pensamento e da concentração, perda do apetite, distúrbio do sono, perda de energia, suscetibilidade à doenças. Todos estes sintomas pertencem ao conjunto de sinais dos transtornos de humor, transtornos afetivos, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM IV), sendo a depressão um dos sintomas afetivos do luto. Isto também vem de encontro a uma das hipóteses desta pesquisa. Assim abre-se um enorme leque de sintomas, mas que vêm demonstrar que o estado de luto, tal qual a ansiedade e depressão, são estados afetivos e que a descrição de sintomas manifestos não toca na subjetividade.

Casarett et all (2003) referem-se a quatro aspectos do processo do luto, ao que também denominam “dor da perda”. A dor da perda, luto, consiste simultaneamente em reações psicológicas, comportamentais, sociais e físicas com relação à perda de alguém ou algo que seja intimamente ligado à identidade de uma pessoa. Consideram difícil distinguir o luto normal do luto complicado. Agruparam as manifestações do luto em sintomas psicológicos e sintomas físicos. São sintomas psicológicos: tristeza, ansiedade, impotência, instabilidade emocional, irritabilidade, apatia, descrença, baixa estima, incapacidade de concentração, alucinações da presença da pessoa morta, sensação de estar fora da realidade, entorpecimento, negação, busca pela pessoa morta. São sintomas físicos:

anorexia, alteração de peso; fadiga; dor no peito; dor de cabeça; palpitações; perda do cabelo; desgaste gastrointestinal. Reconhecem que estas reações podem ser características do luto normal, do luto complicado, da depressão. Os autores caracterizam tal processo pelo recolhimento da libido do objeto para o eu, para fantasias, lembranças, como possibilidade de representação, de manter o ausente presente e amenizar a dor da perda.

Markham (2000), diz que o luto vem acompanhado por uma mistura complexa de emoções: tristeza, raiva, culpa, medo, negação, aceitação, paz.

Ogrodniczuk et al (2003), com o objetivo de examinar se dimensões do luto complicado poderiam ser distinguidas das dimensões de depressão, concluíram que existem diferentes tipos de reações no luto. Isto vem confirmar a implicação da subjetividade. Tanto o luto como a depressão, consistem num conjunto de sintomas, sinais manifestos, da subjetividade afetada por “vivência de perdas”.

Horowitz et al (1997), sugerem a indicação do diagnóstico de luto complicado, caracterizado pelos sintomas: pensamentos intensos de intrusão, dor severa de ordem emocional, ansiedade, saudades, sentimento de solidão e vazio, evitar tarefas ligadas ao falecido, distúrbio do sono, níveis de desadaptação, perda do interesse por atividades. Consideram que algumas reações do luto prolongado, são sintomas que diferem dos critérios do DSM IV de depressão maior. Segundo eles a falta de tal diagnóstico, resulta que em estudos longitudinais com a população enlutada, são avaliados principalmente sinais de depressão maior. Para estes, pessoas com histórico de depressão maior, poderão estar mais propensas a

manifestação desta, luto complicado ou ambos. Os autores são favoráveis à indicação do diagnóstico de luto complicado no DSM.

O DSM IV (1995, p.643-644) considera que se trata de luto quando o foco da atenção clínica é uma reação à morte de um ente querido. O indivíduo enlutado apresenta humor deprimido como sendo normal. A duração e expressão do luto normal variam consideravelmente, entre diferentes grupos culturais. Também é considerado como problema de fase da vida, uma categoria que pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um problema associado com determinada fase de desenvolvimento ou alguma outra circunstância da vida que não se deve a um transtorno mental. O DSM IV exemplifica isto com alguns eventos que podem ser significativos: saída da casa dos pais; ingresso na escola; nova profissão; casamento; divórcio; aposentadoria. Assim, eventos significativos desencadeiam o estado de luto.

Retamal e Coldner (1995, p.41), situam a culpa no centro da sintomatologia dos estados de luto. Citam os seguintes sintomas de quem vivencia perda dolorosa:

- 1) medo à repetição do evento inclusive em pensamento;
- 2) vergonha e impotência pela incapacidade de impedir o evento;
- 3) raiva da pessoa morta, fonte de dor e abandono;
- 4) culpa ou vergonha pelos impulsos agressivos ou fantasias destrutivas;
- 5) culpa por ter sobrevivido;
- 6) medo de identificação ou fusão com o morto.

Shear et al (2001), consideram que o luto patológico consiste em diferentes sintomas, sendo que a maioria dos autores não operacionalizaram a média destes nesta situação, tendo sido utilizados diferentes instrumentos,

de forma a não ter uma definição operacional. Propõem uma intervenção através de protocolo, como forma de tratamento para o luto traumático, situado como entidade clínica.

Segundo Jacobs (2000, apud Ogrodniczuk et al 2003), existe interesse em diferenciar o luto complicado da depressão maior, distúrbio do pânico e estresse pós-traumático, devendo ser classificado como entidade nosológica específica. Ogrodniczuk et al (2003), reconhecem que ainda é muito debatida a operacionalização e a validação do luto complicado, devido principalmente à impossibilidade de definir claramente os seus componentes, o que tem contribuído para a exclusão no DSM, enquanto uma categoria de diagnóstico.

Glass (2005), relaciona os seguintes sintomas como características típicas do luto: estado de choque; descrença; dor da perda; tristeza; sentimento de vazio; desamparo; perda do interesse pelas atividades rotineiras; manifestos no decorrer do trabalho de luto.

### **3.2.3 – Luto e adoecer**

Parkes (1998), diz que o luto pode não causar dor física, mas pode causar desconforto e funções orgânicas, que causam doenças. Afirma que muitas doenças físicas e mentais têm sido atribuídas à experiência de perda, sendo os sentimentos de desamparo e desesperança, manifestos durante o processo do luto, responsáveis pelas doenças físicas.

Silva (1994, p.143), comenta duas hipóteses para uma reação doentia de luto. A primeira diz respeito à subjetividade e realidade psíquica, onde a

perda em si seria um fator desencadeante. A segunda, de difícil aceitação para a maioria das pessoas, tem a ver com o sentimento de culpa com relação à quem morreu, por achar que deveria ter feito mais por ele.

Advindo da sensação consciente ou inconsciente de não ter amado o falecido, de não ter feito por ele, enquanto vivo, tudo o que merecia, de ter sido injusto, mau ou tê-lo ofendido, é o pano de fundo do luto anormal ou patológico podendo ser causa, inclusive de doenças orgânicas.

Segundo Silva (1994), a doença é reação à perda não elaborada. O autor diz estar provada uma alta taxa de mortalidade durante o segundo ou terceiro ano depois da morte de alguém próximo, conjugue ou outro familiar.

Markham (2000, p.14) destaca em seu texto “o coração partido”:

Já ouvimos falar de casos em que alguém morreu com – o coração partido – logo depois da morte de seu par amoroso. O coração não se partiu, mas a tensão causada por manter a tristeza escondida do mundo externo pode ser o suficiente para afetar a pressão sanguínea, o coração e a vontade de viver daquele que ficou.

Nasio (1997, p.29), com relação ao luto não realizado diz que “o luto se eterniza em um estado crônico, que paralisa a vida da pessoa enlutada durante vários anos ou até durante toda a sua existência”. O autor comenta ainda que “o luto, o abandono, a humilhação e a mutilação são as quatro circunstâncias que, se forem súbitas, desencadearão a dor psíquica ou dor de amor”. Ao tratar da temática da dor, psíquica ou corporal, refere-se à dor como um afeto, que é dor de separação “nosso inconsciente é o fio sutil que liga as diversas separações dolorosas da nossa existência” (Nasio, 1997, p.18).

Cataldo Neto e Majola (1997), comentam que pacientes enlutados e/ou deprimidos procuram com maior freqüência a assistência médica e requerem procedimentos extras, estando internados ou utilizando de um modo geral os serviços de saúde.

Osterweis et al (1984 apud Parkes 1998), refere-se à três principais causas de morte relacionadas ao luto: suicídio; cirrose hepática e parada cardíaca, considerando como antecedentes clínicos destas, depressão, alcoolismo e doença cardiovascular.

Ruschel (2006) focaliza o estudo de sete pacientes infartados que referiram como uma das causas da doença, luto não elaborado por morte de familiares. Tem como referência a terminologia “luto não elaborado”, fundamentado nas falhas do desenvolvimento e na capacidade simbólica.

### 3.3 – “VIVÊNCIA DE PERDAS” E DEPRESSÃO

#### **3.3.1 – Abordagem, conceito e diagnóstico de depressão**

A partir da prática clínica, observa-se que a depressão, nos serviços de saúde, públicos ou privados, vem sendo um dos diagnósticos muito freqüentes, feitos pelos profissionais de saúde e até mesmo pelos clientes que muitas vezes se autodiagnosticam e assim se apresentam: “tenho depressão”. Se na prática, quase todos podem ser deprimidos e assim diagnosticados e medicados, a literatura a respeito da depressão, mostra a dificuldade que é ter uma definição clara e o cuidado necessário com os critérios diagnósticos. Os avanços dos estudos referentes a este tema,

possibilitam ainda uma gama de articulações com outros fatores, existindo estudos sobre depressão, associados com genética; características próprias de etapas da vida ou ciclos vitais como infância, adolescência, maturidade e idade avançada, doenças orgânicas, alterações hormonais e metabólicas (FRÁGUAS JR ET AL, 2000). Entende-se que em qualquer época da vida, organização psíquica e/ou personalidade, a depressão pode se manifestar no ser humano, como reação psicológica, afetando concomitantemente os aspectos psíquicos, comportamentais e orgânicos.

Pode-se pensar que a civilização e o cotidiano exigem do ser humano um constante movimento de adaptação, quando algo do real se impõe frente a realidade psíquica, afeta a subjetividade, desencadeando um “mal estar”, que a partir de Freud (1930), é de estrutura psíquica, resultado de conflito entre instintos e a cultura. Observa-se pois, um mal estar e suas conseqüências, que afligem a humanidade, sob a terminologia de “depressão”, o que nos leva á formulação das questões:

- Que mal é este que pode atingir a qualquer um em qualquer época da vida? É a depressão uma das formas do próprio estresse, enquanto alterações fisiológicas manifestas no organismo?

Segundo Chemama (1995, p.42): “o termo depressão é utilizado, hoje, de forma mais frouxa, indicando, em seu uso corrente, patologias muito diferentes”.

Para além das manifestações observáveis das alterações ou mudanças de humor, pode-se pensar na depressão como reação, resposta subjetiva aos múltiplos fatores implicados, aos quais o ser humano encontra-

se submetido, estando impotente, incapacitado, ou, mesmo impossibilitado de responder de outra forma.

As alterações do humor ou afetos, podem ser decorrentes de situações ou contextos de vida, do mal estar frente a ocorrência de eventos significativos, quando o adoecer pode ser resposta à tais circunstâncias.

Romano (2001) aponta que não tem sido fácil conceituar a depressão e nem diagnosticá-la, devido às múltiplas formas de manifestações, propondo a terminologia “reação depressiva vivencial”.

Com o objetivo de se buscar uma definição da depressão, encontra-se uma quase impossibilidade de falar sobre depressão, como única, senão demonstrar a complexidade que é obter este conceito. Há que se deparar com os transtornos depressivos maiores, as distimias, os transtornos bipolares, mais aquelas que dizem respeito à uma condição médica geral, devido algumas doenças, às características típicas de alguns ciclos vitais, devido à condições hormonais e metabólicas, como depressão puerperal, características do idoso, a depressão psicótica e outras (DSM IV). É amplo o espectro que engloba as depressões em psiquiatria, sem considerar a subjetividade de cada qual.

Das definições encontradas para a depressão, pode-se citar o dicionário Michaelis (1975, p. 261), de língua portuguesa, que define depressão como: “ação de deprimir-se, como abatimento físico ou moral”. O dicionário de psicanálise, tendo como organizador Chemama (1995, p. 42), define a depressão como “modificação profunda do humor, no sentido da tristeza e do sofrimento moral, correlativa de um desinvestimento de

qualquer atividade”. Trata-se de transtorno do humor para a psiquiatria, de um afeto, para a psicanálise.

Del Porto (1999), aborda significados do termo depressão. Considera que na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quando um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. Para este, a tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamentos e outras adversidades, sendo assim, é uma resposta ao meio, que se refere à adaptação.

Para a psiquiatria, seguindo o DSM IV (1995), a depressão é um dos transtornos do humor, que pode se apresentar de diferentes formas, intensidades e duração de sintomas, que vão determinar um diagnóstico.

Considerando-se separadamente os âmbitos fenomenológicos e psicodinâmicos, pode-se pensar na dicotomia mente-corpo, na assistência médica voltada para os fenômenos manifestos no corpo, os sintomas orgânicos, na clínica que dá ênfase ao olhar para o corpo e suas manifestações, e, de outro, o mistério ou incógnita, das determinações inconscientes, ocultas, mas que podem ter lugar através da palavra, ser construídas, decifradas e explicitadas através da clínica da escuta, mas, diante da impossibilidade de falar, também encontram outras formas de expressão e manifestação neste mesmo corpo. Isto é o que justifica e abre para a apresentação de pontos de discussão sobre o orgânico e o psíquico e a necessidade da abordagem multiprofissional.

Quanto ao diagnóstico, Fráguas Júnior (1993,p.12), já aponta para o que se faz com um diagnóstico e quais os efeitos decorrentes : “diagnóstico,

palavra originária do grupo “diagnostikós”; conhecimento ou determinação de uma doença, diz respeito à capacidade de ser discernível, de distinguir, separar, discriminar (...) O problema não está em diagnosticar, mas no significado atribuído ao diagnóstico”.

Entende-se assim, que o diagnóstico, é o nome dado pelo médico, a um conjunto de sinais ou sintomas manifestos. Diz de uma nomeação e de atribuição de significado a estes, uma doença. O mesmo pode ocorrer com o paciente, com quem recebe o diagnóstico, qual o significado que este sujeito atribui ao diagnóstico que lhe foi dado. Freud (1915) já apontava para o fato de que um diagnóstico, pode tamponar a possibilidade de ocorrer a subjetivação, ou seja, do sujeito poder se questionar em relação ao seu sofrimento, ao que ele é, ao que está acontecendo com ele. Um diagnóstico recebido, muitas vezes, tem a função de resposta, de obturar a possibilidade de saber, de formular uma questão.

Considera-se que o diagnóstico de depressão, implica numa complexidade de fatores, principalmente porque muitos dos sintomas que a caracterizam, também são sinais de outras doenças. Sintomas físicos podem dizer de doenças orgânicas e de reações psicológicas que afetam o organismo, sem muitas vezes estar delimitado o que é uma ou outra. Fráguas Júnior (2000, p.179), considera que “diferentes condições médicas se associam a diferentes fatores etiológicos gerando maior ou menor risco para depressão”, o que sem dúvida dificulta e/ou quase impossibilita o diagnóstico da depressão.

Segundo o Guia de Depression da American Medical Association (1998, p.1), alguns fatores contribuem para a manifestação da depressão, tais como genéticos, o desequilíbrio químico, o estresse, doença grave e o abuso de medicamentos. Quanto ao estresse, “qualquer tipo de mudança na vida pode iniciar uma depressão, uma promoção no trabalho pode causá-la tanto quanto ser despedido de outro, assim como o nascimento de uma criança, devido à sensação de perda de algo que se ama”. No caso de doença grave, pode estar associada com “medicamentos tais como: analgésicos para artrite, remédios para baixar o colesterol e outros para pressão e problemas cardíacos”.

Segundo o DSM IV (1995,p.303), a seção relativa aos transtornos do humor inclui aqueles transtornos que têm como característica predominante uma perturbação no humor, dividida em três partes. A primeira descreve os episódios de humor: episódio depressivo maior, episódio depressivo maníaco, episódio misto e episódio hipomaníaco. A segunda parte descreve os transtornos do humor. Os conjuntos de critérios para a maior parte dos transtornos do humor exige presença ou ausência dos episódios de humor descritos na primeira parte da seção. A terceira parte compreende os especificadores que descrevem o episódio de humor mais recente ou o curso de episódios recorrentes.

O “transtorno depressivo maior” caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores, pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão.

O “transtorno distímico” caracteriza-se por pelo menos dois anos de humor deprimido na maior parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

O “transtorno depressivo sem outra especificação” é incluído para a codificação de transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para: transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno de ajustamento com humor deprimido ou transtorno de ajustamento misto de ansiedade e depressão.

Entre os “transtornos bipolares”: transtorno bipolar I; transtorno bipolar II; transtorno ciclotímico; transtorno bipolar sem outra especificação. Estão listados: “transtorno do humor devido a uma condição médica geral”: caracterizado por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma conseqüência fisiológica direta de uma condição médica geral e “transtorno do humor induzido por substância” : caracteriza-se por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma conseqüência fisiológica direta de uma droga de abuso, um medicamento, outro tratamento somático para a depressão ou exposição a uma toxina.

Segundo o DSM IV (1995,p.303), no que se refere aos transtornos do humor os episódios hipomaníacos e depressivos maiores, no transtorno bipolar II, devem ser diferenciados de episódios de transtorno do humor devido a uma condição médica geral. Este deve ser considerado como conseqüência direta de uma condição médica geral específica (ex.:

esclerose múltipla; acidente vascular encefálico, hipotireoidismo). Esta distinção fundamenta-se na história, achados laboratoriais ou exame físico.

Rodrigues (2000), apresenta crítica ao DSM IV devido ao fato de que as classificações limitam-se à observação de fenômenos sem implicação etiológica, exceto nos casos de transtorno de humor devido a uma condição médica geral e transtorno do humor induzido por substância química, que são baseadas na etiologia. Considera que o diagnóstico no campo da psiquiatria se dá a partir da presença de determinados sintomas que se manifestam numa certa duração, frequência e intensidade e que os manuais psiquiátricos mundialmente reconhecidos descrevem minuciosamente: “transtornos do humor” (DSM IV) ou “transtornos afetivos” (CID-10) para designar o que se chama de “depressão”.

O manual de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, da OMS (1993, p.27,28), apresenta o episódio depressivo (F32), como um dos transtornos do humor (afetivos). Este vem subclassificado em:

**F32.0 - EPISÓDIO DEPRESSIVO LEVE**

- 32.10 – sem sintomas somáticos
- 32.11 – com sintomas somáticos

**F32.1 – EPISÓDIO DEPRESSIVO MODERADO**

- 32.10 – sem sintomas somáticos
- 32.11 – com sintomas somáticos

**F32.2 – EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE SEM SINTOMAS PSICÓTICOS**

**F32.3 – EPISÓDIO DEPRESSIVO GRAVE COM SINTOMAS PSICÓTICOS**

**F32.8 – OUTROS EPISÓDIOS DEPRESSIVOS**

**F32.9 – EPISÓDIO DEPRESSIVO, NÃO ESPECIFICADO**

### F33 – TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE

Kraepelin (1989 apud Kaplan 1997,p.493), quanto ao sexo ou gênero, refere que: uma observação quase universal, independente de país ou cultura, é a prevalência duas vezes maior da depressão unipolar no sexo feminino. As razões podem incluir variados estresses, parto, modelos comportamentais de aprendizado da impotência e efeitos hormonais. Quanto à idade, a idade média de início para o transtorno depressivo maior é 40 anos; 50% de todos os pacientes têm um início entre 20 e 50 anos, apesar de que alguns dados epidemiológicos mais recentes, sugerem que a incidência de transtorno depressivo maior pode estar aumentado entre pessoas com menos de 20 anos de idade e que isto pode estar relacionado ao aumento do uso de álcool e outras substâncias neste grupo etário. Quanto à etiologia, a base causal para os transtornos do humor é desconhecida. Os fatores causais podem ser divididos artificialmente em fatores biológicos, genéticos e psicossociais. Esta divisão é arbitrária em razão da probabilidade dos três campos interagirem entre si.

Para a especialidade de psiquiatria, a depressão pode ser considerada e abordada como doença, assim como a diabete e a hipertensão. Deve-se a alterações químicas, fisiológicas, endógenas. Também pode ser secundária, segundo Del Porto (1999), decorrentes do processo de doenças orgânicas como hipotireoidismo, viroses, câncer, doença arterial coronariana, que caracterizam a depressão devido a uma condição médica geral (DSM IV).

No entanto, quanto à etiologia da depressão, entende-se que devem ser levados em conta tanto os fatores genéticos, orgânicos e os ambientais, acrescentando-se os psicológicos, psicossociais ou psicodinâmicos, subjetivos. Entende-se que estes através dos acontecimentos ou fatos, denominados aqui de “eventos significativos”, também são equivalentes a “estressores”, que podem ser desencadeantes de depressão, mesmo associados com outros fatores. Considera-se que os sintomas de depressão, abordados pela clínica psiquiatria, quando associados com o contexto histórico de vida, são decorrentes de “vivência de perdas”.

Del Porto (1999), situa três modalidades da depressão: sintoma, síndrome e doença. Como sintoma, pode surgir nos mais variados quadros clínicos, tais como: transtorno de estresse pós traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas. Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor - tristeza, irritabilidade, apatia, falta de capacidade de sentir prazer – mas, também, outros aspectos como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas – sono, apetite. Enquanto doença, entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, etc. Considera que o diagnóstico da depressão deve levar em conta sintomas psíquicos, fisiológicos, comportamentais.

Sintomas psíquicos: humor depressivo – sensação de tristeza, autodesvalorização, sentimentos de culpa, apatia, idéias de suicídio,

pensamentos relativos à morte; redução da capacidade de experimentar prazer em atividades antes consideradas agradáveis; fadiga ou sensação de perda de energia; diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Sintomas fisiológicos: alterações do sono; alterações do apetite; redução do interesse sexual. Evidências comportamentais: retraimento social; crises de choro; comportamentos suicidas; retardo psicomotor e lentificação generalizada, agitação psicomotora. (...) em recente revisão de literatura sobre os estados depressivos, o item “retardo psicomotor” foi o denominador comum, em nove sistemas classificatórios, como traço definidor da melancolia. (...) Classifica como aspectos gerais: sentimentos de tristeza ou vazio; perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral; redução do interesse pelo ambiente; sensação de fadiga ou perda de energia.

Del Porto (1999) destaca também as depressões crônicas, dizendo que geralmente estas são de intensidade mais leve que os episódios de depressão maior. Mais que o humor deprimido, os pacientes com depressão crônica sofrem por não sentirem prazer nas atividades habituais e por terem suas vidas coartadas por uma espécie de morosidade irritável.

Quanto ao diagnóstico de depressão e suas dimensões, Fráguas Jr (1993, p.17), conclui que:

Diagnosticar depressão significa, portanto, estar delineando uma entidade que possui particularidades em diversos planos: neurotransmissão, sono, genético, psicodinâmico, psicopatológico, social e certamente outros não citados aqui. Somente o conhecimento aprofundado

das várias dimensões da depressão viabiliza sua correta identificação e abordagem.

Spinelli (1993,p.22) refere-se a uma estrutura da depressão, onde as emoções seriam estados afetivos breves, geralmente em resposta a um estímulo, que desaparecem assim que o mesmo cessa, enquanto que os afetos, por sua vez, seriam mais duradouros e independentes dos estímulos, teriam alguma representação corporal como uma sensação de mal estar, por exemplo. O humor seria o pano-de-fundo de toda representação afetiva, a expressão “Thymos” dos gregos, que daria o fundo alegre ou triste, irritado ou plácido das emoções do ser. Considera a relação entre humor deprimido e estado afetivo.

### **3.3.2 – Abordagem psicanalítica da depressão**

Desde sempre a depressão é questionada, investigada e problematizada na história da medicina e da psicanálise. A teoria de Freud em suas origens, nos estudos sobre a histeria, marcou pela descoberta da importância da sexualidade infantil e a concepção de “trauma”.

No “Rascunho B. A Etiologia da Neurose” (Freud,1983 apud Masson, 1986,p43), assim define a depressão: “cabe-me encarar a depressão periódica branda – ataque de angústia com duração de semanas ou meses- como uma terceira forma de neurose de angústia...quase sempre tem uma ligação aparentemente racional com um trauma psíquico...este último, porém é apenas a causa provocadora”.

Angústia e depressão são respostas emocionais ao trauma. Este sempre está implicado na “vivência de perdas”, o que afeta a realidade psíquica.

Segundo Freud (1925), a angústia se origina da repetição da vivência do trauma, visto tratar-se da expectativa, da espera de algo que irá se caracterizar como “perigo”. Isto é diferente da reação após uma perda. Assim a angústia é definida como percepção de perigo, manifestando-se frente a possibilidade de ocorrer uma repetição. A depressão ocorre após uma perda, no decorrer de vivência de perdas.

Segundo Soler (1987, p.65), “a depressão no singular simplesmente não existe. Sem dúvida, existem estados depressivos que podem ser descritos, recenseados, mas seus graus e variações desafiam a unificação do conceito”.

Dias (2003) busca diferenciar depressão em psicanálise, considerando o conceito de depressão como próprio do campo da psiquiatria, hoje incluído num conjunto de transtornos chamados “transtornos do humor”. Para tanto, dá ênfase à noção de humor, que comporta dois sentidos distintos: um que se refere ao organismo e suas secreções e agentes químicos e outro que se refere à moral, campo da cultura. Além da noção de humor, marca outra diferença entre a psicanálise e a psiquiatria, considerando que a depressão em psicanálise é tratada como um afeto, que também evoca a própria noção de inconsciente

Lacan (1960), refere-se ao fato de Freud considerar os afetos como sinais e não como sintoma. Este em psicanálise a partir de Freud e Lacan é

resultado ou efeito simbólico da estrutura, na realidade psíquica. Entende-se que os afetos são pertinentes ao campo das emoções, reações psicológicas, manifestas frente determinados eventos ou circunstâncias que remetem ao traumático, quando o sujeito está afetado por algo do real. A partir da obra de Freud, retomado na obra de Lacan, os afetos são sinais, de algo que não vai bem com o sujeito, do inconsciente, que encontra-se afetado em seu ser, ou melhor, na sua falta a ser, em sua carência. Quando algo do real, afeta a subjetividade ou realidade psíquica, emergem os afetos, que podem se manifestar no corpo, sinais de desordem ou conflito psíquico. A depressão, considerada como um afeto para a psicanálise, expressa um estado de sofrimento psíquico. Sabe-se que tais sinais, que se manifestam no corpo, são indicativos de sofrimento psíquico. O afeto que pode se expressar através do corpo, até com sintomas físicos. Em psicanálise, será abordado através da palavra, da associação, da relação e ou conexão com o elemento e/ou idéia, ao qual esse afeto se liga, de forma inconsciente.

Assim para a psicanálise, a depressão é um afeto, efeito de conflito de ordem psíquica, geralmente vivência de perda, sinal de que a realidade psíquica encontra-se afetada pela falta em ser, na posição narcísica, sendo necessário o trabalho do luto.

Ao abordar a depressão, do ponto de vista da psicanálise, observa-se uma dificuldade em separar depressão de luto, conseqüentemente de vivência de perdas. Isto porque a depressão tem relação com perdas e o trabalho do luto. Entende-se pois, cada vez mais que a depressão, mais do

que uma doença ou síndrome, é “reação vivencial” (Romano,2001), que diz respeito à vivências específicas, que geralmente implicam em perdas e luto.

Desde Freud (1916,p.237), o luto é entendido como necessidade de abandono de todas as relações com o objeto perdido, mas “ao findar o trabalho do luto, o Eu torna a ficar livre e isento de qualquer inibição”. No entanto, Freud adverte quanto às dificuldades que ocorrem no decorrer destas vivências de perdas e no trabalho do luto, “sabemos que o homem jamais abandona de boa vontade qualquer das posições de sua libido, ainda mesmo que tenha encontrado uma substituição “.

Observa-se que nem sempre o luto é realizado ou concluído como esperado, cada qual realiza o trabalho do luto de uma forma particular, existindo várias saídas ou tentativas de elaboração. Uma das reações manifestas durante o luto pode ser a depressão. Tratando-se da perda do interesse, uma das características dos estados de luto e de depressão, é no texto “Introdução ao Narcisismo”, que Freud (1914, p.250), vai abordar o desinvestimento da libido dos objetos e o retorno ao eu. Uma das primeiras definições do narcisismo, que aparece neste texto, é a seguinte: “A libido subtraída ao mundo exterior foi conduzida ao eu “.

Como escreve Skriabine (1998), a clínica psicanalítica com Freud e Lacan, obedece a uma exigência ética frente a extensão contemporânea do termo depressão, que engloba sob esta terminologia, sofrimentos bastante diferentes. Uma vez que opera sobre o que é a alçada do sujeito e por isso, está voltada para o particular de cada depressão. Quando o sujeito não consegue elaborar certas perdas, ele sofre efeitos depressivos. Diante da

diversidade de manifestações depressivas, este significante “depressão”, na clínica psicanalítica, se reflete em vários estados afetivos, tais como: angústia, inibição, tristeza, decorrentes do luto, desamparo, covardia moral, nojo de si, dor de existir. A clínica psicanalítica deverá, então, explicar essas diversas formas de depressão elaborando a maneira que cada sujeito tem de inscrever seu sofrimento.

Cabas (1997, p.21), discorrendo sobre as novas formas do mal-estar, refere-se à depressão como um significante atual, que insiste na cultura e ressurge com força redobrada, não apenas com pretensão de dar nome ao mal – estar mas de constituir-se em um diagnóstico clínico. Considera a depressão um fenômeno, forma de apresentação, representa uma das reações mais atuais e contemporâneas da subjetividade. Explicita que “no coração da depressão o que encontramos é uma operação que concerne à estrutura, uma marca que corresponde à experiência da perda... uma perda real”. Comenta que a psiquiatria notou esta relação, a de que o “fenômeno depressivo é o correlato de um luto”.

Jerusalinsky (2001, p.154), parte da concepção de que “ser não-todo é suportar a castração”, o que considera como fundamento do que pode ser chamado “uma depressão”. Marca a diferença entre esta com “a depressão”, devido às várias formas de manifestação. Pergunta se é por isso que a depressão atinge mais as mulheres – “ser não-todo”. Acrescenta que isto que é abordado por Lacan se liga ao narcisismo abordado por Freud. Retomando que Freud ocupou-se pouco da depressão, atribui como motivo o fato da depressão ser um sentimento, um afeto, portanto consciente, apesar de que

os sentimentos têm relação com as formações do inconsciente. Entende-se que a manifestação de um afeto e/ou sentimento, deve-se à um conteúdo ou determinante inconsciente, conteúdo latente. Refere-se à Melaine Klein, como quem trabalha o tema da depressão, conferindo um estatuto analítico, quer dizer, produziu uma leitura psicanalítica possível da fenomenologia da depressão, descrita pela psiquiatria.

Melaine Klein (apud Segal 1975,p.81), define a posição depressiva como a fase do desenvolvimento na qual o bebê reconhece um objeto total e se relaciona com esse objeto.

O bebê se relaciona cada vez mais não apenas com o seio, mãos, face, olhos da mãe, como objetos separados, mas com ela própria como uma pessoa total, que às vezes pode ser boa, às vezes má, presente ou ausente e que pode ser tanto amada como odiada...rO bebê descobre seu desamparo, sua completa dependência dela e seu ciúme de outras pessoas. Com essa alteração na percepção do objeto, há uma mudança fundamental no ego, porque assim como a mãe se torna um objeto total, o ego do bebê se torna um ego total, cada vez menos dividido em seus componentes bons e maus.

Segal (1975,p.82), na continuidade descreve que a posição depressiva, postulada por Klein, se caracteriza pelo sentimento de perda do objeto bom, devido à própria destrutividade. “Na posição depressiva, as ansiedades brotam da ambivalência, e a principal ansiedade da criança é a de que seus próprios impulsos destrutivos tenham destruído ou destruam o objeto que ela ama e do qual depende totalmente”.

Assim a posição depressiva está marcada por sentimentos ambivalentes, amor e ódio pelo mesmo objeto. Entende-se que neste processo do desenvolvimento da realidade psíquica, existe uma separação, pois o bebê altera a percepção de si e dos objetos como distintos, separados. Portanto existe um luto vivenciado na posição depressiva. Existe a necessidade de uma renúncia ao objeto, o que só pode ocorrer através do processo do luto. Isto se vincula à gênese de processo simbólico.

Descreve Segal (1975,p.88):

A renúncia a um objeto instintual, ou a um objeto, é uma repetição e ao mesmo tempo uma revivência (reliving) da renúncia ao seio. Poderá ser bem sucedida, como a primeira situação, se o objeto a que se renuncia puder ser assimilado no ego pelo processo de perda e restauração interna. Sugiro que este objeto assimilado se torna um símbolo dentro do ego. Cada aspecto do objeto, cada situação a que se tem de renunciar no processo de crescimento, dá origem à formação simbólica. Sob esse ponto de vista, a formação simbólica é o produto de uma perda, é um trabalho criativo que envolve o sofrimento e todo o trabalho do luto.

Trevisan (2004), interpreta a posição depressiva construída por Klein, como a fase do desenvolvimento na qual o bebê reconhece um objeto inteiro e se relaciona com ele. Urgem novos sentimentos, de falta e de desejo pelo objeto bom, que, na fantasia, foi destruído e perdido, bem como a culpa decorrente disso. É como se a criança passasse por algo semelhante ao luto e a negociação satisfatória nesse momento, com o estabelecimento de bons objetos internos, determinará o curso futuro da doença mental e a

vulnerabilidade para depressão frente futuras perdas. A posição depressiva nunca se encerra, acompanhando o indivíduo ao longo da vida.

Rodrigues (2000), refere-se à teoria lacanianiana (1964), que delimitou um circuito para a pulsão, localizando essa satisfação paradoxal, que se satisfaz mais além do objeto, na insatisfação, contornando num eterno circuito o objeto perdido. A pulsão de morte, silenciosa, é uma das duas faces de toda pulsão, que permanece aquém da representação significativa, como um resto inassimilável pelo simbólico. Os fenômenos depressivos correspondem a uma posição subjetiva de recusa ao saber, que pode ser apreendida na tristeza e no que Freud chamou de inibição. Para a psicanálise, os fenômenos depressivos não são do organismo, mas do sujeito. O que desencadeia o episódio depressivo é quando se dá, por uma contingência da vida, um abalo fantasmático fazendo fracassar essa estratégia do sujeito. Não se trata da perda do objeto, que é perdido para o ser falante, mas da perda de uma pessoa, de um ideal, etc, que toca outra perda que é ignorada pelo sujeito, que é a sua posição de objeto para o Outro. A castração irrompe no fracasso do fantasma em acobertar a falta do Outro, coloca a exigência do trabalho do luto de si mesmo, trabalho que o deprimido neurótico se recusa a fazer. É o “luto patológico” do qual falava Freud, referindo-se à depressão neurótica. Lacan (1963,p.156) : “...nos enlutamos por alguém de quem possamos dizer a nós mesmos: eu era sua falta...”.

### 3.3.3 – Depressão e “uma teoria da doença”

Segundo Freud (1914, p.260), “temos de começar a amar para não adoecer e adoecemos quando uma proibição interior ou exterior nos impede de amar”.

No desenvolvimento do seu trabalho sobre o narcisismo, Freud (1914, p.257,258), vai buscar uma aproximação com a doença orgânica, através da observação da hipocondria, sendo que nos casos de doença orgânica, vai observar uma retração da libido dos objetos, havendo modificação do eu.

Todos sabemos e o consideramos natural, que o indivíduo vítima de dor ou mal-estar orgânico deixa de interessar-se pelo mundo exterior, quando não tem relação com sua doença. Uma observação mais detida mostra-nos que também retira de seus objetos eróticos o interesse libidinoso, deixando assim de amar enquanto sofre.

Entende-se que este é mais um dado, que pode confirmar ou ilustrar o fato da depressão, enquanto uma reação psicológica manifesta, participar do processo do adoecer, que por sua vez, interfere também na realidade psíquica de quem sofre, por estar doente.

O desinteresse pelo mundo exterior, uma das características dos quadros de depressão também corresponde aos estados de luto, está presente também no adoecer. Destaca-se a situação narcísica de desinvestimento libidinal dos objetos externos, voltado para o eu. A partir da experiência clínica, são observadas dificuldades apontadas pela literatura nas separações, para deixar de amar, para um desinvestimento libidinal de objetos perdidos, o que leva ao sofrimento, devido a conflito psíquico, doença orgânica ou ambos.

A partir dos fundamentos da psicanálise, de Freud e Melaine Klein, que Enrique Pichon-Rivière, médico, psiquiatra e psicanalista, em conjunto com colaboradores, constroem a Psicologia Social Operativa e a primeira Escola Privada de Psicologia Social de Buenos Aires. Pichon-Rivière (1986, p.143), denomina a aula número vinte e cinco, no primeiro ano, desta escola, “Uma teoria da doença”. Afirma que “por trás dos sinais de uma conduta: anormal – desviada – doente – subjaz uma situação de conflito da qual a doença emerge como uma fracassada tentativa de resolução”.

Pichon-Rivière (1976, p. 64) refere-se ao seu trabalho voltado ao estudo da tristeza e da melancolia na psique humana, onde se encontram os fundamentos de sua teoria sobre uma única doença, a depressão.

Toda tristeza se origina em alguma perda. Essa perda é de natureza afetiva. Também pode ser derivada de uma crise econômica, ou de limitação de liberdade. Mas, insisto, sempre se tratará de uma perda. É onde se origina o conflito. Pelo mesmo a situação patógena depressiva, ponto de partida de toda perturbação mental, que será resolvida através da recriação progressiva do objeto. Essa será a tarefa essencial, voltar a dar vida ao que foi destruído, e que perturba uma boa leitura da realidade.

Pichon-Rivière e colaboradores, tomando Daniel Lagache para uma melhor compreensão da conduta humana, consideram três áreas da conduta humana: mente – corpo – mundo externo.

Pichon-Rivière (1986), define a conduta como estrutura, unidade múltipla, um sistema dialético e significativo em permanente interação, tentando resolver a partir desta perspectiva as antinomias mente-corpo, indivíduo - sociedade, organismo-meio.

A idéia de estrutura como unidade múltipla e um sistema, segundo Pichon-Rivière (1986, p.144-143), se fundamenta nos quatro princípios: “princípio de policausalidade; princípio de pluralidade fenomênica; princípio de continuidade genética e funcional; princípio de mobilidade das estruturas”.

O princípio da policausalidade refere-se ao fator disposicional descrito por Freud e ao processo de desenvolvimento e constantes exigências de adaptação. Assim Pichon-Rivière descreve que ao nascer, o fator constitucional da criança, a herança biológica, interatua com o meio ambiente familiar e outros estímulos, desde quando se origina o processo de adaptação e de aprendizagem através de vivências, no decorrer das quais surgem conflitos para serem elaborados. A forma de resolver estas etapas do desenvolvimento irá constituir a realidade psíquica e a conduta, maneira de cada um interagir com o ambiente.

O princípio de pluralidade fenomênica se fundamenta nas três dimensões de expressão da conduta, através da qual o sujeito expressa suas relações vinculares, sua maneira de perceber a realidade e modalidade particular de adaptar-se a ela e de resolver seus conflitos.

O princípio de continuidade genética e funcional, quanto a este aspecto, é postulado um núcleo patológico de natureza depressiva, do qual todas as formas clínicas resultariam como tentativa de desligamento, entende-se de aliviar o sofrimento. Explicita que neste sentido é que postula a depressão como “única doença”, uma vez que a doença mental é compreendida como uma “gênese e seqüência vinculada a situações depressivas, de perda, de privação, de dor, vividas como catástrofe interna,

num clima de ambivalência e culpa, no qual o sujeito odeia e ama simultaneamente o mesmo objeto “ ( Pichon-Riviére, 1986, p.149).

O princípio da mobilidade das estruturas, parte do fato de que todos os quadros clínicos, em relação à realidade psíquica, são defesas em relação a um núcleo depressivo patológico, isto é, não elaborado ou resolvido. Assim a manifestação de condutas novas ou repetidas, vai estar determinada também pela situação, como é interpretada e vivenciada. A doença passa a ser situacional.

Bleger (1984), vai aprofundar os estudos sobre a “Psicologia da Conduta”, abordando a conduta humana como uma unidade que tem uma tríplice manifestação fenomênica, acontece ao mesmo tempo nestas três áreas, sempre coexistentes, embora com um predomínio relativo em alguma delas, o que permite qualificar a conduta como mental, corporal ou no mundo externo. Explicita que este predomínio é relativo, podendo alternar ou se suceder com o predomínio em outra das áreas. Seguindo estes autores, a doença orgânica, manifesta no corpo, pode ter alguma forma de relação com o pensamento, aspecto psíquico e com o ambiente, contexto de vida, mesmo que tal relação não seja direta, mas de descontinuidade conforme o assinalado por Freud e Lacan. Estes três aspectos ou três áreas: mente – corpo – ambiente, podem coincidir com o que comumente se denomina de aspectos bio-psico-sociais.

Seguindo o referencial apontado por Pichon-Riviére, a doença, pode ser considerada como uma conduta, passa a ser efeito ou resultado de um campo, se desenvolve num determinado contexto, podendo ser uma forma de adaptação. Ao par: saúde-doença, atribui a definição de “adaptação

ativa” ou “adaptação passiva”. Os critérios de saúde e doença, de normalidade e anormalidade, de absolutos, passam a ser situacionais e relativos. Seguindo o pensamento de Pichon, tanto a depressão como os afetos em geral, são reações situacionais de enfrentamento, assim como a manifestação de qualquer doença, pode ser interpretada como conduta adaptativa a uma circunstância ou contexto de vida, sem desconsiderar os aspectos genéticos e orgânicos implicados no adoecer.

Com base no referencial de Melaine Klein sobre a posição depressiva, postula a “doença única”, com um núcleo patogênico depressivo. Estas situações, depressivas, são vividas do ponto de vista psíquico, num clima de ambivalência e culpa, no qual o sujeito sofre por sentir que odeia e ama simultaneamente o mesmo objeto, ao mesmo tempo que é também amado e odiado por esse objeto.

A Psicologia Social Operativa, seguindo os referenciais propostos por Pichon-Rivière, tem seus fundamentos também em Freud (1921, p.7) :

A oposição entre psicologia individual e psicologia social ou coletiva, que a primeira vista pode nos parecer muito profunda, perde grande parte de sua significação quando a submetemos a um exame mais minucioso. A psicologia individual dedica-se especialmente ao homem isolado e investiga os caminhos pelos quais ele tenta alcançar a satisfação pulsional, mas bem poucas vezes e sob determinadas condições excepcionais, lhe é dado prescindir das relações do indivíduo com seus semelhantes. Na vida anímica individual aparece integrado sempre, efetivamente, o outro, como modelo, objeto, auxiliar ou adversário, e, deste modo a psicologia individual é ao mesmo tempo e

desde o início, psicologia social, em um sentido amplo, mas plenamente justificado.

Freud (1930, p.25), no texto *Mal Estar na Cultura*, aponta que existem mecanismos psíquicos para evitar o sofrimento, mas não há uma proteção completa contra o sofrimento, que esta fracassa quando o próprio corpo se converte em fonte de dor.

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, que não pode dispensar a ansiedade como sinal de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição, esmagadoras e impiedosas; finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro.

Paes (1999,p.43) “se a Medicina considera a saúde como *o silêncio dos órgãos*, a Psicanálise, sabe que o inconsciente nunca se cala, denunciando em sua pulsação uma presença sempre perturbadora, com efeitos de desestabilização e desordenamento dos aspectos físico, mental e social do homem.

Herrmann (1995), médico psicanalista, critica a medicina, por considerar a doença como um fato natural, porque o elemento pròpriamente humano fica excluído – “a naturalização da doença traz como contrapartida, como complemento, a marginalização do homem enquanto agente de sua própria doença, enquanto parte viva e pensante de sua própria doença”. Para ele “é pela presença da psicologia que a medicina é convidada a

recuperar esta parte perdida, a pensar de novo a doença como produto e expressão da história de um determinado indivíduo”.

### **3.3.4 – Depressão e luto**

Não tem sido fácil, como demonstra a literatura a conceitualização precisa entre o luto e a depressão. Ao contrário, vai se estabelecendo uma relação.

No tocante ao “episódio depressivo maior” (DSM IV,p.733), é acrescentado um critério para garantir a importância clínica da apresentação sintomática, que também esclarece os limites com o luto, isto é, um “episódio depressivo maior” pode ser diagnosticado se os sintomas persistirem por mais de dois meses após a perda de um ente querido. A persistência temporal de sintomas do luto, podem se tornar sintomas do episódio depressivo maior, segundo o DSM IV.

A hipótese lançada nesta pesquisa parece estar de acordo com este critério, na medida em que aponta para as dificuldades do trabalho de luto, quando pode ser manifesta a depressão, reação decorrente do luto. Considera-se discutível o tempo equivalente a dois meses como caracterizando o limite para o luto, pois para alguns estudiosos, o trabalho de elaboração da perda pode se prolongar até dois anos (Del Porto, 1999). Este autor alega que no luto normal a pessoa usualmente preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente, quando devidamente estimulada. Isto se deve ao fato de que o luto também se caracteriza pela manifestação de sintomas semelhantes aos de depressão, principalmente a

perda do interesse, anedonia, perda da vontade, do apetite, do sono e outras. O DSM IV, considera como parte da reação à perda, o fato de que alguns indivíduos enlutados apresentam sintomas característicos de um “episódio depressivo maior”, que se caracteriza por: sensações de tristeza e sintomas associados como: insônia, perda do apetite e perda de peso.

Kaplan et al (1997), abordam a temática do luto versus depressão. O que marca a diferenciação, parece ser o tempo utilizado para sair do estado de luto e a impossibilidade disto, o que vem caracterizar a depressão como decorrente do luto.

Glass (2005), refere-se ao DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais, que reconhece como sintomas típicos de depressão: tristeza, perda da energia, distúrbio do sono e apetite, que também são comuns após uma perda, no processo do luto, mas o diagnóstico de depressão maior só é válido para a persistência destes sintomas por mais de dois meses. Cita como conclusões de alguns trabalhos, a existência de uma síndrome do luto complicado também denominado de luto traumático. Esta forma de luto algumas vezes ocorre concomitantemente ao transtorno depressivo maior. No entanto, assinala que merecem diagnósticos distintos, devem ser diferenciados.

Freud (1916), questiona a existência de uma parada da libido, nos processos patológicos do luto, questiona a parada da libido, que se liga ao eu, diferente da libido ligada aos objetos. Este é um fato que se observa na clínica, no decorrer da avaliação e acompanhamento a pacientes cardiopatas internados, quando após uma perda significativa, o trabalho de

luto, enquanto processo, prolongou-se por muitos anos, podendo desencadear um estado de depressão.

Nunes (1988, p.166), considera que a depressão humana sempre pode ser compreendida do ponto de vista psicológico, mesmo quando causada por alterações metabólicas. Ressalta a existência de aspectos comuns ao luto, após a perda de pessoas ou coisas queridas. Caracteriza a depressão maior como incapacidade de sair de um estado de luto, devido a identificação com aspectos negativos dos relacionamentos, ou do objeto perdido do que resulta um sofrimento duradouro. Considera o luto como um processo de ligação ao objeto perdido, motivo de afastamento do mundo exterior. “De uma ou outra maneira, somos cemitérios vivos de atributos que selecionamos em nossos mortos queridos”.

Chemama (1995, p.128), define o luto como “estado de perda de um ente querido, acompanhado de aflição e dor moral, que pode provocar uma verdadeira reação depressiva, necessitando um trabalho intrapsíquico – trabalho de luto – para ser superado”.

Cataldo Neto e Majola (1997) referem-se às complicações do luto recaindo em duas situações, variações do processo típico, em que o luto pode ser adiado, inibido, cronificado ou mascarado e problemas que acompanham o trabalho de luto, obscurecendo-o ou substituindo-o parcialmente, principalmente a depressão. Estes consideram o luto e suas várias complicações como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas, principalmente quando se refere a uma perda abrupta e/ou importante. Apontam como fatores de risco para depressão maior, a

idade, história passada de depressão, qualidade da relação com o que foi perdido, luto intenso e a depressão precoce no curso do processo do luto. Assim, a depressão é reação deste processo.

Clemens (2007) com a terminologia “desconstrução da depressão”, volta a atenção para a prática clínica voltada para a singularidade de cada caso, como forma de abordagem da subjetividade. Neste processo, o autor considera que sob a depressão, é possível encontrar a dor da perda e o luto, uma das principais hipóteses desta pesquisa. O autor destaca a associação entre depressão e perda, conseqüentemente com o luto. Considera que muitas vezes o paciente precisa de ajuda para identificar a perda que desencadeou a depressão, o que aqui se denomina “evento significativo”. Os disparadores de perdas, de vivência de perdas”, podem ser, segundo Clemens: morte de pessoa amada; perda de emprego; amputação de parte do corpo; um diagnóstico; qualquer coisa importante para a pessoa. No entanto, assinala que não é todo mundo que entra em depressão após uma perda.

Hammen (2005), destaca que a mais extensa linha de pesquisa tem focado numa única significância para depressão: perda interpessoal, incluindo luto, separação ou término. Paykel & Cooper (1992, apud Hammen, 2005), revisaram estudos e concluíram que a saída de tais eventos, geralmente precedem a depressão e podem ser mais comuns em amostras com depressivos do que com outras formas de psicopatologia.

### 3.3.5 – Depressão e estresse

Segundo Hammen (2005), o estresse é definido como uma estrutura, no sentido de considerar o estressor, a duração, a interpretação e a resposta.

Segundo Teles (1993, p.17), o estresse é usado no meio médico para indicar que o “indivíduo ultrapassou seu limiar de resistência à tensão ... o estresse prolongado pode provocar hiperatividade hormonal, atividade exagerada do coração e de toda circulação sangüínea”.

Mello (2005) considera bem estabelecida a relação entre situações de estresse e quadros depressivos, devido a eventos de vida estressantes como morte de conjugue, filhos, pais separações conjugais e outros como crises econômicas. O autor acrescenta que é conhecido a hipercortisolemia nas formas de depressão graves, o que se deve á resposta disfuncional do eixo hipotálamo pituitária adrenal (HPA), que perpetua os sintomas depressivos.

Post (1992,p.47, apud Hammem,2005) enfatizam que: “o estresse parece ser um dos principais fatores ambientais que predisõem um indivíduo à depressão. Em cerca de 60% dos casos, os episódios depressivos são precedidos pela ocorrência de fatores estressantes, principalmente psicossocial”. Estes têm estimulado um crescente interesse na hipótese de que episódios recorrentes de transtornos do humor, progressivamente, tornam-se independentes dos estressores, como uma mudança na função neurobiológica associada com a repetição.

Moreno Jr, Melo & Rocha (2003), consideram depressão como fator ligado ao estresse, dentre outros como distúrbios de ordem afetiva, baixo

nível sócio-econômico, doenças concomitantes, falta de apoio social e outros. Os autores, seguindo alguns estudos, consideram que a depressão maior possa ser manifestação clínica do estresse repetitivo, crônico ou exagerado.

Hammem (2005), considera a distinção entre estresse e depressão, mas enfatiza uma associação. Ressalta a importância de se investigar: qual tipo de estresse, qual tipo de depressão e qual tipo de relação. Sugere que a maioria dos episódios de depressão maior são precedidos por eventos de vida estressantes embora muitas pessoas não fiquem deprimidas, vivenciando um evento de estresse negativo. A autora tem a área do estresse crônico importante para estudos futuros.

## *4. Métodos*

## 4 - MÉTODOS

### 4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa se caracteriza como observacional e descritiva, com abordagem quali-quantitativa.

A amostra constitui-se de 44 pacientes, de ambos os gêneros, da faixa etária acima de 18 anos até 65 anos. O critério de delimitação da idade desta amostra para 65 anos, deve-se ao fato da Organização Mundial de Saúde (OMS), considerar esta idade como marco do início da idade avançada, cujas características deste ciclo vital, também são típicas dos estados depressivos.

Estes foram atendidos quando internados em leitos da Unidade de Internação de Cardiologia, do Hospital de Clínicas da UFPR, em ordem seqüencial de internação, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, devido à doença arterial coronariana, com os seguintes diagnósticos atuais, motivo desta internação:

- infarto agudo do miocárdio
- angina estável ou instável

Para participar desta pesquisa, o paciente deveria estar lúcido, orientado e aceitar sua inclusão na pesquisa.

## 4.2 – INSTRUMENTOS

### **INSTRUMENTO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Utilizou-se entrevista semi-estruturada, por seguir um roteiro, elaborado para coleta de dados, subdividido em seis partes (Apêndice I).

A parte I - dados de identificação.

A parte II - evolução da doença cardiovascular: diagnóstico; quando surgiu o problema cardíaco; o que aconteceu antes de saber do problema cardíaco e da internação; n.º de internações devido ao problema cardíaco

A parte III - situação atual do ponto de vista psicológico: preocupações existentes e reações psicológicas manifestas durante a internação, investigadas no decorrer da entrevista: estados de depressão, de luto e outras.

A identificação do estado de luto, decorreu do cotidiano da prática clínica da autora, durante vários anos no atendimento de pacientes internados com doenças cardiovasculares. Verificou-se a necessidade de padronizar critérios objetivos para avaliação do estado de luto, padronização esta que resultou em oito descritores do luto relatados a seguir: tristeza; choro fácil; sentir falta do objeto perdido; sentimento de vazio; sentimento de culpa; isolamento; perda do interesse e inibição. Estes foram identificados durante o contato com o paciente, no decorrer da entrevista através de observação ou emergiram nos relatos dos pacientes. Foi considerado estado de luto, a presença de três destes descritores. Para fins de coleta de dados quantitativos, os oito descritores e a presença do estado de luto, foram

representados por numerais ordinários, para comporem um gabarito de resultados utilizado na análise quantitativa. (apêndice II). Para coleta de dados qualitativos, na apresentação dos casos abordados na análise qualitativa, foram nomeados os três descritores manifestos, que definiram a presença do estado de luto.

As partes IV e V, identificação de perdas significativas: o que, quando, quem; qual a que mais afetou ao sujeito e o que mudou depois disto. A coleta de dados qualitativos se deu através de duas perguntas chaves: “aconteceu algo que mudou sua vida? Ocorreu alguma perda significativa que mudou sua vida?”. Para a coleta quantitativa destes dados, foi considerada a ocorrência ou não de eventos significativos, estes classificados como antigos ou recentes, computados através de frequência simples. Foram também classificados os tipos de eventos.

## **INSTRUMENTO B – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK**

O Inventário de Depressão de Beck consiste em 21 itens, cada qual com quatro alternativas, para ser escolhida uma destas (Anexo I).

Este inventário é o instrumento que tem por objetivo avaliar o estado de depressão, classificado de acordo com a pontuação: menor de 10 pontos - sem depressão; de 10 a 18 - depressão leve à moderada; de 19 a 29 - depressão moderada a grave; e de 30 a 63 - depressão grave (GORENSTEIN ET AL, 2000).

### **INSTRUMENTO C – ESCALA DE AVALIAÇÃO E REAJUSTAMENTO SOCIAL DE HOLMES E RAHE**

Esta escala tem por objetivo registrar os eventos significativos ou estressores, acontecimentos ocorridos no período de um ano, o último. Apesar destes poderem ser desencadeantes de vivência de perdas, diz-se estressores e não eventos significativos, por não serem apontados pelo sujeito, mas por estarem listados e pontuados, como algo exterior à subjetividade, que se aplica a todas as pessoas da mesma forma. Consiste em 43 itens, cada qual com pontuação distinta, cuja somatória é traduzida por um percentual. O resultado deste instrumento é obtido sob a forma de porcentagens de probabilidades de apresentar problemas de saúde, devido aos acontecimentos ocorridos no último ano. Este instrumento avalia a situação de estresse pré-existente à internação e ao adoecer. Os resultados são assim classificados: 150 -199: probabilidade moderada - 37% de probabilidade de apresentar problemas de saúde; 200 – 299 : probabilidade média - 51% de probabilidade de apresentar problemas de saúde ; 300 a mais : probabilidade severa - 79% de probabilidade de apresentar problemas de saúde (Anexo) (GORENSTEIN ET AL, 2000).

### **INSTRUMENTO D – TERMO DE CONSENTIMENTO**

Foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecedor, apresentado aos pacientes, que tiveram que concordar em participar livremente da pesquisa, o qual foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFPR, segundo o regulamento previsto para pesquisas com seres humanos (Apêndice).

### 4.3 – PROCEDIMENTOS

#### **INSTRUMENTO A – ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA**

O psicólogo obteve a listagem de pacientes internados na unidade, através do computador ou no posto de enfermagem, com os seguintes dados: data de internação; n.º de registro do hospital; enfermaria; n.º do leito; nome do paciente; idade; diagnóstico médico. A seguir selecionou-se os pacientes que poderiam ser incluídos na pesquisa e dirigiu-se até a enfermaria e leitos para realizar a entrevista. Este procedimento é pertinente à “rotina de avaliação e acompanhamento a pacientes internados”, do Serviço de Psicologia do HC/UFPR.

No decorrer da entrevista, o paciente era informado da rotina de assistência e também da pesquisa, sendo convidado a participar. Havendo concordância, era apresentado o instrumento D – termo de consentimento para ser assinado.

Para fins de realização desta pesquisa, tal procedimento, entrevista clínica, foi adaptada, transformada em entrevista semi-estruturada. Esta, com a finalidade de coleta de dados, seguiu um roteiro de pesquisa, contendo perguntas chave utilizadas tanto para a avaliação psicológica de rotina, como para esta investigação. Especificamente para a investigação de eventos significativos, foram formuladas as seguintes questões:

- aconteceu algo diferente que mudou sua vida? O que e quando;
- ocorreram perdas significativas, acontecimentos que mudaram sua vida? O que e quando.

Ainda no decorrer da entrevista, era dado espaço para que o paciente discorresse sobre qualquer temática pertinente à sua história de vida, à subjetividade, à internação e ao tratamento. Em seguida foram aplicados a Escala de Avaliação e Reajustamento Social de Holmes e Rahe – instrumento C e o Inventário de Depressão de Beck. – instrumento B.

Considerou-se a utilização dos instrumentos C; B e D; como marcos diferenciais da rotina de assistência psicológica a pacientes internados.

### **INSTRUMENTO C – ESCALA DE AVALIAÇÃO E DE REAJUSTAMENTO SOCIAL DE HOLMES E RAHE**

A instrução dada foi a de que seriam mencionados uma série de acontecimentos aos quais ele deveria responder sim ou não, para cada um destes, se aconteceu ou não, no último ano.

### **INSTRUMENTO B – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK**

O Inventário de Beck é um questionário autoaplicável, de 21 itens com quatro opções de respostas, para a escolha de uma delas. Neste contexto foi aplicado pelo investigador, através da leitura das quatro afirmativas existentes, para a escolha de uma das quatro alternativas para cada um dos vinte e um itens. O paciente acompanhava a leitura dos itens do inventário e escolhia sua resposta.

#### 4.4 – ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foram realizadas duas modalidades de análises e discussões dos resultados obtidos, assim denominadas: análise quantitativa e análise qualitativa.

##### **4.4.1 – Análise quantitativa**

A análise quantitativa foi subsidiada com alguns dos dados, resultados obtidos através dos instrumentos:

- instrumento A - roteiro de entrevista semi-estruturada
- instrumento C - escala de avaliação e reajustamento social de Holmes e Rahe
- instrumento B - inventário de depressão de Beck

Estes resultados foram relacionados com a utilização do programa “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS, versão 11.0).

Os resultados quantitativos são:

- resultados referentes à eventos significativos e estado de luto – instrumento A
- resultados de depressão – instrumento B
- resultados de probabilidades de apresentar problemas de saúde – instrumento C

São apresentados e relacionados os seguintes resultados quantitativos:

- ocorrência de eventos significativos antigos e recentes
- estado de luto e descritores

- estado de luto e eventos significativos
- estados de depressão
- estado de luto e estados de depressão
- estado de luto, estados de depressão e gênero
- probabilidade de apresentar problemas de saúde
- estados de depressão, estado de luto e probabilidade de apresentar problemas de saúde

A análise estatística dos dados foi feita com a utilização do programa de computador *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS- versão 11.0). Primeiramente para identificar as relações existentes entre variáveis deste estudo: 1. eventos significativos; 2. estado de luto; 3. estado de depressão; 4. probabilidade de apresentar problemas de saúde. Posteriormente para verificar a relação entre estas variáveis com gênero e a relação entre luto e estado civil. Para a obtenção dos resultados de significância entre variáveis, foi utilizado o teste estatístico qui-quadrado. Para as demais análises a frequência e porcentagem simples.

#### **4.4.2 – Análise qualitativa**

A pesquisa qualitativa tem por objetivo elucidar e interpretar os resultados quantitativos (Patton, 2001). A análise qualitativa foi realizada principalmente com dados subjetivos obtidos através da escuta clínica, realizada no decorrer da entrevista semi-estruturada – instrumento A.

Este tipo de análise tem por finalidade elucidar a temática central deste trabalho, a categoria “vivência de perdas”, eventos significativos, estado de luto e estados de depressão. São apresentadas as diferentes subjetividades, afetadas por eventos significativos, algumas mudanças decorrentes e as manifestações da doença arterial coronariana.

Esta análise tem por finalidade apresentar:

- a categoria “vivência de perdas”
- a subjetividade afetada por um evento tido como o mais significativo
- efeito do evento mais significativo e eventos cardíacos

## *5. Resultados quantitativos*

## 5 – RESULTADOS QUANTITATIVOS

A apresentação dos resultados quantitativos foi dividida em cinco partes, para melhor visualização e discussão:

- 1) caracterização da amostra;
- 2) resultados referentes a eventos significativos;
- 3) resultados referentes ao estado de luto;
- 4) resultados referentes aos estados de depressão;
- 5) resultados referentes à probabilidade de apresentar problemas de saúde.

A análise estatística dos dados foi feita com a utilização do programa de computador *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 11.0). Primeiramente para identificar as relações existentes entre variáveis deste estudo: eventos significativos; estado de luto; estados de depressão; probabilidade de apresentar problemas de saúde. Secundariamente para verificar a relação entre estas variáveis e destas com gênero. Para a obtenção dos resultados de significância entre variáveis, foi utilizado o teste estatístico qui-quadrado. Para as demais análises utilizou-se a frequência e porcentagem simples.

### 5.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Esta amostra se constitui de 44 pacientes, de ambos os gêneros, dos quais 50% são mulheres e 50% homens, de 33 até 65 anos de idade.

Todos estes estavam internados na Unidade de Internação de Cardiologia quando entrevistados, dos quais 25%, devido ao diagnóstico médico de infarto agudo do miocárdio e 75%, com o diagnóstico médico de angina pectoris.

**Tabela 1 – Diagnósticos médicos**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
IAM	11	25
Angina	33	75
Total	44	100,0

Com idades de 33 a 65 anos, existe um predomínio de 52,3%, que corresponde à faixa etária de 50 a 60 anos. O índice de 27,3%, correspondente à faixa etária de 61 a 65 anos. Dos restantes, 15,9%, correspondem à faixa de 40 a 49 anos e 4,5%, com menos de 40 anos.

**Tabela 2 – Faixas etárias**

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Menos de 40 anos	2	4,5
De 40 a 49 anos	7	15,9
De 50 a 60 anos	23	52,3
De 61 a 65 anos	12	27,3
Total	44	100,0

Quanto ao estado civil, predomina 65,9% que têm companheiro(a); 13,6% são separados ou divorciados; 11,4% viúvos e 9,1% são solteiros.

**Tabela 3 – Estado civil**

<b>Estado civil</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Companheiro(a)	29	65,9
Separado ou divorciado	6	13,6
Viúvo	5	11,4
Solteiro	4	9,1
Total	44	100,0

Quanto aos outros fatores de risco, foram também avaliados: fator genético, presente em 70,5% dos participantes; tabagismo, em 50%, dos quais apenas 15,9% ainda eram fumantes; diabete, em 22,7%; hipertensão em 65,9%. No entanto, a comparação entre vivência de perdas, luto e depressão com estes fatores de risco, não é o foco desta pesquisa, estes dados apenas vêm caracterizar os sujeitos desta amostra.

## 5.2 – VIVÊNCIA DE PERDAS E EVENTOS SIGNIFICATIVOS

Os eventos significativos estão classificados em “eventos significativos recentes” (ESR) ocorridos há até dois anos e os “eventos significativos antigos” (ESA), ocorridos há mais de dois anos.

Todos os pacientes relatam eventos significativos, no entanto 25% dos participantes referem-se a eventos significativos antigos; 22,7% evento significativo recente e 52,3% a eventos significativos antigos e recentes. Estes dados estão demonstrados na Tabela 4.

**Tabela 4 – Eventos significativos**

<b>Eventos significativos</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Porcentagem</b>
ESA (evento significativo antigo)	11	25,0
ESR (evento significativo recente)	10	22,7
ESA + ESR	23	52,3
Total	44	100,0

Quanto à quantidade, 100 é o número total de eventos significativos relatados, o tipo de evento mais freqüente é morte de familiar, 47% e morte

de pessoa próxima, 13%, totalizando 60% do total de eventos relatados, dados demonstrados na Tabela 5.

**Tabela 5 – Tipos de eventos significativos**

<b>Tipo de evento</b>	Frequência ESA	Frequência ESR	Percentual
Morte de filho(a)	8	1	9%
Morte de cônjuge	4	1	5%
Morte de irmãos	10	3	13%
Morte de pai	6	1	7%
Morte de mãe	8	5	13%
<b>Morte de familiar (total)</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>47%</b>
Morte de pessoa próxima	2	11	13%
Doença de familiar	-	9	9%
Problema com álcool, drogas de familiares	3	2	5%
Separação conjugal	6	1	7%
Separação de familiar.	1	1	2%
Briga ou discussão com familiar	-	2	2%
Dificuldades de relacionamento com filhos	-	1	1%
Dificuldades de relacionamento conjugal	-	1	1%
Preocupação filho ou netos	-	1	1%
Perda do emprego	2	3	5%
Prejuízo financeiro	1	2	3%
Briga discussão c cliente	-	1	1%
Mudança de cidade	1	1	2%
Mudança de residência	-	1	1%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Quanto aos participantes, 84,2% relataram morte de familiar ou de pessoa próxima, como evento significativo e apenas 15,9% relataram outros acontecimentos como eventos significativos. Este percentual encontra-se assim distribuído, 43,2%, tem a morte de familiar como evento significativo antigo (ESA), ocorrido há mais de dois anos; 20,5%, como evento significativo recente (ESR), ocorrido há até 2 anos e outros 20,5% relatam o mínimo de duas mortes, uma como evento significativo antigo (ESA) e outra

como evento significativo recente (ESR). Estes dados podem ser visualizados na Tabela 6.

**Tabela 6** – Morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo recente e antigo

<b>Tipo de evento</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Porcentagem</b>
Morte de familiar como ESA	19	43,2
Morte de familiar como ESR	9	20,5
Morte de familiar como ESA e ESR	9	20,5
Outros motivos como ESA e ESR	7	15,9
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

### 5.3 – VIVÊNCIA DE PERDAS E ESTADO DE LUTO

O estado de luto foi avaliado através de oito descritores, formalizados como indicadores, tendo sido coletados durante a entrevista, através do instrumento A, da escuta e de observação, durante o contato com o paciente.

Foi identificado estado de luto em 65,9% desta amostra.

Quanto aos descritores ou indicadores de estado de luto, foram os mais freqüentes: tristeza (50,0%), sentir falta do objeto perdido (47,7%), choro fácil (36,4%) e sentimento de culpa (22,7%). Seguem os demais que apresentam freqüência menor: sentimento de vazio (13,6%), isolamento (13,6%), perda do interesse (11,4%) e inibição (2,3%). Deve-se lembrar que tais percentuais não somam 100% pelo fato de cada sujeito apresentar três descritores do luto. Estes valores estão apresentados na Tabela 7.

**Tabela 7** – Descritores do estado de luto

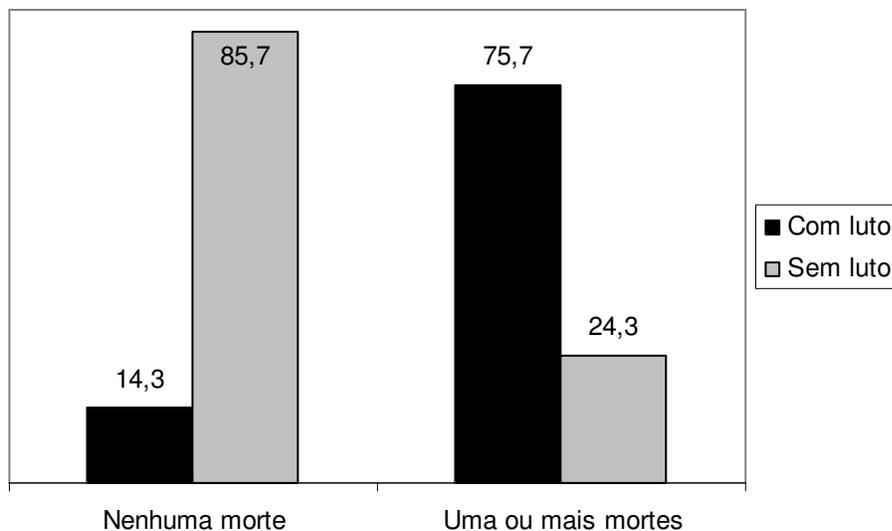
<b>Indicadores de luto</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Porcentagem</b>
----------------------------	-------------------	--------------------

Tristeza	22	50,0
Sente falta do objeto perdido (pessoa-coisa-situação)	21	47,7
Choro fácil	16	36,4
Sentimento de culpa	10	22,7
Sentimento de vazio	6	13,6
Isolamento	6	13,6
Perda do interesse	5	11,4
Inibição	1	2,3

### **5.3.1 – Estado de luto e evento significativo: morte de familiar ou pessoa próxima**

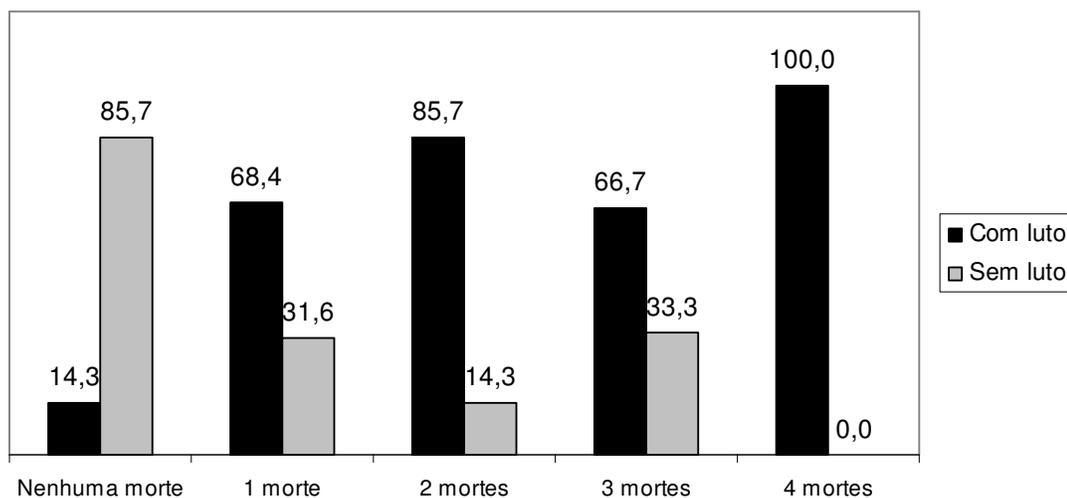
Foi constatada a relação de significância estatística entre os resultados da avaliação do estado de luto e a quantidade de mortes relatadas por participante como eventos significativos ( $\chi^2=9,873$ ;gl=1;p<0,05).

Dentre os participantes que relataram uma ou mais mortes como evento significativo, 75,7% apresentam estado de luto, enquanto que entre aqueles que não relataram morte, 85,7% não apresentam estado de luto, de forma que a grande maioria daqueles que se referem a morte de familiar ou pessoa próxima apresentam estado de luto. Estes dados podem ser visualizados na Figura 1.



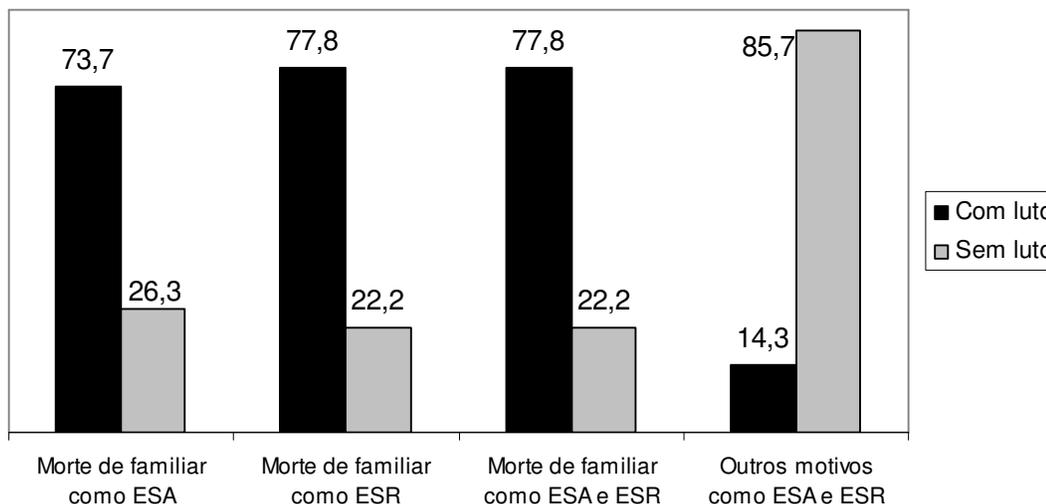
**Figura 1 – Luto e morte de familiar ou pessoa próxima**

Estes resultados observados na Figura 1, desdobrados em relação ao número de mortes relatadas pelos participantes: nenhuma morte, 1 morte, 2 mortes, 3 mortes, 4 mortes; observa-se que 100% daqueles que relatam 4 mortes encontram-se em estado de luto, o que ocorre com 85,7% dos que relatam 2 mortes, conforme Figura 2. Neste desdobramento a relação também é de significância estatística ( $\chi^2 = 11,318$ ;  $gl=4$ ;  $p<0,05$ ).



**Figura 2 – Luto e número de mortes relatadas por participante**

A relação entre a presença de luto e entre aqueles que relatam morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo antigo ou recente, mostrou-se estatisticamente significativa ( $\chi^2= 9,942$ ;  $gl=3$ ;  $p<0,05$ ). Daqueles que relatam morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo antigo (ESA), 73,7% apresentam luto. Daqueles que relatam morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo recente (ESR), 77,8% apresentam luto. Dentre os que relatam morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo antigo (ESA) e recente (ESR), 77,8% apresentam luto. Daqueles que relatam outros acontecimentos como eventos significativos antigos e recentes, 85,7 % não apresentaram luto. Estes dados podem ser visualizados na Figura 3.



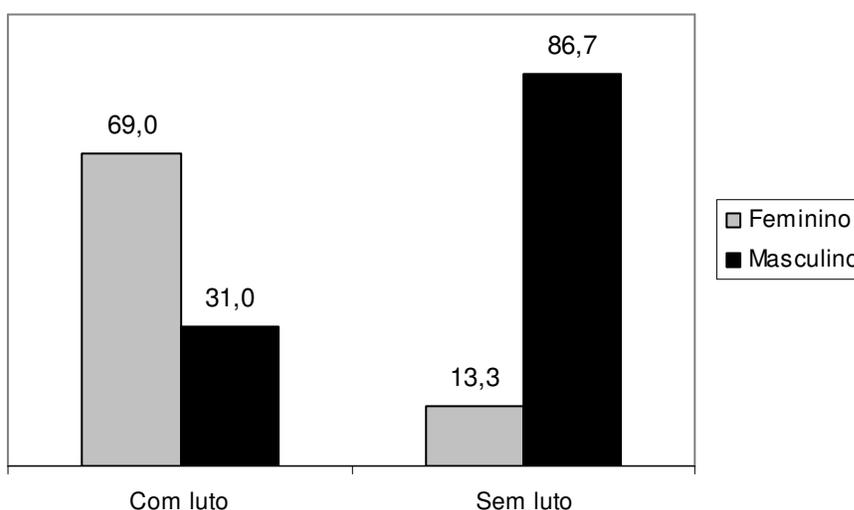
**Figura 3** – Luto e morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo recente, antigo ou ambos

### 5.3.2 – Estado de luto e estado civil

Não foi constatada relação significativa ( $\chi^2= 0,781$ ;  $gl=3$ ;  $p>0,05$ ) entre o estado de luto e o estado civil destes sujeitos.

### 5.3.3 – Estado de luto e gênero

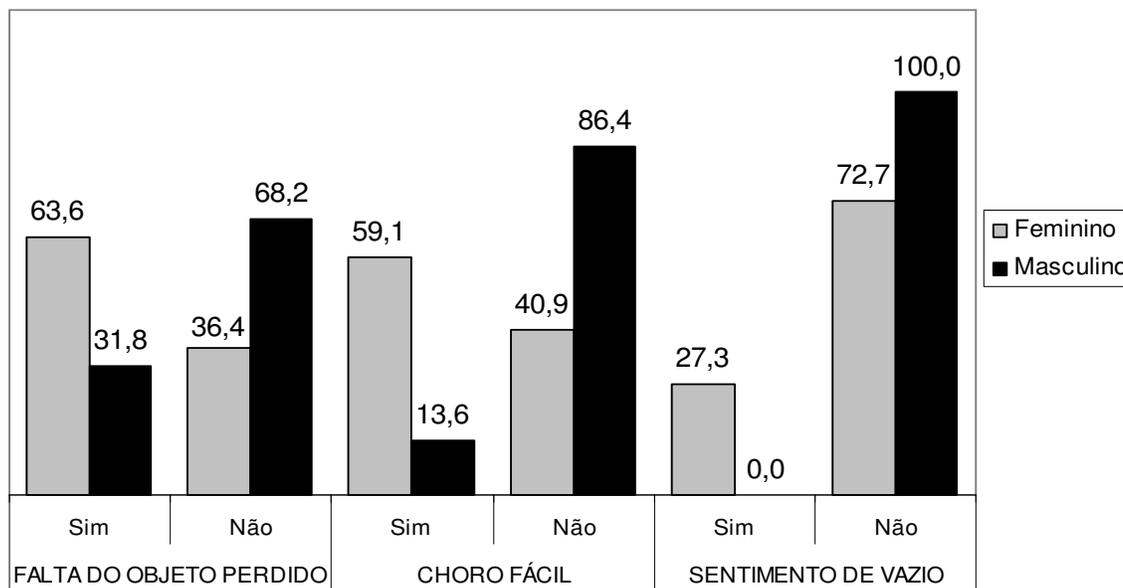
A relação entre luto e gênero mostrou-se estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 12,239$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,000$ ). Daqueles que apresentam luto, 69,0% são mulheres enquanto que apenas 31,0% são homens, o que demonstra uma prevalência de estado de luto em mulheres. Estes dados podem ser vistos abaixo, na Figura 4.



**Figura 4 – Luto e gênero**

### 5.3.4 – Descritores do estado de luto e gênero

Entre os indicadores do estado de luto, apenas três apresentaram relação significativa com o gênero, sendo mais freqüentes em mulheres: falta do objeto perdido ( $\chi^2 = 4,464$ ;  $gl=1$ ;  $p<0,05$ ), choro fácil ( $\chi^2 = 9,821$ ;  $gl=1$ ;  $p<0,05$ ) e sentimento de vazio ( $\chi^2 = 6,947$ ;  $gl=1$ ;  $p<0,05$ ). Estes resultados podem ser visualizados na Figura 5.

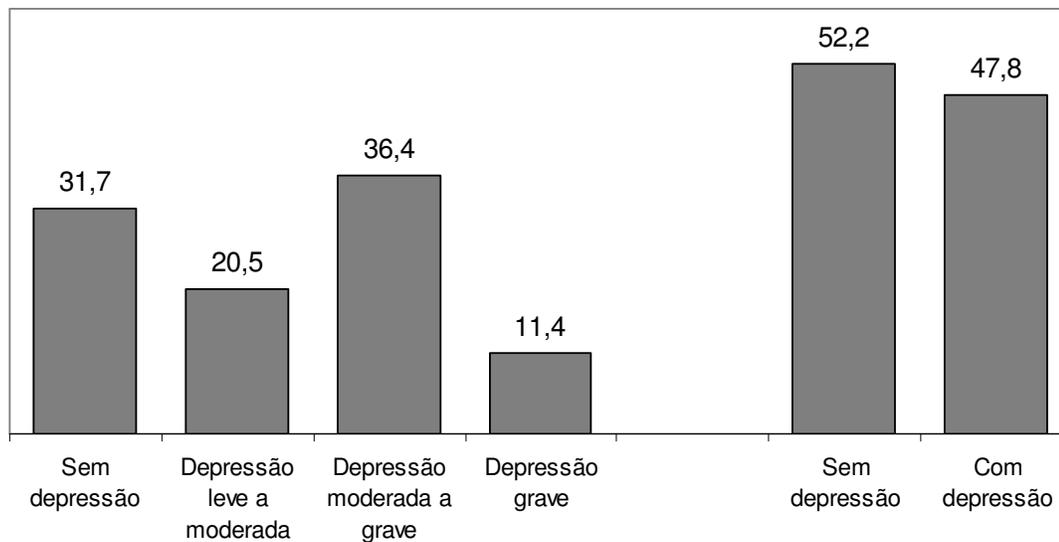


**Figura 5** – Descritores do estado de luto (falta do objeto perdido, choro fácil e sentimento de vazio) e gênero

#### 5.4 – VIVÊNCIA DE PERDAS E ESTADOS DE DEPRESSÃO

Os resultados sobre os estados de depressão, coletados através do Inventário de Beck - instrumento B, estão apresentados abaixo.

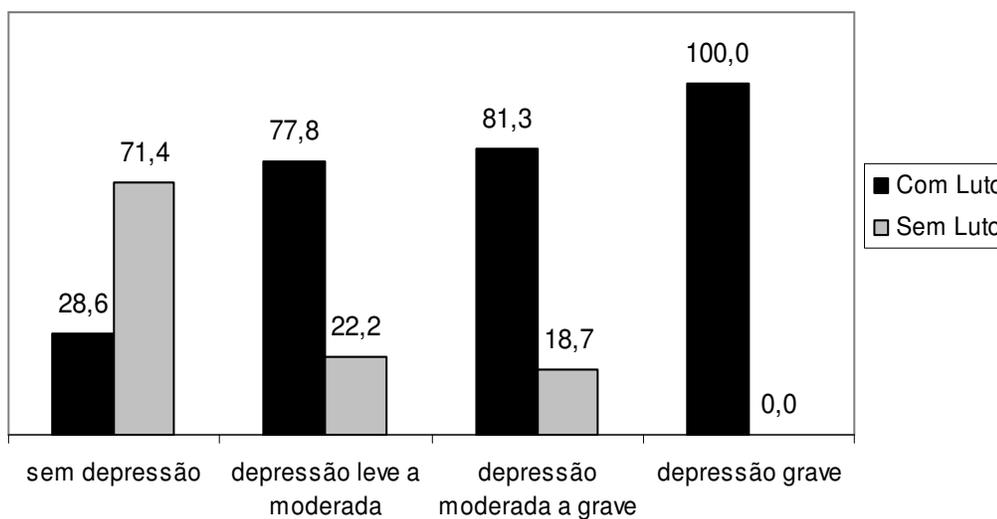
Apresentam depressão, pelo Inventário de Depressão de Beck, 68,3%. Destes, 20,5% apresentam depressão leve a moderada; 36,4% depressão moderada a grave e 11,4% depressão grave. Considerando-se apenas “depressão moderada a grave” e “grave”, como “com depressão”, obtém-se a somatória de 47,8%. Estes resultados estão apresentados na Figura 6.



**Figura 6 – Porcentagem dos níveis de depressão**

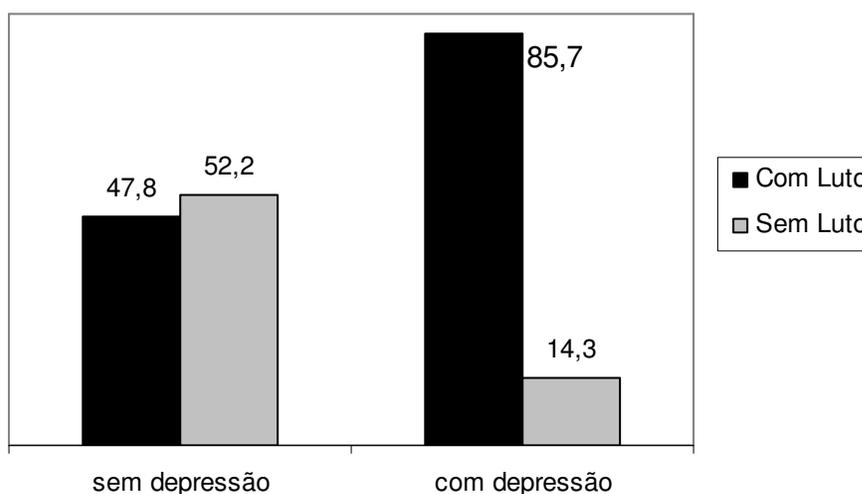
#### 5.4.1 – Estados de depressão e estado de luto

Foi constatada relação significativa ( $X^2= 13,513$ ;  $gl=3$ ;  $p<0,05$ ) entre luto e depressão. Enquanto 71,4% das pessoas sem depressão enquadram-se entre o grupo sem luto, 100,0% das pessoas com depressão grave apresentam luto, como pode-se observar na Figura 7.



**Figura 7 – Luto e depressão**

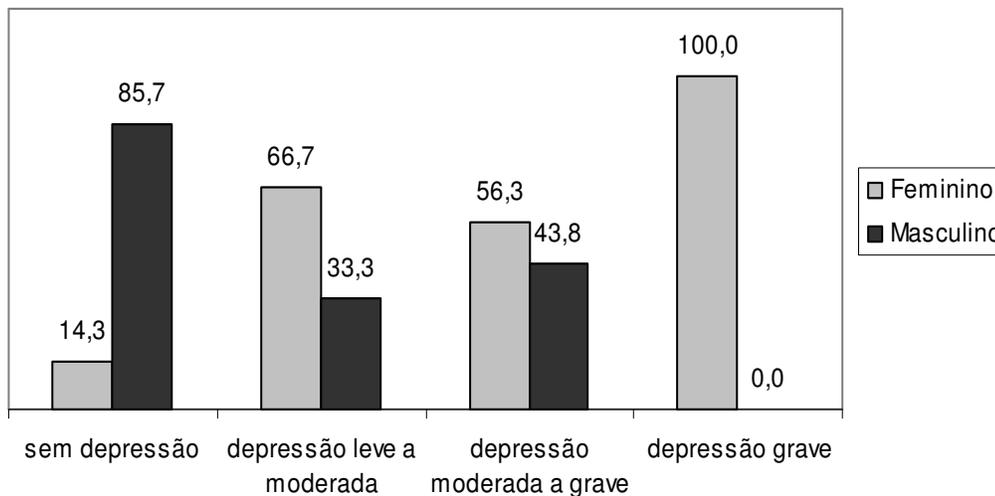
Através de uma outra forma de abordar os resultados do Inventário de Beck, agrupando-se os níveis “sem depressão” com “depressão leve a moderada”, constituindo a categoria “sem depressão”, e, agrupando-se “depressão moderada a grave” com “depressão grave”, constituindo a categoria “com depressão”, diferenciando-se apenas sem ou com depressão, a relação entre a presença de depressão e de luto mostrou-se novamente significativa ( $X^2= 7,013$ ;  $gl=1$ ;  $p<0,05$ ). Entre as pessoas com depressão, 85,7% apresentam estado de luto; entre as pessoas que não apresentam depressão esse índice foi de 47,8%. Tais dados podem ser visualizados na Figura 8.



**Figura 8** – Luto com “sem depressão” e “com depressão”

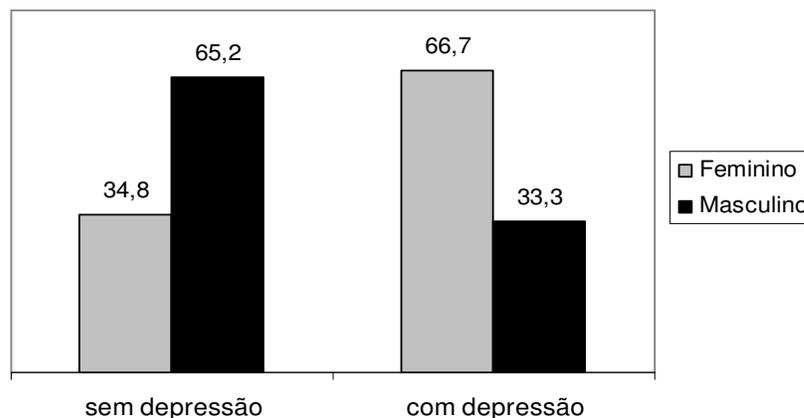
#### 5.4.2 – Estados de depressão e gênero

Foi encontrada relação significativa entre depressão e gênero ( $X^2= 13,393$ ;  $gl=3$ ;  $p<0,05$ ). Daqueles que não apresentam depressão, apenas 14,3% são mulheres e 85,7% são homens. Os sujeitos que apresentam depressão grave, são 100% mulheres. Isto pode ser visto na Figura 9.



**Figura 9 – Depressão e gênero**

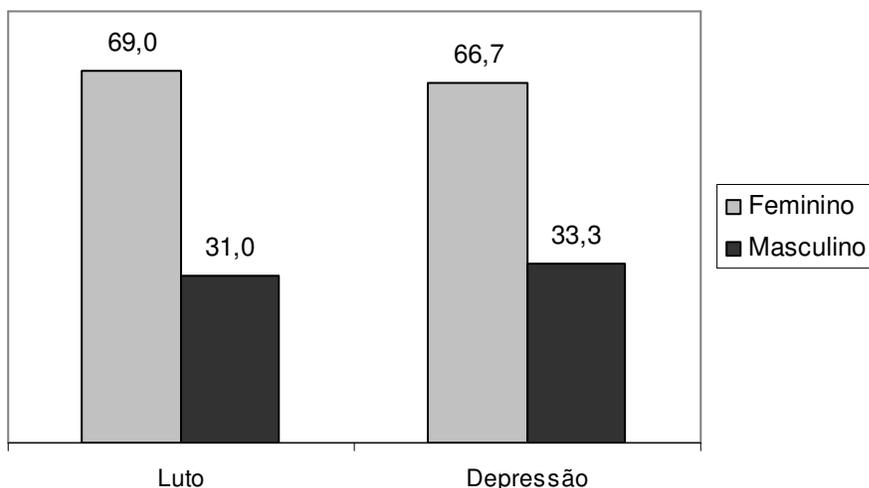
Agrupando os resultados dos níveis “sem depressão” e “depressão leve a moderada”, considerando-os como “sem depressão” e dos níveis “depressão moderada a grave” e “depressão grave”, considerando-os como “com depressão”, foram obtidos os seguintes resultados: dos 21 pacientes que apresentam depressão, 66,7% são mulheres, enquanto que isto ocorre com 33,3% dos homens. O dobro de mulheres em relação aos homens apresenta depressão. Esta forma de relação entre depressão e gênero também foi significativa ( $X^2 = 4,464$ ;  $gl=1$ ;  $p<0,05$ ), como se pode verificar na Figura 10.



**Figura 10 – Relação entre “sem depressão” e “com depressão” com gênero**

### 5.4.3 – Estados de depressão e estado de luto com gênero

Constatada relação significativa entre luto e gênero, assim como a relação entre depressão e gênero. Apresenta-se o gráfico com os resultados apresentados simultaneamente, Figura 11.



**Figura 11** – Depressão e luto com gênero

### 5.5 – PROBABILIDADE DE APRESENTAR PROBLEMAS DE SAÚDE

Os resultados sobre probabilidade de apresentar problemas de saúde, coletados através da Escala de Avaliação e de Reajustamento Social de Holmes e Rahe, estão apresentados na Tabela 8.

Constatada probabilidade severa de apresentar problemas de saúde em 31,8% desta amostra. A somatória do número de pacientes que apresentam probabilidade média de apresentar problemas de saúde com aqueles que apresentam probabilidade severa de apresentar problemas de saúde, obtém-se o total de 59% desta amostra, como pode-se observar na Tabela 8.

**Tabela 8 – Probabilidade de apresentar problemas de saúde**

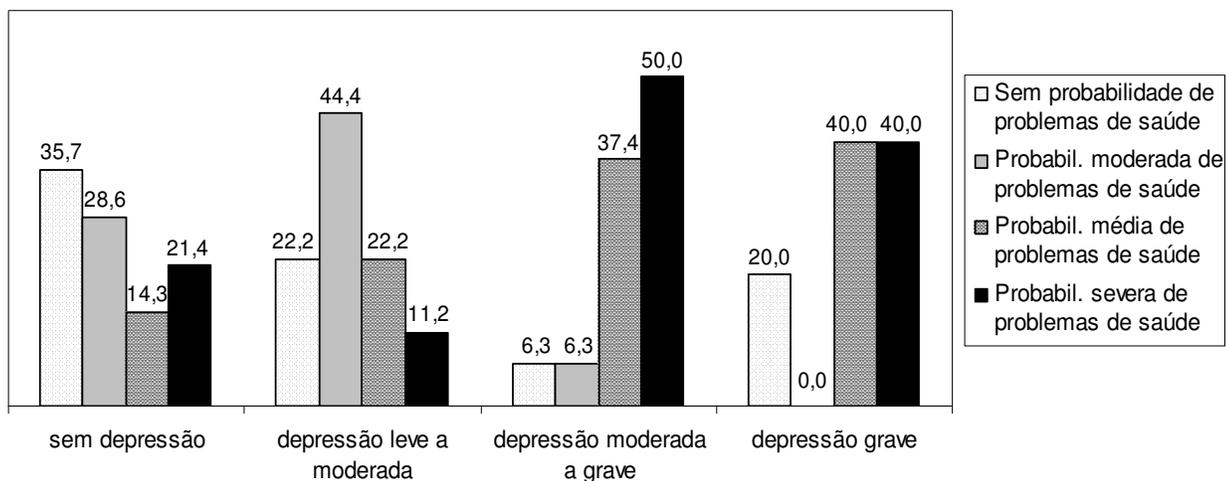
<b>Probabilidade de problemas de saúde</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Porcentagem</b>
Sem probabilidade de problemas de saúde	9	20,5
Probabilidade moderada de problemas de saúde	9	20,5
Probabilidade média de problemas de saúde	12	27,2
Probabilidade severa de problemas de saúde	14	31,8
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

### **5.5.1 – Probabilidade de apresentar problemas de saúde e estado de luto**

Não foi constatada relação estatisticamente significativa ( $X^2= 4,086$ ;  $gl=3$ ;  $p>0,05$ ) entre o estado de luto e a probabilidade de apresentar problemas de saúde, segundo a Escala de Avaliação e Reajustamento Social de Holmes e Rahe.

### **5.5.2 – Probabilidade de apresentar problemas de saúde e estados de depressão**

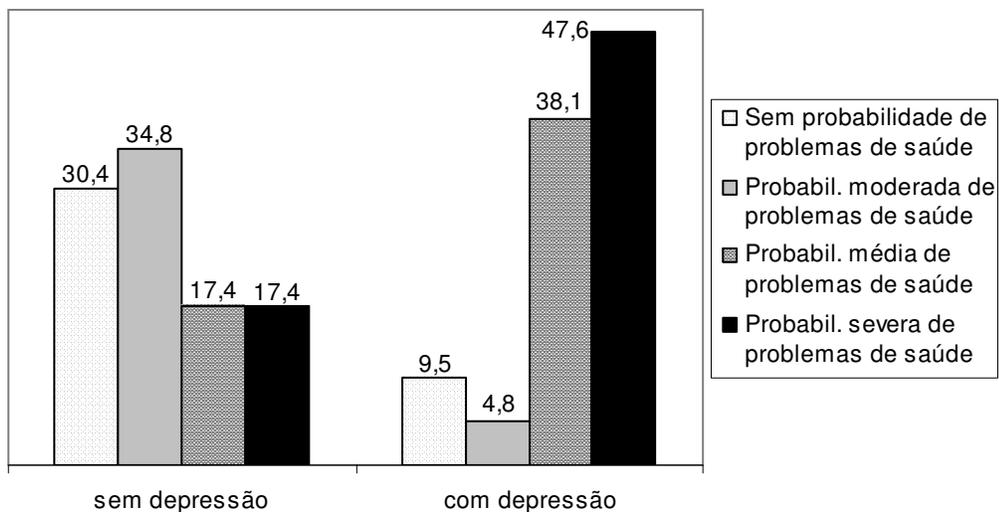
Não foi constatada relação significativa entre a presença de depressão e a probabilidade de apresentar problemas de saúde ( $X^2= 14,086$ ;  $gl=9$ ;  $p>0,05$ ). Entretanto, pode-se observar uma leve tendência: dentre aqueles sem depressão, 35,7% não apresenta probabilidade de apresentar problemas de saúde e 28,6% apresenta probabilidade moderada de apresentar problemas de saúde. Enquanto que dentre aqueles com depressão moderada a grave e depressão grave, 50,0% e 40,0%, respectivamente, apresentam probabilidade severa de apresentar problemas de saúde. Esses dados estão apresentados na Figura 12.



**Figura 12** – Probabilidade de apresentar problemas de saúde com depressão

Através de uma outra forma de abordar os resultados do Inventário de Beck, agrupando-se os níveis “sem depressão” com “depressão leve a moderada”, constituindo a categoria “sem depressão”, e, agrupando-se “depressão moderada a grave” com “depressão grave”, constituindo a categoria “com depressão”, a relação entre o estado de depressão e a probabilidade de apresentar problemas de saúde mostrou-se significativa ( $X^2 = 12,061$ ;  $gl=3$ ;  $p<0,05$ ).

Entre as pessoas sem depressão, 30,4% não apresenta probabilidade de apresentar problemas de saúde e 34,8% apresenta probabilidade moderada. Dentre aqueles com depressão, 47,6% apresenta probabilidade severa de apresentar problemas de saúde e 38,1% apresenta probabilidade média. Esses dados estão apresentados na Figura 13.



**Figura 13** – Probabilidade de apresentar problema de saúde com “sem depressão” e “com depressão”

### 5.5.3 – Probabilidade de apresentar problemas de saúde e gênero

Não foi encontrada relação significativa entre probabilidade de apresentar problemas de saúde e gênero ( $X^2 = 1,397$ ;  $gl=3$ ;  $p>0,05$ ).

## *6. Discussão*

## 6 – DISCUSSÃO

### 6.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA - IDADE

A delimitação da idade da amostra para 65 anos, deve-se ao fato da Organização Mundial de Saúde, considerá-la como início da idade avançada e também ao fato de algumas das características do ciclo vital de idade avançada, coincidirem com sintomas de depressão. Gazalle et al (2004) consideram que na população idosa os quadros depressivos têm características clínicas peculiares. A diminuição da resposta emocional acarreta em predomínio de sintomas como: diminuição do sono; perda de prazer nas atividades habituais; ruminções sobre o passado e perda de energia. Essa diferença na apresentação dos quadros de depressão em idosos com relação a adultos, fez com que alguns autores formulassem a hipótese a respeito da menor prevalência de transtornos depressivos em idosos. No entanto, a vivência de perdas, pode estar presente, frente a possibilidade do fim da vida e da morte e as mudanças típicas deste ciclo vital. Justifica-se esta alteração pela eliminação de possível confusão entre variáveis que caracterizam a depressão e este ciclo vital.

Esta pesquisa marca a idade entre 50 e 60 anos como faixa etária de maior incidência da manifestação da doença arterial coronariana, podendo-se considerar a idade acima de 50 anos, como maior frequência, o que aconteceu com 79,6% desta amostra, internada para investigação clínica, na Unidade de Cardiologia, após ter sofrido crise coronariana aguda, devido a angina ou infarto agudo do miocárdio (Tab. 2). Nos casos de crises

coronarianas agudas, os pacientes são internados na Unidade Coronariana. Alguns pacientes desta amostra estiveram antes aí internados, antes de serem transferidos para a Unidade de Cardiologia.

Esta faixa etária, de 50 a 60 anos, se caracteriza como sendo de transição do ciclo da vida adulta para a avançada, quando transformações corporais desencadeiam outras mudanças psicológicas e comportamentais. Coincidentemente nesta idade, são freqüentes perdas significativas, de familiares e/ou pessoas próximas, além da vitalidade, vida produtiva e sexualidade, podendo ser caracterizada como período de mudanças no curso da vida, de crise psicossocial e/ou vivência de perdas.

A aterosclerose também vem sendo considerada uma doença cujo início do seu desenvolvimento pode ser em período precoce, interdependente de hábitos de vida, que pode se manifestar tardiamente, na vida adulta, sendo até esperada na idade avançada (DA LUZ E VINT,2003).

## 6.2 – VIVÊNCIA DE PERDAS E EVENTOS SIGNIFICATIVOS

Todos os sujeitos desta amostra referem-se à ocorrência de um ou mais eventos significativos, no curso de suas histórias de vida. Estes foram classificados em eventos significativos antigos (ESA), ocorridos há mais de dois anos e eventos significativos recentes (ESR), ocorridos há dois anos, seguindo a proposição de Kaplan et al (1997), que consideram de um a dois anos o tempo necessário para elaborar a perda. Nesta pesquisa está sendo considerado estado de luto, tanto a perda ocorrida há até dois anos, como um tempo maior.

Apresenta relatos de eventos significativos antigos e recentes, 52,3%. Do ponto de vista psicodinâmico pode-se dizer que um evento significativo recente remete à vivência de outro, evento significativo antigo, um mesmo tipo de evento, pode ter ocorrido mais de uma vez para um mesmo sujeito.

Dentre a quantidade de eventos significativos aos quais estes sujeitos se referem, que constituem um total de 100, o mais freqüente foi morte de familiar, 47% e morte de pessoa próxima, 13%.

No entanto, sabe-se que existem muitas dificuldades para elaborar a perda de familiares e pessoas próximas, a ponto de alguns lutos não serem realizados. O trabalho psíquico do luto vai depender do tipo de relacionamento estabelecido, do grau de dependência, da ambivalência, do que a pessoa que se perdeu representa na economia psíquica, o quanto a relação está investida libidinalmente e faz parte da identidade desta pessoa. Também estão implicadas experiências anteriores de perdas e das condições subjetivas, da realidade psíquica. Bromberg (1996), considera que a qualidade do vínculo existente será determinante dos recursos subjetivos disponíveis para possibilitar o trabalho de elaboração da perda ou do processo do luto.

Além de doença de familiar, outro evento significativo freqüente, 9%, é a preocupação com familiares, marido, filho, netos, devido a alcoolismo e drogadição, 5%. Os sujeitos que apresentam este tipo de preocupação assim como doença de familiar, estão constantemente submetidos à situação de estresse. Segundo Ghiadoni et al (2000), um episódio agudo de estresse mental pode causar uma disfunção endotelial, reversível em uma

hora e meia, em indivíduos saudáveis. Isto possibilita representar uma relação entre estresse mental e aterosclerose. Segundo a literatura, o aumento do cortisol é comum nos estados de depressão e de estresse, ficando evidente a associação entre depressão e estresse. Para estes pacientes, são freqüentes episódios agudos de estresse, devido às preocupações com familiares, doenças, discussões. Estes dados apontam para a relação entre estresse e depressão, o quanto a exposição a um estressor pode levar à manifestação da depressão.

A separação conjugal, 7% de freqüência e de familiar, 1%, totalizando 8%, está presente como evento significativo antigo, lembrando que estes podem ser equivalentes às situações de morte.

Não poderia estar ausente situação de desemprego, 5% e prejuízo financeiro 3%. Fatores estes sociais e econômicos que também atingem as pessoas e o processo do adoecer com conseqüências psicossociais.

### 6.3 – VIVÊNCIA DE PERDAS E ESTADO DE LUTO

O estado de luto está presente em 65,9% desta amostra, o que vem confirmar a importância da categoria “vivência de perdas” como indicativa de fator psicológico predisponente a doença arterial coronariana, principal hipótese desta pesquisa. Estes pacientes, que apresentam estado de luto, estão passando por vivência de perdas, isto é, sofreram perdas significativas, que ainda não foram elaboradas, ficando explícita a existência de aspectos psicológicos também implicados.

Foi significativa a relação estatística entre estado de luto e quantidade de mortes relatadas por participante como eventos significativos ( $\chi^2 = 9,873$ ;  $gl=1$ ;  $p<0,05$ ). Apenas 14,3% dos participantes que não relatam mortes, encontram-se em estado de luto, provavelmente devido a outros tipos de eventos significativos. Apresentam estado de luto 85,7% daqueles que relatam 2 mortes e 100% dos que vivenciaram 4 mortes.

Dentre 84,2% dos participantes que relatam uma ou mais mortes de familiar ou pessoa próxima como evento significativo, encontram-se em estado de luto 75,7%, o que quer dizer que não são todos que relatam mortes como eventos significativos que não elaboram estas perdas. Chama a atenção o fato de que quanto maior a quantidade de mortes, maior a probabilidade de apresentar estado de luto., assim, 100% daqueles que relataram 4 mortes, encontram-se em estado de luto.

A relação entre a presença de luto e morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo antigo (ESA) ou recente (ESR) mostrou-se estatisticamente significativa ( $\chi^2=9,942$ ;  $gl=3$ ;  $p<0,05$ ), o que demonstra que o estado de luto pode estar presente tanto em pessoas que sofreram a perda de familiar ou pessoa próxima recentemente (ESR), até 2 anos ou há mais tempo, caracterizando dificuldades para elaboração de perdas, o que ocorre com 43,2% desta amostra, que refere-se à morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo antigo (ESA).

A coincidência do percentual de estado de luto e do estado civil, deve-se ao fato de que apesar da maioria dos sujeitos desta pesquisa, 65,9%, apresentarem estado de luto, quanto ao estado civil, 65,9% de sujeitos desta

têm companheiro(a). Apesar do mesmo percentual, não pode se estabelecer nenhuma relação entre estes dados.

Shear e Shair (2005), respondem que a morte de pessoa próxima produz um estado de perda traumática e sintomas do luto agudo. Estes sintomas usualmente seguem uma revisão de representação interna do falecido, para incorporar diante da realidade da morte. A falha deste processo resulta na síndrome do luto complicado. Consideram a morte de pessoa amada um evento estressante, sendo a duração do luto semanas ou meses. O prolongamento deste é denominado luto complicado. O ponto de vista quantitativo também não possibilita tal distinção. No entanto, tomando-se a frequência de relatos de eventos significativos, 47% corresponde ao relato de morte de familiar, 13% morte de pessoa próxima, 7% separação conjugal e 1% separação de familiar, obtém-se um total de 68% de perdas significativas, que tangem as relações no âmbito familiar, lembrando que não corresponde ao número de sujeitos integrantes da amostra. O que se sabe é que de 47% de morte de familiar, 34% estão classificadas como eventos significativos antigos, assim como de 7% de separação conjugal, 6% também estão classificadas como evento significativo antigo, estes eventos ocorreram há mais de dois anos. Isto demonstra que o luto pode ser verificado tanto em pessoas que sofreram uma perda, morte de familiar ou pessoa próxima recentemente ou há mais tempo, mais de 2 anos. Verifica-se que 84,2% relata morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo antigo, recente ou ambos.

Quanto ao tempo do luto é ponto de discussão, principalmente porque do ponto de vista psiquiátrico é o elemento que vem marcar a diferença entre luto e luto complicado, entre luto e depressão. Pode-se estabelecer precisamente o tempo de ocorrência do evento significativo e os efeitos psíquicos decorrentes observáveis, as mudanças que se sucedem do ponto de vista comportamental e orgânico. Do ponto de vista da psicanálise e da abordagem da subjetividade, considerando-se que o luto não é fácil de ser realizado, estando implicados muitos aspectos da relação com o perdido, além de experiências anteriores, tudo isto afeta a realidade psíquica e a identidade, de forma que o tempo de elaboração é menos importante do que os efeitos decorrentes. Freud (1916), lembrando de sua formação médica, como neurologista, desde então apresenta uma preocupação entre o normal e o patológico no que diz respeito ao luto, o que parece permanecer na atualidade. Assim, enquanto que para alguns como Glass (2005), vem delineando uma associação entre algumas reações psicológicas como a depressão com o luto, outros como Boelen, consideram que o luto deva se constituir em unidade nosológica, diferenciando-o da depressão e outras reações. Encontra-se uma visão médica, na busca de critérios para o estabelecimento de fronteiras entre o normal e o patológico, tal qual a abordagem de doenças, caracterizada pela descrição fenomenológica de um conjunto de sinais ou sintomas, que leva aos diagnósticos, interpretação e nomeação deste conjunto de sinais, como luto normal, luto patológico, luto complicado, luto traumático. No entanto, parece haver consenso de que os

sintomas do luto normal não diferem daqueles do luto patológico, quando o fator tempo é integrado como elemento terceiro, marcando a diferenciação.

Um luto não resolvido e complicações clínicas, geralmente são concomitantes. Piper et al (2001), advertem que os clínicos devem rotineiramente avaliar seus pacientes quanto à perdas e ao luto complicado, investigando sobre tais acontecimentos, visto que freqüentemente não há referência a tais fatos, relatando-se apenas os sintomas clínicos, pelos quais o médico também detém sua atenção.

Apesar do luto e do luto patológico estar sendo discutido há décadas na literatura, ainda não estão formalizados os critérios diagnósticos, disto que é considerado uma síndrome: luto complicado. Pesquisadores utilizam critérios diferentes para identificar o luto. Entende-se que complexo é própria estruturação da realidade psíquica de cada ser humano, nos seus aspectos bio-psico-sociais.

De tudo isso pode-se concluir que do ponto de vista psicodinâmico, a realidade psíquica está alterada, afetada em sua carência, nos estados de luto, decorrente de "vivência de perdas". Isto implica em manifestações de condutas e sintomas, como por exemplo: perda do interesse, isolamento, tristeza, comuns aos estados de luto e de depressão. Mais ainda, podem levar a uma estagnação no curso da vida. A avaliação destes estados afetivos deve ser realizada em cada caso, apresenta-se aqui uma proposta para avaliação do estado de luto.

#### 6.4 – VIVÊNCIA DE PERDAS E ESTADOS DE DEPRESSÃO

A partir dos resultados obtidos pelo Inventário de Depressão de Beck, apenas 31,7% não apresentam depressão. Apresentam depressão 68,3%, das quais 20,5% corresponde à classificação leve a moderada; 36,4% depressão moderada a grave e 11,4% depressão grave (Tab.11).

Pelo fato destas pessoas estarem doentes e internadas, quando a depressão pode ser considerada secundária, ou seja, esperada, e, seguindo a sugestão de Kendall et al (1987 apud Gorestein e Andrade 1998), de apenas as classificações de depressão moderada a grave e grave, serem consideradas como depressão, isto foi o que motivou a agrupar “depressão leve a moderada” e “sem depressão”, como “sem depressão” e depressão “moderada a grave” e “grave”, como “com depressão”. Considerando-se este agrupamento, 47% do total da amostra é que manifestam estado de depressão (Tab.11). Sabe-se que nem todos que apresentam luto apresentam depressão, considerando-se os percentuais totais de sujeitos que apresentam estado de luto, 65,9% com 47% dos que apresentam depressão, existe uma diferença de 18,9%, que representa os que apresentam apenas estado de luto. Estes podem estar atravessando por vivência de perdas, sem estarem deprimidos, podendo-se dizer devido a evento significativo recente ou ao processo do adoecer e da condição de internação hospitalar.

Piper et al (2001) concluíram que pacientes que apresentam luto complicado severo, quando comparados com outros que não vivenciam a

perda de uma pessoa, manifestam uma tendência à altos níveis de depressão e sintomas de estresse de um modo geral.

Como consequência de vivência de perdas, no decorrer do processo do luto ou quando o processo de elaboração da perda não é realizado, do ponto de vista psíquico surgem os estados depressivos, enquanto que do ponto de vista do organismo, emergem os eventos cardíacos. Ambas alterações clínicas merecem atenção, tanto por parte da psicologia como da cardiologia. A doença também pode ser oportunidade para a elaboração psíquica de vivência de perdas.

#### 6.5 – RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, LUTO E GÊNERO

A relação entre luto e depressão, se apresenta como significativa ( $\chi^2=13,513$ ;  $gl=3$ ;  $p<0,05$ ), o que vem confirmar uma das hipóteses desta pesquisa, a associação entre luto e depressão. Apresentam estado de luto 100% dos sujeitos que manifestam estado de depressão grave e 81,3% daqueles que apresentaram depressão moderada a grave. Não apresentam estado de luto, 71,4% dos sujeitos que não têm depressão (Fig.9).

Com estes resultados pode-se concluir que existe uma tendência aos estados de luto se manifestarem através de estados de depressão. Nem todos que se encontram em estado de luto manifestam depressão, mas a grande maioria que manifesta depressão encontra-se em estado de luto. Fica confirmada a relação entre luto e depressão, esta como decorrente do estado de luto, de vivência de perdas.

Segundo Romano (2001), a presença da depressão é significativa na área da Cardiologia, pois além de comprometer a adesão ao tratamento, a literatura em geral aponta para um aumento da mortalidade em pacientes deprimidos. A autora considera que pode ser entendida como reação normal ao luto ou fracasso deste processo. Entende-se que a depressão é reação decorrente do processo do luto, no curso da vivência de perdas, desencadeada por eventos significativos.

O cruzamento das variáveis estado de luto e gênero apresenta relação significativa ( $\chi^2 = 12,239$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,000$ ). Assim, apresentam luto 69% das mulheres e 31% dos homens. Não apresentaram luto 13,3% das mulheres e 86,7% dos homens (Fig. 1). Do total de mulheres desta amostra, 90,9% apresentam estado de luto, sendo significativa a relação estatística entre estado de luto e gênero, o que demonstra uma prevalência do estado de luto em mulheres.

O cruzamento das variáveis depressão e gênero apresenta relação significativa ( $\chi^2 = 13,393$ ;  $gl=3$ ;  $p<0,05$ ). 85,7% dos homens não têm depressão o que ocorre com apenas 14,3% das mulheres (Fig.7). Conforme o resultado agrupado: sem e com depressão, 66,7% das mulheres, o dobro dos homens, que são 33,3%, apresenta estado de depressão. (Fig.8). Segundo a American Medical Association (1998), “quase duas vezes mais mulheres que homens sofrem de depressão clínica”.

Dos oito sinais manifestos do estado de luto, descritores para a identificação deste, são os quatro mais freqüentes: tristeza; sentir falta do objeto perdido; choro fácil; sentimento de culpa. Da relação destes indicadores do luto

com gênero foram significativas: falta do objeto perdido; sentimento de vazio e choro fácil. Dos quatro descritores do luto mais freqüentes, destacam-se dois: choro fácil e sentir falta do objeto perdido. Estes indicadores podem ser associados com fator permissivo cultural, isto é, as mulheres podem se por em falta e chorar mais do que os homens, o que também vem caracterizar traços da realidade psíquica de mulheres, da construção da feminilidade no que tange à presença e ausência de atributo fálico.

A relação significativa do estado de luto com gênero, predominando o feminino, pode se vincular também à prevalência da faixa etária de mais de 50 anos, que coincide com o ciclo da maturidade, quando estão acentuadas características pertinentes à menopausa e ao processo do envelhecimento, portanto tocam na identidade destas pessoas, fatores que incrementam a “vivência de perdas” e as dificuldades inerentes para a realização do luto, nesta situação de crise psicossocial. Bromberg (2000) faz referência aos casos de morte de filho e perdas decorrentes do processo de envelhecimento, encontrando como característica comum a perda do produto de uma vida e o assentamento da própria identidade.

Favarato et al (2000, p.199) consideram o climatério, como o período de vida da mulher situado entre os 40 e 65anos, que corresponde à faixa etária dos integrantes desta amostra. Os autores caracterizam este ciclo pelas mudanças hormonais, menopausa, alterações da estética física, mudanças psicológicas e papéis sociais, o que pode implicar em crise psicossociais ou vivência de perdas. Apontam ainda para o fim da capacidade reprodutiva que pode ser associado com a velhice, portanto

acrescenta-se, com a possibilidade da própria morte. Com as mulheres desta pesquisa, além disso, existem outros agravantes de ordem psicossocial, decorrentes de outros eventos significativos.

Naqvi et al (2005), sugerem que a mulher difere do homem em várias dimensões. Em geral, as mulheres têm prognóstico pós-infarto do miocárdio contrário aos homens. Além disso, também são mais propensas a apresentarem história de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e diabete. Fazem referência ao fato da prevalência da depressão ser duas vezes maior em mulheres do que em homens. Consideram ainda que mulheres com infarto do miocárdio têm depressão mais severa, o que também ocorre após a cirurgia de revascularização do miocárdio, comparadas com homens. Atribuem tal diferença a dois fatores: os biológicos e psicossociais.

Pela significância existente entre luto e depressão, também foi significativa a relação entre depressão e gênero, prevalecendo o feminino, de forma que os mesmos comentários são pertinentes aos casos de depressão.

A literatura demonstra a dificuldade em precisar a diferenciação entre luto e depressão. Ao contrário, vai se estabelecendo uma relação, que se dá quando é identificado na situação clínica a perda ocorrida no âmbito social como morte de pessoa próxima, perda do emprego, aposentadoria, perda de parte do corpo, prejuízo financeiro. Apesar do trabalho do luto ser pertinente também à subjetividade e os efeitos desta, aquelas perdas relativas ao ideal, são pouco descritas ou consideradas.

Bromberg (2000,p.25), faz uma consideração às idéias de Freud em “Luto e Melancolia”, como sendo a base para a teoria psicanalítica da depressão e tido grande influencia nas concepções posteriores sobre o luto. A autora demonstra que o luto pode ser um modelo da depressão clínica: “ambos são reações a uma perda e se caracterizam por um espírito deprimido, perda do interesse e inibição de atividades”.

Clemens (2007), com a terminologia “desconstrução da depressão”, volta a atenção para a prática clínica voltada para a singularidade de cada caso, considera que sob a depressão, é possível encontrar a dor da perda e o luto.

O termo depressão, utilizado para várias formas de mal-estar que acomete as pessoas, mais do que ser identificado e medicado, deve ser investigado no cotidiano da clínica médica, psiquiátrica e psicológica em relação à subjetividade e aos contextos sócio históricos de uma história de vida, assim: porque esta depressão neste sujeito? Desde quando? Quais os desencadeantes ou estressores.

## 6.6 – PROBABILIDADE DE APRESENTAR PROBLEMAS DE SAÚDE

Quanto à probabilidade de apresentar problemas de saúde, resultados obtidos pela Escala de Avaliação e Reajustamento Social de Holmes e Rahe (EARSHR), 20,5% desta amostra, apresenta probabilidade moderada; 27,3% probabilidade média e 31,8% probabilidade severa (Tab.8). Obtem-se o total de 59% desta amostra que manifesta probabilidade média e severa de apresentar problemas de saúde.

Deve ser lembrado aqui a primazia do caráter social desta escala em detrimento do subjetivo, uma vez que a ênfase está dada ao acontecimento e não aos efeitos subjetivos, pois cada acontecimento tem uma pontuação diferente. Esta escala parece mais pertinente para avaliar a exposição a estressores do que o estado de luto. Este é decorrente também de perdas ocorridas às vezes há mais de dez anos.

Foi constatada uma tendência entre a manifestação de depressão e probabilidade de apresentar problemas de saúde. Daqueles sem depressão, 35,7%, não apresentam probabilidade de apresentar problemas de saúde. Dentre os que manifestam estado de depressão, moderada a grave, 50% e depressão grave, 40%, apresentam probabilidade severa de ter problemas de saúde. Somando-se os resultados de probabilidades média e severa, 87,4 também apresentam depressão moderada a grave e 80% depressão grave (Fig.12).

Apesar de não ser significativa a relação entre a presença de depressão e probabilidade de apresentar problemas de saúde, tendo sido demonstrado uma tendência entre estas variáveis, comparando-se com duas categorias: depressão “moderada a grave” e “grave” como “com depressão” e “sem depressão” e “depressão leve a moderada” como “sem depressão”, a relação mostrou-se significativa ( $\chi^2 = 12,061$ ;  $gl=3$ ;  $p<0,05$ ).

Daqueles que apresentam depressão, 47,6% apresenta probabilidade severa de apresentar problemas de saúde e 38,1% probabilidade média, cuja somatória é de 85,7%. Daqueles que se encontram sem depressão, 30,4% não manifesta probabilidade de apresentar problemas de saúde (Fig.13).

Daqueles que apresentam depressão, 47,6% apresenta probabilidade severa de apresentar problemas de saúde e 38,1% probabilidade média, cuja somatória é de 85,7%. Daqueles que se encontram sem depressão, 30,4% não manifesta probabilidade de apresentar problemas de saúde (Fig.13).

Estes resultados sugerem a relação entre estresse e depressão, o quanto a frequência de exposição a alguns estressores pode levar a manifestação de quadros depressivos. Vale também assinalar mais uma vez o fato de que um evento significativo atual, no caso da EARSHR ocorrido no último ano, remete a outro semelhante mais antigo, cuja vivência é a mesma e se repete. Assim, os dados da EARSHR não se distanciam da vivência de perdas, no entanto avalia a exposição a estressores, no período de um ano, eventos significativos recentes que se vinculam a outros antigos, desencadeando vivência de perdas e estresse, luto e depressão.

## *7. Análise qualitativa*

## 7 - ANÁLISE QUALITATIVA

Esta análise qualitativa tem por finalidades demonstrar a vivência de perdas e as subjetividades afetadas por evento(s) significativo(s), assim como a associação entre o estado de luto e os de depressão, principais objetivos desta pesquisa.

Submetidos às condições de internação hospitalar devido à manifestações da doença arterial coronariana, angina ou infarto, pretende-se demonstrar a subjetividade, enquanto singularidades destas vivências que são relatadas. Para tanto são apresentados recortes das subjetividades manifestas através da fala.

Do total de 44 participantes desta pesquisa, foram escolhidos 15, seguindo três critérios:

- apresentar estado de luto
- apresentar estado de depressão
- identificar o evento mais significativo e seus efeitos

Foram escolhidos porque ilustram a temática central deste trabalho, apresentam vivência de perdas e estado de luto, dados estes obtidos através da investigação e da escuta clínica, no decorrer das entrevistas semi-estruturadas (Instrumento A). Também apresentam estado de depressão como resultado obtido através do Inventário de Depressão de Beck (instrumento B).

São considerados estados afetivos tanto os resultados da avaliação do estado de luto, como dos estados de depressão.

## 7.1 – RESULTADOS

Seguem os recortes de conteúdos relatados, de cada um dos 15 pacientes, obtidos através da escuta com cada um dos 15 sujeitos, identificados pela sigla S seguido de seu número na ordem de atendimento no total da amostra da pesquisa.

Todos estes quinze sujeitos apresentam vivência de perdas, estado de luto e depressão. O que varia é a classificação da depressão, por isso acrescentado ao lado da identificação.

### **S 1 – Mulher, 63 anos - depressão leve a moderada**

Evento mais significativo: morte do marido em 2000 - há 5 anos – “acho que morreu de mal trato, sinto tristeza pelo que fizeram com ele, a família dele não o tratou bem” (SIC). Conta que ficou deprimida depois da morte do marido e diz “a vida ficou vazia” (SIC)

Eventos cardíacos: já havia sofrido o primeiro IAM em 1995, há 10 anos, quando soube do problema cardíaco. Depois da morte do marido fez um cateterismo. Em 2005, sofreu um segundo infarto, motivo desta internação.

### **S 2 – Mulher, 38 anos - depressão moderada a grave**

Evento mais significativo: separação conjugal em 1994 - há 11 anos – “minha vida se transformou para melhor, acabaram as brigas, ia começar vida nova com duas crianças, mas em matéria de saúde foi pior” (SIC)

Eventos cardíacos: em 1994, estava no puerpério do segundo filho, recém nascido, quando fez a primeira cirurgia cardíaca e a segunda em

2003. Soube do problema cardíaco durante a gestação. Em 2005, sofre o primeiro IAM, motivo desta internação.

### **S 3 – Mulher, 59 anos - depressão leve a moderada**

Evento mais significativo: morte de irmão em 2001 - há 4 anos – “ ele considerava eu e o meu marido como pais dele, era muito querido, mais novo, muito próximo. Meu pai morreu, minha mãe morreu e não sinto falta, mas do meu irmão, como sinto falta dele. Cuidei muito dele, quando penso no sofrimento dele, no que ele falou para mim, fiquei com aquilo na cabeça, que foi por causa de mim” (SIC).

Eventos cardíacos: em 1998 sofreu o primeiro IAM, o segundo há 5 meses, em 2005.

### **S 4 – Mulher, 57 anos - depressão leve a moderada**

Evento mais significativo: irmão brigou com ela e toda a família em 2002 - há 3 anos – “esse meu irmão me prejudicou muito ... a gente era tão unido, eu fico muito magoada ... faz 1 ano que ele não visita o pai, com 81 anos” (SIC).

Eventos cardíacos: em 2005, submeteu-se a duas cirurgias, há 6 meses . Soube do problema cardíaco quando sofreu o primeiro IAM, em dezembro de 2004.

**S 8 – Homem, 47 anos - depressão leve a moderada**

Evento mais significativo: morte de irmã em 2000 - há 5 anos – “ foi uma perda que a gente sentiu muito – cada perda ou decepção é mais um soco no coração, altera o problema cardíaco da pessoa com certeza, uma pessoa a menos na família, a gente sente muita falta, muita saudades, pai, mãe, irmãos é tudo que a gente tem, a gente tenta conformar, mas esquecer, não tem como” (SIC).

Eventos cardíacos: primeira internação, soube do problema cardíaco há 6 meses, 2005.

**S 10 – Homem, 59 anos - depressão moderada a grave**

Evento mais significativo: morte da mãe em 1988 - há 17 anos – “choro mais agora do que costumava” (SIC). Identifica que isto vem ocorrendo desde a morte da mãe. “O que me consola é ela ter sofrido derrame, uma pessoa ficar viva depois de um derrame às vezes é pior ficar viva”(SIC).

Eventos cardíacos: sofreu o primeiro IAM em 1998, há oito anos, quando soube do problema cardíaco.

**S 12 – Mulher, 64 anos - depressão moderada a grave**

Evento mais significativo: perdeu uma filha com 3 anos, há mais de 22 anos, de anemia crônica. Fala disso com lágrimas nos olhos e diz: “às vezes não sai, entala aqui” (SIC), aponta a garganta, “a gente pode ter 20 que não cobre a falta de um”(SIC).

Eventos cardíacos: soube do problema cardíaco em 1984, quando submeteu-se a cirurgia cardíaca. Em 1996 submeteu-se a segunda cirurgia cardíaca.

### **S 13 – Mulher, 40 anos - depressão grave**

Evento mais significativo: morte de irmão em 2002 - há 4 anos – “depois que ele morreu, a família toda entrou em depressão, eu fiquei um ano em depressão, não comia, não saía, ia trabalhar sem vontade de nada” (SIC). Tentativa de suicídio um ano depois da morte do irmão – “se eu morresse seria a solução é como se a vida não tivesse mais sentido” (SIC) - “quando o médico disse que eu tava infartando, fiquei feliz, juro de coração que eu fiquei feliz, pensei, agora meu sofrimento vai acabar” (SIC).

Eventos cardíacos: soube do problema cardíaco agora, 2006, com uma ameaça de IAM

### **S 18 – Mulher, 60 anos - depressão moderada a grave**

Evento mais significativo: morte de filho de acidente de carro em 2003 - há 3 anos - “ depois disso mudou muita coisa, freqüentava o grupo de terceira idade, tinha atividade física, bingo, bailes, abandonou – acho que me deu depressão, não queria aceitar que ele morreu, desde então não tenho paciência nem de escutar televisão, por qualquer coisa começo a discutir, muita canseira e sono, canseira geral” (SIC).

Eventos cardíacos: soube do problema cardíaco agora, 2006

**S 20 – Mulher, 65 anos - depressão grave**

Evento mais significativo: morte do genro em 2005 - há 1 ano – “deu no velho e vinte dias depois deu no genro, só que ele morreu, em seguida deu problema em mim, ele tava correndo para arrumar o auxílio doença para ele” (SIC).

Eventos cardíacos: O terceiro IAM foi há dois anos, em 2004. Agora, 2006, angina.

**S 23 – Mulher, 57 anos - depressão grave**

Evento mais significativo: morte do companheiro em 2001 - há 5 anos – “desde que perdi ele, minha vida foi perdendo o sentido, foi ficando vazia” (SIC). Depois que soube do problema cardíaco: “fiquei muito medrosa, qualquer coisa dá impressão que vou morrer, tenho medo que me dê depressão e achar que nada mais tem jeito, vai perdendo a fé nas coisas” (SIC).

Eventos cardíacos: soube do problema cardíaco há 3 meses, 2006.

**S 25 – Mulher, 51 anos - depressão moderada a grave**

Evento mais significativo: morte da mãe devido a IAM em 2005 - há 1 ano - chora ao falar da mãe, sente-se culpada, acha que poderia ter ajudado mais a mãe, era muito apegada à ela, saía de casa só para ir à igreja e à casa da mãe.

Eventos cardíacos: em 1999, soube do problema cardíaco há 7 anos, quando se submeteu à cirurgia cardíaca. Crise de angina agora, 2006.

**S 34 – Mulher, 55 anos - depressão moderada à grave**

Evento mais significativo: morte do marido em 2006 - há 4 meses – “o meu problema era ele, isso me prejudicou muito, era muito ranzinza, me sentia em depressão, triste, com auto-estima rebaixada, descarregava toda a raiva em mim...fiquei viúva com os problemas de saúde se avolumando” (SIC).

Eventos cardíacos: soube do problema cardíaco há 1 ano, angina, 2006.

**S 38 – Mulher, 51 anos - depressão leve a moderada**

Evento mais significativo: morte do pai em 1995 - há 11 anos – “meu pai era tudo para mim” (SIC). Morte de dois irmãos há 9 meses.

Eventos cardíacos: soube do problema cardíaco na adolescência, com 12 anos. Fez cirurgia cardíaca, válvula, há 7 meses, abril de 2006.

**S 42 – Mulher, 63 anos - depressão moderada a grave**

Evento mais significativo: morte de filho em 1994 - há 12 anos – “era menino de ouro, fazia faculdade, 15 dias depois que morreu veio a resposta do Banco do Brasil, que havia passado no concurso”(SIC). Perdeu outro filho em 2001, há 5 anos, alcoolista. “Ontem veio um rapaz arrumar uma gaveta, quando vi ele pensei que era meu filho, na hora dei um abraço nele, parecia que tava abraçando meu filho, hoje ele veio buscar uma cama, parecia que ele veio me visitar. A pior perda foi dos meus filhos, da mãe, do pai”(SIC).

Eventos cardíacos: soube do problema cardíaco em 2001 - há 5 anos. Agora, 2006, teve uma crise de angina.

## 7.2 – DISCUSSÃO

Os quinze casos apresentados foram escolhidos porque identificam um evento do curso de suas histórias de vida, denominado “evento mais significativo”. Este diz de uma qualidade na medida em que pode implicar em maior intensidade de dor e dificuldade para elaboração da perda, no que afeta a subjetividade. Estes resultados demonstram a subjetividade afetada por estes eventos, antes mesmo desta internação e da manifestação do evento cardíaco.

Foram destacados de cada caso, o evento mais significativo, os ditos e interpretações a respeito deste. Estes sujeitos tecem comentários, tidos como interpretações destes acontecimentos e alguns efeitos subjetivos decorrentes. Evidenciam que algumas perdas têm maior conseqüências psíquicas do que outras.

Como pode-se observar, o tipo de evento mais significativo, é a morte de familiar, o que acontece com 13 destes casos, sendo que outros dois pontuam como evento mais significativo a separação conjugal. Todos estes casos relatam dificuldades para conviver com estas perdas e elaborá-las. Isto vem ilustrar um dos resultados desta pesquisa, os tipos de eventos significativos mais freqüentes, os mais relatados, que são mortes de familiares, 47% e de pessoas próximas, 13%. O evento separação conjugal, 8%, pode ser considerado como equivalente à morte, e esta também contempla o teor de separação. Kovács (2002, p.153), “a morte do outro configura-se como a vivência de morte em vida”. A autora considera as perdas por morte, as separações amorosas, assim como as fases do desenvolvimento, da infância para a adolescência, vida adulta e

velhice, são vivenciadas como morte em vida, são mudanças, como pequenas mortes. Mas, deve-se acrescentar que estas perdas tocam nas identidades destes sujeitos. Segundo Parkes (1998) e Bromberg (2000) isto é o que dificulta o trabalho do luto e/ou elaboração da perda, que a literatura apresenta como luto complicado ou luto traumático. Pode-se dizer que as perdas decorrentes destes eventos mais significativos não foram elaboradas, porque desencadearam mudanças na identidade destes sujeitos, seja enquanto filho(a), esposo(a), mãe ou pai. Além disto os vínculos com familiares, pessoas muito próximas, geralmente se caracterizam por maior ambivalência (Bromberg, 2000).

A seguir são apresentados alguns pontos que têm relação com as dificuldades inerentes ao luto. Estes relatos de vivência de perdas ilustram ainda, alguns dos descritores do estado de luto, extraídos da realização de entrevistas com cardiopatas internados, abordados nesta pesquisa: tristeza, sentir falta do perdido, choro fácil, sentimento de culpa, sentimento de vazio, isolamento, perda do interesse, inibição.

#### ASSOCIAÇÃO ENTRE O EVENTO MAIS SIGNIFICATIVO COM A MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA CORONÁRIA:

S 2, quando diz “minha vida se transformou para melhor, acabaram as brigas, ia começar vida nova com duas crianças, mas em matéria de saúde foi pior” (SIC), está se referindo a uma separação conjugal desejada quando estava no puerpério, mas em seguida submeteu-se a uma cirurgia de válvula, quando soube do problema cardíaco, decorrente da gestação. Submeteu-se a uma segunda cirurgia em 2003, um ano depois da segunda

separação, quando teve a terceira filha. Esta pessoa identifica o evento mais significativo com a manifestação da doença cardiovascular.

S 8, relata uma metáfora que diz da relação da vivência de perdas e o coração, “cada perda ou decepção é mais um soco no coração, altera o problema cardíaco da pessoa com certeza” (SIC).

S 34, se queixa do relacionamento conjugal mas admite: “fiquei viúva com os problemas de saúde se avolumando” (SIC). Este caso exemplifica perfeitamente como a morte de familiar e pessoa próxima afeta a subjetividade, além de tocar na realidade psíquica desencadeando a vivência de perdas e o luto, este evento significativo pode determinar outros. Esta senhora de 55 anos, viúva há quatro meses, que encontra-se em estado de luto apresentando depressão moderada a grave, diz: “nos últimos três meses tive que mexer na vida toda, ir atrás da aposentadoria do marido, desfazer um comércio, um bar, vender um carro; minha vida se desfez e fiquei sòzinha” (SIC).

#### SENTIMENTO DE CULPA:

Retamal e Coldner (1995) situam a culpa como um sintoma central do estado de luto, que pode se dar devido aos impulsos agressivos ou fantasias destrutivas; por ter sobrevivido; pela incapacidade de impedir o evento morte. Strobe e Strobe (1987, apud Bromberg 2000), consideram a culpa como sintoma afetivo. Silva (1994), sustenta a hipótese de que para a maioria das pessoas a difícil aceitação da morte de familiar ou pessoa próxima, deve-se ao sentimento de culpa, como impedimento para a

laboração da perda, por achar que deveria ter feito mais por quem morreu. Este descritor emerge no discurso de forma explícita ou implícita.

É assim que S3 refere-se à morte do irmão: “meu pai morreu, minha mãe morreu e eu não sinto falta, mas do meu irmão, como sinto falta dele” (SIC). Neste caso, a dificuldade para realizar o luto, é expressa pelo sentimento de culpa pela morte do irmão, um dos descritores do estado de luto: “fiquei com aquilo na cabeça, que foi por causa de mim” (SIC), era quem cuidava dele, assim seus cuidados não impediram a morte. A morte do irmão ocorreu há 4 anos e apresenta depressão leve a moderada. Este caso exemplifica também o descritor falta do perdido, abaixo discutido, no sentido de como o sentimento de culpa pode dificultar a elaboração da perda.

S 25 também sente-se culpada, pensa que poderia ter feito mais pela mãe, que faleceu há 1 ano, com quem era muito apegada, saia de casa só para visitá-la. Apresenta depressão grave.

S1, ao mencionar “acho que morreu de mau trato, sinto tristeza pelo que fizeram com ele”, refere-se á morte do marido ocorrida há 5 anos. Apresenta depressão leve a moderada, mas traz no seu discurso dois descritores do estado de luto: “sentimento de culpa” e “tristeza”. Apesar de ter se passado cinco anos, ainda sente-se triste, talvez pelo fator culpa, à qual se refere de forma implícita, por não ter cuidado dele, pensa que poderia ter cuidado melhor do que os outros familiares.

#### SENTIR FALTA DO PERDIDO:

Este é um descritor que também se manifesta através do discurso do sujeito, sendo um parâmetro para avaliação do quanto ainda existe uma

vinculação, através de investimento libidinal com o perdido. É esperado durante o processo do luto. Segundo Raimbault (1979), para que se realize o processo do luto é necessário disponibilidade para novos investimentos, em concordância com Freud (1916), que define o luto como um processo lento, que consiste em abandonar as relações com o objeto perdido, quem também diz que sabe-se quem ou o que se perdeu, mas não o que de fato se perdeu para a realidade psíquica. Já Parkes (1998) faz referência à perda e à privação, aspectos inseparáveis da vivência de perdas, podendo-se interpretar a privação como efeito psicológico da perda e diz respeito ao aspecto narcísico de toda perda.

Destes quinze casos, apenas dois indicam como evento mais significativo a separação conjugal, os demais a morte de familiar ou pessoa próxima. Bromberg (2000), refere-se a casos de mortes de filhos e perdas decorrentes do processo do envelhecimento, com uma características comum, perda do produto de uma vida e o assentamento da própria identidade, que afetam diretamente a identidade das pessoas. Estes aspectos estão implicados na elaboração da perda. As dificuldades vão depender da personalidade do enlutado, de experiências prévias, da relação com o objeto, de eventos intercorrentes de vida (Cataldo Neto e Majola, 1997).

S12, assim refere-se à perda de uma filha de 3 anos, ocorrida há mais de 22 anos: “a gente pode ter vinte que não cobre a falta de um” (SIC). O mesmo se dá com S42 que perdeu um filho há doze anos e outro há cinco.

S 13, que ainda apresenta depressão grave, assim se refere aos efeitos, após a morte do irmão, ocorrida há 4 anos: “depois que ele morreu, a família toda entrou em depressão, eu fiquei um ano em depressão, não comia, não saía, ia trabalhar sem vontade de nada” (SIC). Esta paciente sofreu outras mortes recentes.

S18 faz referência ao acontecido após a morte de um filho de acidente de carro: “depois disso mudou muita coisa, freqüentava o grupo de terceira idade, tinha atividade física, bingo, bailes, abandonei tudo, acho que me deu depressão, não queria aceitar que ele morreu, desde então não tenho paciência nem de escutar televisão, por qualquer coisa começo a discutir, muita canseira e sono, canseira geral” (SIC)

S 8 também relata que sente falta de familiares falecidos.

Como conseqüências destas perdas de difícil elaboração, quando o luto não é realizado, do ponto de vista psíquico surgem os estados depressivos, ao passo que do ponto de vista orgânico, emergem eventos cardíacos. Também é muito interessante as descrições destes sujeitos dos estados depressivos.

S 42, demonstra a falta que sente do filho falecido há 12 anos, quem parece ser o preferido, trabalhador, ajudava a mãe, comparado com o outro falecido há 5 anos, alcoolista. Demonstra a necessidade de procurar o perdido, a vontade de reencontrar, que pode levar até à alucinação. Esta paciente relata que deu um abraço numa pessoa que entrou na enfermaria, porque parecia o filho dela, “parecia que ele veio me visitar”, esta significação pode ser uma forma de aplacar a dor da perda.

#### SENTIMENTO DE VAZIO:

Este descritor é apontado por Horowitz et al (1997) como integrando a série de sintomas do luto. Perdas e separações, dependendo da relação com o perdido, produzem efeitos de vazio.

S 23 relata a morte do companheiro há cinco anos e diz: “desde que perdi ele, minha vida foi perdendo o sentido, foi ficando vazia” (SIC).

S 1 conta que ficou deprimida depois da morte do marido e diz “a vida ficou vazia” (SIC).

#### CHORO FÁCIL:

Além dos já citados: tristeza, sentimento de culpa, sentimento de vazio, pode-se ilustrar e tecer comentários sobre o descritor choro fácil.

S10, homem que apresenta depressão moderada a grave, relata: “choro mais agora do que costumava”, a partir da morte da mãe, ocorrida há 17 anos. Observa-se aqui que o tempo de ocorrência destes eventos, para o psíquico é atual, visto que o inconsciente é atemporal (Freud, 1914).

S12 não consegue falar da filha que morreu há mais de 22 anos, sem lágrimas nos olhos.

### 7.3 – CONCLUSÕES DA ANÁLISE QUALITATIVA

Estes exemplos vêm demonstrar que a categoria “vivência de perdas” está muito presente nestes pacientes internados, devido à doença arterial coronariana. Independentemente do período em que se encontram em estado de luto, isto é, seja devido a perda ocorrida há 1 ou 2 anos, até há mais de 10 anos. O tempo não que dizer muito, principalmente quando se trata de dificuldades para elaboração da perda e realização do luto.

Todos estes quinze casos apresentam estado de luto e de depressão, o que vem confirmar outra hipótese desta pesquisa, a associação entre luto e depressão. Fica explícita tal relação, os estados manifestos de depressão, como sendo reação psicológica manifesta no curso de vivência de perdas,

efeito psíquico manifesto decorrente do processo do luto, aspecto psicodinâmico de elaboração da perda. A depressão se manifesta no decorrer do processo do luto tido como normal ou não. A sintomatologia do luto não se diferencia da sintomatologia da depressão, ficando estabelecida a relação entre a “vivência de perdas”, evento significativo, o processo do luto e a depressão.

Do ponto de vista assistencial a investigação de eventos significativos como método de pesquisa, também se presta à avaliação e acompanhamento sistemático de aspectos psicológicos. Neste sentido que a investigação clínica e o tratamento podem coincidir na clínica da escuta, campo da psicanálise (Freud, 1912).

A verbalização de temas referentes a eventos significativos do curso da história de vida, além de possibilitar a elaboração de vivência de perdas também pode explicitar fatores psicológicos predisponentes à manifestação da doença arterial coronariana, como o estado de luto e sua relação com os estados de depressão, que a literatura apresenta como associada com doenças cardiovasculares.

## *8. Conclusões*

## 8 – CONCLUSÕES

- Esta pesquisa demonstra a implicação da subjetividade através da vivência de perdas e o conseqüente estado de luto, existente em 65,9% dos participantes

- A morte de familiar, 47% e de pessoa próxima, 13%, que perfaz o total de 60%, foram os eventos significativos mais freqüentes, relatados por 84,2% dos participantes

- Este estudo destaca a relação interdependente entre o estado de luto, enquanto aspecto psicodinâmico, com os estados de depressão, como dois âmbitos distintos que integram um mesmo fenômeno, a vivência de perdas. Nem todos que se encontram em estado de luto manifestam depressão, mas aqueles que manifestam depressão grave apresentam estado de luto.

- Existe prevalência do estado de luto e dos estados de depressão em mulheres em relação aos homens

## *9. Considerações finais*

## 9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 9.1 – FATORES DE RISCO PARA DAC

Da Luz e Favarato (2003) consideram fatores maiores aqueles que têm relação causal e independente no risco de desenvolver doença, são eles: hipercolesterolemia, aumento de LDL-colesterol, tabagismo, diminuição dos níveis HDL – colesterol, o diabetes melito, o envelhecimento e a obesidade. Referem-se a estes fatores por terem sido avaliados no estudo Framingham, endossados pela American Heart Association e pelas associações médicas em todo o mundo. Acrescentam os fatores genéticos, história familiar da doença coronária precoce, obesidade abdominal, fatores étnicos; sedentarismo e fatores psicossociais como fatores predisponentes, isto é, que aumentam a incidência da doença cardiovascular. Assim, os aspectos psicológicos correspondem aos psicossociais, vêm sendo considerados fatores predisponentes.

Carvalho Filho (2004), a partir do fato de que os considerados fatores tradicionais de risco para aterosclerose, não seriam responsáveis por muitos casos de arteriopatas, segundo o autor, isto tem estimulado o interesse sobre outros fatores que têm sido citados mais recentemente, como homocisteína, lipo-proteína, fibrinogênio, estresse oxidativo, inflamação e depressão. Comenta que tal qual estes fatores, a depressão, embora associada ao risco de aterosclerose, sua real importância é motivo de discussão e ainda necessita ser definida.

Da Luz e Vint (2003) também apontam para o interesse sobre o estresse mental através do questionamento sobre até que ponto pode influenciar a circulação coronária, agindo através do endotélio, do ponto de vista da fisiopatologia. Do ponto de vista clínico, consideram que o efeito de intervenções, farmacológicas e outras, sobre a disfunção endotelial ainda não está esclarecida.

Segundo Perez et al (2005), a depressão tem uma complexa relação com a DAC. Evidências apontam-na como fator de risco e, também como fator influente na morbidade, na mortalidade e na qualidade de vida do paciente com DAC. Consideram que a depressão comporta-se como fator de risco isolado para o desenvolvimento da DAC, mas freqüentemente está associada a outros marcadores de risco.

Pode-se concluir que apesar da literatura apontar a relação entre depressão e doença coronariana, os mecanismos implicados ainda não estão explícitos de forma definitiva, devem ser melhor esclarecidos quanto á concepção, diagnóstico, terapêutica e importância em relação à DAC.

De modo geral os aspectos psicológicos e a subjetividade, estão associados e são considerados como predisponentes à doença arterial coronariana, mas estão pouco incluídos e documentados, apesar de muito implicados.

Considera-se a depressão, como reação psicológica decorrente do estado de luto.

## 9.2 – VIVÊNCIA DE PERDAS: LUTO, DEPRESSÃO E PROCESSOS INFLAMATÓRIOS

Diante do fato da aterosclerose estar sendo compreendida e estudada como um processo dinâmico e progressivo oriundo da disfunção endotelial e da inflamação, a depressão se destaca como fator de risco e marcador desta doença, devido à relação infecção – inflamação – aterosclerose. Entende-se que a depressão tem relação com o sistema auto-imune e o processo inflamatório, podendo ainda interferir em outros fatores de risco, tidos como hábitos de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação.

De vários autores que consideram a disfunção endotelial associada aos processos inflamatórios, destaca-se Strike e Steptoe (2004), que situam a inflamação como processo mediador entre a depressão e a aterosclerose.

Holmes et al (2006) atribuem à depressão, influência no processo imune inflamatório dentre outros que alteram a função endotelial.

Serrano Jr (2006), considera que a inflamação exerce papel importante na fisiopatologia do vaso, sendo que a resposta inflamatória vascular é desencadeada por fatores de risco que induzem a disfunção endotelial.

## 9.3 – VIVÊNCIA DE PERDAS: LUTO, DEPRESSÃO E ABORDAGEM CLÍNICA

Dentre tantos aspectos psicológicos que podem estar associados com a manifestação da doença arterial coronariana, pelo fato da literatura considerar os eventos cardiovasculares associados com estados de depressão, estes são aqui destacados e compreendidos como interdependentes do estado de luto.

Esta pesquisa demonstra uma associação entre luto e depressão, dois âmbitos de um único fenômeno, sendo o luto de ordem psicodinâmica e a depressão, expressão do luto através de sintomas observáveis e manifestos. Isto se confirma através da relação de significância estatística entre os estados de luto e de depressão.

Os dados aqui apresentados justificam a importância de se investigar a categoria “vivência de perdas”, eventos significativos, o estado de luto e a relação com depressão, entendendo-se que esta é um dos fatores associados com as manifestações da doença arterial coronariana, sendo reação decorrente do processo do luto, de uma “vivência de perdas”, desencadeada por um ou mais eventos significativos.

A implicação prática desta pesquisa se dá com a proposta de abordagem da subjetividade. Apresenta-se um método voltado para o diagnóstico e o tratamento dos estados depressivos, do ponto de vista da psicologia, como alternativo ou concomitante à terapêutica medicamentosa. Se a depressão pode se situar como fator predisponente ou marcador da doença arterial coronariana, a associação com o estado de luto, pode facilitar o diagnóstico e a abordagem voltados para aspectos psicológicos implicados, a subjetividade e os estados depressivos.

Este estudo apesar de apresentar como limitação a inexistência de escala ou inventário nacional, validados para avaliação do estado de luto, traz uma contribuição para a abordagem, diagnóstico e prevenção de um dos fatores psicológicos, que a literatura apresenta como predisponente à manifestação da doença arterial coronariana, denominado depressão.

## *10. Referências bibliográficas*

## 10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *Essencial guide to depression*. 1998. Site: [www.healthatoz.com](http://www.healthatoz.com)**

**BLEGER, J. *Psicologia da conduta*. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre.1984.**

**BOELEN, P.A. BOUT, van den J. *Complicated grief, depression and anxiety as distinct postloss syndrome: a confirmatory factor analysis study*. AM . J. PSYCHIATRY 162: 11, NOV.2005**

**BOWLBY, J. *PERDA-TRISTEZA E DEPRESSÃO*. VOL.3. ED. MARTINS FONTES.S.P. 1985**

**BRAUNWALD, E. ANTMAN, E.M..Cap. 37. *Infarto agudo do Miocárdio*. In: BRAUNWALD, E. *Tratado de medicina cardiovascular* Ed. Roca Ltda. S.P.1999**

**BROMBERG, M.H.P.F. *A psicoterapia em situações de perdas e lutos*. Ed. Livro Pleno. Campinas: SP; 2000**

**BROMBERG, M.H.P.F. KOVÁCS, M.J. CARVALHO, M.M.M.J. CARVALHO, V.A. *Vida e morte : laços de existência*. Casa do Psicólogo. São Paulo.1996.**

**CABAS, A.G. *Elogio da Depressão*. Anais do VII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano, “As novas formas do Sintoma”. S.P. abril 1997**

**CARNEY, R. M. FREEDLAND, K.E. *Depression and medical illness*. Cap. 9 In: Berkman, L.F. & Kawachi, I. Social Epidemiology. Oxford Univ. Press, Oxford,2000.**

**CARVALHO FILHO, E. T. de. *Fatores emergentes de risco da aterosclerose*. Ver. Soc. Brás. Clínica Médica; 2(5); 129-138, set-dez.2004**

**CARVALHO, M.H.C. FORTES, Z.B. PASSAGLIA, R.C.A.T. NIGRO, D. Cap.2: *Funções normais do endotélio- uma visão geral*. In: DA LUZ,**

P. L. FAVARATO, D. *Doença coronária crônica*. Ed. Atheneu. S.P.2003

CASARETT, D. KUTNER, J.S. ABRAHM, J. *A vida após a morte: uma abordagem prática sobre a dor da perda e o luto*. Annual Inter Méd 2001; 134: 208-15. Correios da SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. Ano 9. Abr/maio/junho 2003

CATALDO NETO, A.; MAJOLA, R.R. *O luto normal, o luto patológico e o médico*. Rev.Med. PUCRS. Porto Alegre. Vol.7 N.º 1. jan/mar.1997

CHEMAMA, R. *Dicionário de Psicanálise*. Artes Médicas: Porto Alegre; 1995.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTOS DA CID-10. *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. OMS. Artes Médicas. Porto Alegre, 1993.

CLEMENS, N.A. *Deconstructing depression*. Journal of Psychiatric Practice. Vol.13.Nº 2. March 2007

CYMROT, P. *Elaboração psíquica teoria e clínica psicanalítica*. Ed. Escuta. 3ª Ed.São Paulo. 2003

DA LUZ, P.L. FAVARATO, D. *A disfunção endotelial como índice prognóstico e alvo terapêutico*. In: Cap. 15. In: DA LUZ, P.L., LAURINDO, F.R.M. CHAGAS, A.C.P. *Endotélio e doenças cardiovasculares*. Ed. Atheneu. S.P. 2003

DA LUZ, P.L. VINT, S. Cap. 10: *Endotélio na aterosclerose: interações celulares e vasomotricidade*. In: DA LUZ, P.L., LAURINDO, F.R.M. CHAGAS, A.C.P. *Endotélio e doenças cardiovasculares*. Ed. Atheneu. S.P. 2003

DEL PORTO, J. A. *Conceito e diagnóstico de depressão*. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 21. Supl 1, p. 06-11. Maio 1999

DIAS, M.M. *Caderno do seminário: neurose e depressão*. Lições de I a V. Programa de transtornos afetivos . Instituto de Psiquiatria de Campinas. 2003

**FARINHA, S. *A depressão na atualidade – um estudo psicanalítico.*** Dissertação de Mestrado. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.2005

**FAVARATO, M.E.C.S. ALDRIGHI, J.M. FRÁGUAS JR, R. PIRES, A.L.R. LIMA, S.M.R.R. *Sexualidade e climatério: influência de fatores biológico, psicológicos e sócio-culturais.*** Reprodução e Climatério. Vol.15. N.º4. 2000

**FLECK, M.P.A. et al. *Diretrizes para o tratamento da depressão.*** Revista Brás. Psiq. 25(2):114-22.2003

**FORD, D.E. MEAD, L.A. CHANG, P.P. COOPER-PATRICK, L. et al. *Depression is a risk factor for coronary artery disease in men.*** Arch Intern Med. Vol.158. 1998

**FRÁGUAS JR, R. *Diagnóstico e suas dimensões.*** In: FRÁGUAS JR, R. MELEIRO, AMAS. SOINELLI, MA. ASSUNOÇÃO JR, F B. *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica das depressões.* Departamento de Psiquiatria da FMUSP. SP. 1993

**FRÁGUAS JR, R. *Depressão no contexto médico.*** In: LAFER, B. ALMEIDA, O.P. FRÁGUAS JR, R. MIGUEL, E. *Depressão no ciclo da vida.* ARTMED. Porto Alegre. 2000

**FRANCO, M, H. P. *Estudos avançados sobre o luto.*** Livro Pleno. São Paulo.2002

**FRANCO, M.H.P. *Atendimento psicológico para emergências em aviação: a teoria revista na prática.*** Estudos de Psicologia. Vol.10. N.º 2. Natal.2005. p177-180

**FREUD, S . *Mal Estar na Civilização*** (1930) Imago Rio de Janeiro Vol. XXI 1980

**FREUD, S. *Obras completas de Sigmund Freud.*** Ed. DELTA. S. A.

\_\_\_\_\_ *Introdução ao Narcisismo* (1914) Vol 7

\_\_\_\_\_ *Recordar, Repetir, Elaborar* (1914) Vol 10

\_\_\_\_\_ ***Os Instintos e seus Destinos*** (1915) Vol 8

\_\_\_\_\_ ***A Tristeza e a Melancolia*** (1916) . Vol. 8

\_\_\_\_\_ ***Psicologia das massas e análise do eu*** (1921) Vol 9

\_\_\_\_\_ ***Inibição, Sintoma e Angústia*** (1925) . Vol. 9

**GHIADONI, L. DONALD, A.E. CROPLEY, M. MULLEN, M.J.OAKLEY,G. TAYLOR, M. STEPTOE, A. et al. *Mental stress induces transient endothelial dysfunction in humans.*** Circulation. 102:2473-2478.2000

**GLASS. M.R. *Is grief a disease? Sometimes.*** JAMA. Journal American Medical Association. 2005. Vol 239.N.º 21

**GLASSMAN, A. H. SHAPIRO, P.A. *Depression and the course of coronary artery disease.*** American Journal of Psychiatry. 155:1, January.1998.

**GORENSTEIN, C. ANDRADE, L. *Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português.*** Revista Psiq. Clínica. 25(5). Edição Especial. 245-250.1998

**GORENSTEIN, C. ZUARDI, A. W. ANDRADE, L..H.S. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.*** Lemos Editorial. Porto Alegre.2000

**GAZALLE, F.K. *Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil.*** Revista de Saúde Pública, N.º 38, fascículo N.º 3, da FMUSP

**GRIPPO, A.J. JOHNSON, A.K. *Biological mechanisms in the relationship between depression and heart disease.*** Pergamon Neuroscience and Biobehavioral Reviews 26 – 2001 – 941-962.

**HAMMEN, C. *Stress and depression.*** Annual Rev. Clin. Psychol. 2005. 1: 293 – 319.

**HERRMANN, F.** *Psicologia: Doença e Destino*. Revista de Psicologia Hospitalar. 5 (1): 17-22, 1995.

**HOLMES, S.D. KRANTZ, D.S. ROGERS, H. GOTTDIENER, J. CONTRADA, R. J.** *Mental stress and coronary artery disease: a multidisciplinary guide*. Progress in Cardiovascular Disease. Vol.49. N.2. Sep. – Oct. 2006. pp 106-122.

**HOROWITZ, M.J.; SIEGEL, B.; HOLEN, A.; BONANNO, G.A.; MILBRATH, C.; STINSON, C.H.;** *Diagnostic criteria for complicated grief disorder*. American Journal of Psychiatry 154:7. July 1997

**JERUSALINSKY, A.** *Quem é o culpado de nossas perdas? Desmistificação da depressão*. In: *Os nomes da tristeza*. Associação Psicanalítica de Porto Alegre. N.º 21. Dezembro 2001.

**JOCA, S. R. L. PADOVAN, C. M. GUIMARÃES. F, S.** *Estresse, depressão e hipocampo*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2003, 25. (Supl II): 46-51.

**JULIAN, D. G. COWAN, C.J.** *Cardiologia*. Cap.7. *Cardiopatia coronariana: manifestações clínicas*. Ed. Santos. S.P. 1996

**JURKIEWICZ, R.** *Psicologia Clínica e Saúde*. Psicologia Argumento. Vol.21.Nº 34. Ed. Champagnat. Curitiba. Out. 2003

**JURKIEWICZ, R.** *Perdas significativas narradas no pré-operatório de cirurgias cardíacas*. Revista da SBPH, Vol.6 (2): 41-44, Dezembro,2003

**KAPLAN, H.I. SADOCK. B. J.** *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

**KOVÁCS, M.J.** *Morte, separação, perdas e o processo de luto*. In: **KOVACS, M.J.** *Morte e desenvolvimento humano*. Casa do Psicólogo. SP.2002.

**LACAN, J.** *O Seminário. Livro 11*. Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro. 1973

**LACAN, J.O** *Seminário. Livro 10. A Angústia.* Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro. 2005

**LEMA, V.Z.** *Conversaciones con Enrique Picho-Riviere – sobre el arte y la locura* . Afectos. La tristeza. Timerman Editores. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1976

**LESPERANCE, F. FRASURE-SMITH, N. TALOJIC, M. BOURASSA, M.G.** *Five-year risk of cardiac mortality in relation to inicial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction.* Circulation. March 2002

**MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM IV** – Artes Médicas. 4° ed. Porto Alegre. 1995

**Manual de Classificação de Transtornos Mentais – CID 10 – OMS**

**MARKHAM, V.** *Luto: esclarecendo suas dúvidas.* São Paulo. Ágora, 2000.

**MASSON, J. M.** *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess. 1887 – 1904.* E. Imago. Rio de Janeiro, 1986.

**MEIRA, A.C.S.; FREITAS, N.K.** *Pra onde vai o sol quando a noite cai? Narcisismo e elaboração de luto.* Psicologia Argumento. N.º28. Curitiba. Abril 2001. p.27-34

**MELLO, A. A. F.** *Estresse e depressão.* SNC em foco. Vol. 1. N° 1. Março. 2005.

**MICHAELIS.** *Dicionário prático da língua portuguesa.* Ed. Melhoramentos. S.P. 1987

**MORAIS, N.S.** Cap. 113. *Aterosclerose coronária.* In: **PORTO, C.C.** *Doenças do coração: prevenção e tratamento.* Ed. Koogan Guanabara. Rio de Janeiro. 1998

**MORENO JR, H. MELO. S.E.S.F.C. ROCHA, J. C.** *Stress e doenças cardiovasculares.* In. Lipp, M. E. M. (Org). *Mecanismos Neurofisiológicos do Stress.* Cap. 16. Casa do Psicólogo, 2003.

**NASCIMENTO, C.A. PATRIARCA, G. HEIMANN, J.C.** Cap.1: *Estrutura orgânica do endotélio vascular*. In: **DA LUZ, P. L. LAURINDO, F.R.M.CHAGAS, A.C.P.** In: *Endotélio e doenças cardiovasculares*. Ed. Atheneu. S.P. 2003.

**NAQVI, T.Z. NAQVI, S.S.A. MERZ, N.B.** *Gender differences in the link between depression and cardiovascular disease*. Psychosomatic Medicine 67, Supplement 1:515-518.2005

**NASIO, J.D.** *O livro da dor e do amor*. Ed. Jorge Zahar. R. J. 1997

**NICOLAU, J C. RAMIRES, J A.** Cap. 120. *Infarto Agudo do Miocárdio*. In: **PORTO, C C.** *Doenças do coração: prevenção e tratamento*. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 1998

**NUNES, E.P.;** *O significado da depressão humana*. In: **FORTES, J.R.A.** et al. *Psiquiatria e Medicina Interna*. S.P. Ed. Asturias,1988

**OGRODNICZUK, J.S.; PIPER, W.E.; JOYCE,A.S.;WEIDEMAN,R.; MCCALUM, M.; AZIM, H.F.; ROSIE, J.S.;** *Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients*. The Canadian Journal of Psychiatry. Vol.48. N.º 2. March 2003.

**OLIVEIRA, M.F.P. SHAROVSKY, L.L. ISMAEL, S.M.C.** *Aspectos emocionais no paciente coronariano*. In: **OLIVEIRA, M.F.P. ISMAEL, S.M.C.** *Rumos da psicologia hospitalar em Cardiologia*. Ed. Papirus.Campinas.1995

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS –** *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*. Cap. 3 : A Resolução de Problemas de Saúde Mental

**PAES, T. G. G.** *Psicanálise e Medicina: reflexões sobre um exercício de transdisciplinaridade*. Revista da SBPH. Agosto, 1999. Volume 2. nº2. p. 42.

**PARKES, C.M.** *Luto – estudos sobre a perda na vida adulta*. Ed. Lummus.1998

**PATTON, M.Q.** *Qualitative research & evaluation methodo*. Cap.5. *Designing qualitative studies*. 3 Edition.2001

**PAUL, N. YU, M.D. A fase aguda do Infarto do miocárdio.** In: **BRAUNWALD, E. O Tratado de Medicina Cardiovascular.** Ed. Roca Ltda. SP 1999

**PENNINX, B.W.J.H. et al. Archives of General Psychiatry.** 2001. Mar.,58 (3)

**PEREIRA, A. A. M. HADDAD, N. Efeitos psicológicos do prolongamento do tempo de espera para cirurgia cardíaca.** Revis. Soc. Cardiol. Est. De. São Paulo. Vol. 12. n° 5. (Supl A) – Set/ Out 2002.

**PEREZ, G.H. NICOLAU, J.C. ROMANO, B.W. LARANJEIRA, R. Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres.** Arq Bras Cardiologia. Vol 85. N° 5. 319-325 Nov.2005.

**PICHON-RIVIÈRE, E. Uma teoria da doença.** In: **PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal.** Ed. Martins Fontes. S.P. 1986.

**PIPER, W.E.; OGRODNICZUK, J.S.; AZIM, H.F.; WEIDEMAN, R. Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric out patients.** Psychiatric Services. August. 2001. Vol.52.N.º 8

**PORTO, A L. Cap. 117. Angina estável.** In: **PORTO, C C. Doenças do Coração: prevenção e tratamento.** Ed. Guanabara Koogan S A. Rio de Janeiro. 1998

**RAIMBOULT, G. A. A criança e a morte.** Ed. Francisco Alves. Rio de Janeiro, 1979.

**RETAMAL, P.C.; COLDNER, S.C. Relacion entre duello y depression.** Revista de Psiquiatria XII/1/34-32. Chile.1995.

**REY, F L G. Pesquisa Qualitativa em Psicologia.** Ed. Thomson Pioneira. São Paulo. 2002

**RIBEIRO, A.S. RENGEL, D.H.P. Estudo comparativo sobre a ansiedade frente a cirurgia cardíaca entre pacientes coronarianos e valvopatas.** Revista da SOCESP. Vol.2. N° 1 (Supl A). São Paulo. Jan/Fev 1992.

**RODRIGUES, A. L. GASPARINI, A.C.L.F. *Uma Perspectiva Psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho.*** In: Mello Filho, J. *Psicossomática Hoje.* Ed. Artes Médicas. Porto Alegre. RS. 1992

**RODRIGUES, M.J.S.F. *O diagnóstico de depressão.*** Psicologia USP. Vol.11. N.1. S.P. 2000

**ROMANO, B. W. *Síndromes depressivas e sua relação com a cirurgia cardíaca.*** In: ROMANO, B.W. *Psicologia e Cardiologia: encontros possíveis.* Casa do Psicólogo. SP. 2001

**RUSCHEL, P. P. *Quando o Luto Adoece o Coração... Luto Não-Elaborado e Infarto.*** EDIPUC. RS. Porto Alegre. 2006

**SAVOIA, M.G. *Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping).*** Revista. Psiquiatria Clínica. 26(2). Edição Especial: 57-67.1999.

**SEGAL, H. *Introdução à Obra de Melaine Klein.*** Ed. Imago Ltda. Rio de Janeiro.1975

**SERRANO JR, C.V. FERNANDEZ, J.de L. DA LUZ, P.L. Cap.8: *Moléculas de adesão, inflamação e endotélio.*** In: DA LUZ, P. L. LAURINDO, F.R.M. CHAGAS, A.C.P. In: *Endotélio e doenças cardiovasculares.* Ed. Atheneu. S.P. 2003.

**SERRANO JR, C.V. *Editorial.*** Revista da SOCESP. Vol.16. Nº 3. 2006.

**SHEAR, K. et al. *Traumatic grief treatment: a pilot study.*** American Journal Psychiatry.158-9.September,2001.

**SHEAR, K.; SHAIR, H. *Attachment, loss, and complicated grief.*** Wiley Periodicals, Inc. Dev.Psychobiol 47: 253-267. 2005

**SILVA, M.A.D. *Quem ama não adocece.*** Ed. Best Seller; São Paulo: 1994.

**SKRIABINÉ, P. *Faltas morais chamadas depressões.*** In. O Sintoma Charlatão. Campo Freudiano no Brasil. Zahar. Ed. Rio de Janeiro. 1998.

**SOLER, C. *Um mais de melancolia.*** In: A dor de existir e duas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia. Kalimeros. Rio de Janeiro, 1987.

**SPINELLI, M.A. *Aspectos fenomenológicos das depressões.*** In: **FRÉGUAS JR, R. MELEIRO, A.M.A.S. SPINELLI, M.A. ASSUMPCÃO JR, F.B. *Psiquiatria e Psicologia no hospital geral: a clínica das depressões.*** Departamento de Psiquiatria da FMUSP. 1993

**STANSFELD, S. A. FUHRER, R. SHIPLEY, M.J. MARMOT, M.G. *Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whithall II Study.*** *International Journal of Epidemiology.* Vol. 31. 248-255.2002

**STRIKE, P. C. STEPTOE, A. *Depression, stress and the heart.*** *HEART.* VOL. 88. PP441-443. 2002

**STRIKE, P.C. STEPTOE, A. *A Psychosocial factors in the development of coronary artery disease.*** *Progress. In Cardiovascular Diseases.* Vol.6 N.º 4. PP337-347.2004.

**SULLIVAN, M.D. LA CROIX, A.Z. SPERTUS, A.J. HECHT, J. *Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease.*** *The American Journal of Cardiology.* Vol.86. November 2000

**TREVISAN, J. *Psicoterapia psicanalítica e depressão de difícil tratamento; à procura de um modelo integrador.*** *Rev. psiq. R Gde.S.* Vol. 26. N.º3. Porto Alegre. Set/dez 2004.

**TELES, M. J. S. *O que é stress.*** Coleção Primeiros Passos. Ed. Brasiliense, 1993.

## *11. Apêndice*

PSICOLOGIA CLÍNICA APLICADA À CARDIOLOGIA E CIRURGIA CARDÍACA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – COLETA DE DADOS

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:

GÊNERO:

IDADE:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

DATA DA 1º ENTREVISTA:

Nº ENTREVISTAS:

II- SOBRE A DOENÇA CARDÍACA

II.1 – DIAGNÓSTICO:

II.2 – DATA DA INTERNAÇÃO:

II.3 – UNIDADE(S) DE INTERNAÇÃO:

II.4 – QUANDO INTERNOU? POR QUÊ? ONDE?

---

---

II.5 – QUANDO SOUBE DO PROBLEMA CARDÍACO?

---

---

II.6 – ACONTECEU ALGUMA COISA DIFERENTE ANTES DE SABER DO PROBLEMA CARDÍACO?  
O QUE?

---

---

II.7 – O QUE MUDOU DEPOIS QUE SOUBE DO PROBLEMA CARDÍACO?

---

---

II.8 – QUANTAS VEZES ESTEVE INTERNADO DEVIDO AO PROBLEMA CARDÍACO? QUANDO?  
POR QUE? ONDE?

---

---

II.9 – ALGUÉM NA FAMÍLIA TEM PROBLEMA CARDÍACO?QUEM?O QUE?

---

---

III – SITUAÇÃO ATUAL

III.1 – TEM ALGO QUE O PREOCUPA?           SIM           NÃO

III.2 – O QUE?

---

---

III.3 – DESDE QUANDO?

---

---

III.4 – REAÇÃO PSICOLÓGICA MANIFESTA

DEPRESSÃO

LUTO NÃO ELABORADO

OUTRAS

O QUE \_\_\_\_\_

III.5 – INDICADORES DE LUTO NÃO ELABORADO

CHORO FÁCIL

VAZIO

CULPA

TRISTEZA

ISOLAMENTO

PERDA DO INTERESSE

INIBIÇÃO

SENTE FALTA

IV – PERDAS SIGNIFICATIVAS

IV.1 – ACONTECERAM PERDAS SIGNIFICATIVAS – QUE MUDARAM SUA VIDA?

SIM

NÃO

QUANDO? \_\_\_\_\_

O QUE? \_\_\_\_\_

IV.2 – QUAL A QUE MAIS AFETOU?

---

---

## V – EVENTOS SIGNIFICATIVOS

### V.1 – RELAÇÃO DE EVENTOS SIGNIFICATIVOS

- \_ 1 – morte de familiar
  - \_ 1.a – quando
  - \_ 1.b – quem
  - \_ 1.c – quantos
  
- \_ 2 – separação de familiar
  - \_ 2.a – quando
  - \_ 2.b – quem
  - \_ 2.c – quantos
  
- \_ 3 – doença da pp pessoa
  - \_ 3.a – o que
  - \_ 3.b – quando
  
- \_ 4 – doença da família
  - \_ 4.a – quando
  - \_ 4.b – quem
  - \_ 4.c – o que
  
- \_ 5 – cirurgia da pp pessoa
  - \_ 5.a – quando
  - \_ 5.b – do que
  
- \_ 6 – cirurgia de familiar
  - \_ 6.a – quando
  - \_ 6.b – quem
  - \_ 6.c – do que
  
- \_ 7 – acidente pp pessoa
  - \_ 7.a – quando
  - \_ 7.b – o que
  
- \_ 8 – acidente de familiar
  - \_ 8.a – quando
  - \_ 8.b – quem
  - \_ 8.c – o que
  
- \_ 9 – aposentadoria
  - \_ 9.a – quando
  - \_ 9.b – por que
  
- \_ 10 – prejuízo financeiro
  - \_ 10.a – quando
  - \_ 10.b – o que
  
- \_ 11 – mudança de trabalho
  - \_ 11.a – quando
  - \_ 11.b – o que
  - \_ 11.c – por que

- \_ 12 – outros
- \_ 12.a – quando
- \_ 12.b – o que

V.2 – QUAL O QUE MAIS AFETOU?

---

---

#### VI – OUTROS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

##### VI.1 – HÁBITOS DE VIDA

- \_ TABAGISMO
- \_ ALCOOLISMO
- \_ SEDENTARISMO

##### VI.2 – DOENÇAS

- \_ HIPERTENSÃO
- \_ DIABETE
- \_ HIPERCOLESTEROLEMIA

##### VI.3 – OUTRAS DOENÇAS

- \_ SIM
- \_ NÃO

O QUE? \_\_\_\_\_

#### VII – RESULTADO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO E REAJUSTAMENTO SOCIAL DE HOLMES E RAHE (1967)

- \_ MODERADA (150 – 199) – 37% PROBABILIDADE DE TER PROBLEMAS DE SAÚDE
- \_ MÉDIA (200 – 299) – 51% PROBABILIDADE DE TER PROBLEMAS DE SAÚDE
- \_ SEVERA (DE 300 A MAIS) – 79% PROBABILIDADE DE TER PROBLEMAS DE SAÚDE

NÚMERO DE PONTOS:

#### VIII – RESULTADO INVENTÁRIO DE BECK

- \_ < 10 – SEM DEPRESSÃO
- \_ 10 – 18 – DEPRESSÃO LEVE A MODERADA
- \_ 19 – 29 – DEPRESSÃO MODERADA A GRAVE
- \_ 30 – 63 – DEPRESSÃO GRAVE

NÚMERO DE PONTOS:

RESPONSÁVEL:

PSIC. RACHEL JURKIEWICZ

CRP 08/0209

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. O senhor(a) que tem uma doença ou problema cardíaco, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: VIVÊNCIA DE PERDAS E DEPRESSÃO EM CARDIOLOGIA. É através das pesquisas que ocorrem os avanços da ciência, sendo assim, a sua participação é de fundamental importância.
2. O senhor(a) irá se submeter á algumas entrevistas com o psicólogo responsável ou um colaborador da pesquisa, sendo esta, uma rotina de assistência psicológica á pacientes internados.
3. O objetivo desta pesquisa é identificar eventos significativos de sua vida, ajudá-lo a elaborar estes fatos. Aplicar inventários, que irão fornecer resultados para diagnóstico na área de Psicologia
4. A sua participação neste estudo é voluntária. O senhor(a) tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Este fato não implicará na interrupção de seu atendimento.
5. As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos psicólogos que executam a pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicações, isto será sob forma codificada, para que a confiabilidade seja mantida.
6. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que qualquer problema decorrente do estudo, será tratado pelo próprio HC.
7. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi me deixou informado quanto a minha liberdade para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão influencie em meu tratamento médico.

Eu concordo participar voluntariamente desta pesquisa.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Data  
Assinatura do paciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do pesquisador \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Beck Depression Inventory – BDI (Beck et al.1961) – versão revisada (Beck et al, 1979)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1.     0 Não me sinto triste  
       1 Eu me sinto triste  
       2 Estou sempre triste e não consigo sair disto  
       3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
  
2.     0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro  
       1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro  
       2 Acho que nada tenho a esperar  
       3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
  
3.     0 Não me sinto um fracasso  
       1 Acho que fracassei mais que uma pessoa comum  
       2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos  
       3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes
  - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes
  - 2 Não encontro um prazer real em mais nada
  - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo
  
5. 0 Não me sinto especialmente culpado
  - 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo
  - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo
  - 3 Eu me sinto sempre culpado
  
6. 0 Não acho que esteja sendo punido
  - 1 Acho que posso ser punido
  - 2 Creio que serei punido
  - 3 Acho que estou sendo punido
  
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo
  - 1 Estou decepcionado comigo mesmo
  - 2 Estou enojado de mim
  - 3 Eu me odeio
  
8. 0 Não me sinto de qualquer modo, pior que os outros
  - 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
  - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas
  - 3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria

2 Gostaria de me matar

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade

10. 0 Não choro mais do que o habitual

1 Choro mais agora do que costumava

2 Agora choro o tempo todo

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui

1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo

3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar

12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas

1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas

3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas

13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava

2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes

3 Não consigo mais tomar decisões

14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser

1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos

2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos

3 Acredito que pareço feio

15. 0 posso trabalhar tão bem quanto antes

1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa

3 Não consigo mais fazer trabalho algum

16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual

1 Não durmo tão bem quanto costumava

2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava

2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser

2 Meu apetite está muito pior agora

3 Não tenho mais nenhum apetite

19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente

1 Perdi mais de dois quilos e meio

2 Perdi mais de cinco quilos

3 Perdi mais de sete quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos Sim( ) Não ( )

20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual

1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar

2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente

3 Perdi completamente o interesse por sexo

## ESCALA DE AVALIAÇÃO E REAJUSTAMENTO SOCIAL DE HOLMES E RAHE (1967)

### ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL

Assinale os eventos que ocorreram no último ano

<b>EVENTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
1. morte do conjugue	100
2. divórcio	73
3. separação do casal	65
4. prisão	63
5. morte de alguém da família	63
6. acidentes ou doenças	53
7. casamento	50
8. perda do emprego	47
9. reconciliação com o cônjuge	45
10. aposentadoria	45
11. doença de alguém da família	43
12. gravidez	40
13. dificuldades sexuais	39
14. nascimento de criança na família	39
15. mudança no trabalho	39
16. mudança na sua condição financeira	38
17. morte de um amigo íntimo	37
18. mudança na linha de trabalho	36
19. mudança na freqüência de brigas com o cônjuge	35
20. compra de casa de valor alto	31
21. término de pagamento de empréstimo	30
22. mudança de responsabilidade no trabalho	29
23. saída de filho(a) de casa	29
24. dificuldade com a polícia	29
25. reconhecimento de feito profissional de realce	28
26. cônjuge começou ou parou de trabalhar	26
27. começo ou abandono dos estudos	26
28. acréscimo ou diminuição de pessoas morando na casa	25

29. mudança de hábitos pessoais	24
30. dificuldade com o chefe	23
31. mudança no horário de trabalho	20
32. mudança de residência	20
33. mudança de escola	19
34. mudança de atividades recreativas	19
35. mudança de atividades religiosas	18
36. mudanças de atividades sociais	17
37. compra a crédito de valor médio	16
38. mudanças nos hábitos de dormir	15
39. mudança na frequência de reuniões familiares	15
40. mudança nos hábitos de alimentação	13
41. férias	12
42. Natal	12
43. recebimento de multas ao cometer pequenas infrações	11

NOTA OBTIDA	PROBABILIDADE DE TER PROBLEMAS DE SAÚDE
Moderada (150-119)	37%
Média (200-299)	51%
Severa (de 300 a mais)	79%

Traduzido por Lipp (1984) do original de Holmes & Rahe (1967)

Rev. Psiq. Clin 26 (2) Edição Especial: 57-67.1999.

*“De tudo ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos começando,  
A certeza de que é preciso continuar e  
A certeza de que podemos ser  
interrompidos antes de terminar.  
Fazer da interrupção um caminho novo,  
Fazer da queda um passo de dança,  
Do medo uma escola,  
Do sonho uma ponte,  
Da procura um encontro,  
E assim terá valido a pena existir!”.*

*Fernando Sabino*