UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ANDREA CRISTINA BOLDRIM PINTO GOMES

**ESTUDO DESCRITIVO E COMPREENSIVO DA CAPACIDADE
ADAPTATIVA DE PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS AO IMPLANTE
DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL**

SÃO PAULO
2014

ANDREA CRISTINA BOLDRIM PINTO GOMES

**ESTUDO DESCRITIVO E COMPREENSIVO DA CAPACIDADE
ADAPTATIVA DE PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS AO IMPLANTE
DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL**

(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Departamento de
Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como requisito para a
obtenção do título de Mestre em Psicologia
Clínica.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues

SÃO PAULO
2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Gomes, Andrea Cristina Boldrim Pinto.

Estudo descritivo e compreensivo da capacidade adaptativa de pacientes adultos submetidos ao implante de cardioversor desfibrilador implantável / Andrea Cristina Boldrim Pinto Gomes; orientador Avelino Luiz Rodrigues. -- São Paulo, 2014.

143 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Desfibriladores Implantáveis (CDI) 2. Psicanálise 3. Medicina Psicossomática 4. Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Revisada (EDAO-R) I. Título.

RA974

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Andrea Cristina Boldrim Pinto Gomes

Título: Estudo descritivo e compreensivo da capacidade adaptativa de pacientes adultos submetidos ao implante de cardioversor desfibrilador implantável.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Ao meu amado filho Lucas, que dá sentido à
minha vida e me inunda com seu amor puro e
transformador*

*Ao meu amor, Luiz Claudio, que é sempre meu
companheiro e maior incentivador em todas as
minhas escolhas*

*À minha querida mãe, Christina, por ter me
ensinado que a determinação é o início de tudo*

“Era ainda jovem demais para saber que a memória do coração elimina as más lembranças e enaltece as boas, e que graças a esse artifício conseguimos suportar o passado.”

O Amor nos Tempos do Cólera
Gabriel García Márquez

“A vida não é a que a gente viveu, e sim a que a gente recorda, e como recorda para contá-la.”

Viver para Contar
Gabriel García Marquez

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues, que me acolheu desde o nosso primeiro encontro e me mostrou que meu desejo era possível. Me incentivou nos momentos mais difíceis e não mediu esforços para estar ao meu lado mesmo em momentos decisivos de sua vida.

Ao Prof. Dr. Martino Martinelli Filho, que acreditou em minha capacidade e me ofereceu a oportunidade de conhecer mais profundamente os pacientes desse estudo. Agradeço por suas contribuições fundamentais na qualificação, que possibilitaram a realização desse trabalho.

À Profª Drª Maria Livia Tourinho Moretto, por ser fonte de inspiração no campo da Psicologia da Saúde, mostrando que a interlocução entre a medicina e a psicologia não só é possível, como imprescindível. Pela generosidade em compartilhar seu conhecimento e sua experiência clínica com tanto desprendimento, em sala de aula e no momento de minha qualificação.

À Profª Drª Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues, por sua generosidade e disposição em ajudar sempre. Por cuidar de nós, orientandos do Prof. Avelino, como se fôssemos de sua família.

Ao meu amor, Luiz Claudio, e ao meu filho amado, Lucas, por compreenderem minha ausência e me apoiarem incondicionalmente. Por acreditarem nos meus sonhos e por dividirem suas vidas comigo. Por estarmos juntos nos bons e nos maus momentos e por me mostrarem que a felicidade reside na simplicidade.

Aos meus familiares, em especial minha mãe Christina e meu padrasto Jurandir, por torcerem pelo meu sucesso e por me substituírem com tanto amor nos momentos de ausência. Obrigada mãe, por me transmitir valores que me tornaram quem sou.

À minha amiga de jornada, Gabriela Vaz, que me ofereceu seu afeto e seu acolhimento antes mesmo que eu percebesse que precisava. Obrigada por dividir seus conhecimentos comigo e contribuir ativamente para a concretização desse desejo.

À minha amiga Lilian Sharovsky, por seu incentivo e apoio e por apontar o que precisa ser corrigido como só os amigos são capazes de fazer.

À minha amiga Nathalia Seehagen, por sua generosidade e desprendimento e por tratar minha angústia como prioridade num momento tão decisivo.

Às colegas Ana Luisa Zanetti, Luana Freitas e Mariana Quinconzes, por compartilharmos a semente motivadora desse trabalho em nossa especialização.

À querida professora Maria Rita Vieira, por sua generosidade e comprometimento e por estar ao meu lado desde o meu ingresso na Pós-Graduação. Obrigada por traduzir o resumo dessa dissertação e oferecê-lo como um presente que coroa nosso vínculo de afeto.

À Prof^ª Dr^ª Claudia Vieira e Prof^ª Dr^ª Kayoko Yamamoto, pela importante contribuição na supervisão dos casos clínicos desse trabalho.

Aos meus amigos, que torceram, vibraram e incentivaram cada etapa desse feliz trabalho. Obrigada por compreenderem minha ausência e meus assuntos monotemáticos.

À Arlete, meu braço direito e quem ajudou a cuidar da minha casa e da minha família quando eu só podia cuidar da realização desse desejo.

Aos meus companheiros do Laboratório de Pesquisa SuCor - USP, por me inspirarem e por me incentivarem em nossos encontros formais e informais.

A todos da secretaria da Pós-Graduação, por estarem sempre disponíveis diante de minhas dúvidas, em especial à querida Claudinha.

À equipe da Biblioteca do IPUSP, por estarem disponíveis em todos os momentos necessários e por serem tão atenciosos com as inquietações de nós, alunos.

À equipe da Unidade Clínica de Estimulação Cardíaca Artificial do Incor – Instituto do Coração - HCFMUSP, por todas as contribuições necessárias no decorrer desse estudo.

A todos aqueles que participaram direta ou indiretamente da realização desse trabalho.

Aos pacientes desse estudo, portadores desse emblemático dispositivo, por compartilharem com imenso desprendimento seus sentimentos mais profundos e intensos.

GOMES, A. C. B. P. Estudo descritivo e compreensivo da capacidade adaptativa de pacientes adultos submetidos ao implante de cardioversor desfibrilador implantável. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014.

RESUMO

O cardioversor-desfibrilador implantável (CDI) é um dispositivo eletrônico utilizado no tratamento de pacientes com episódios ou risco de parada cardíaca. Tem a capacidade do monitoramento contínuo do ritmo cardíaco para o reconhecimento de arritmias fatais e o consequente disparo de choques para revertê-las. Esses choques elétricos são classificados como apropriados quando o disparo ocorre em decorrência de arritmia potencialmente fatal, ou inapropriados quando o CDI dispara o choque em função de interpretação incorreta dos batimentos cardíacos. Em geral, ocorrem com o paciente consciente provocando desconforto inesperado, geralmente de forte intensidade. A maneira como o paciente vivencia tais acontecimentos, suas reações e sua capacidade de enfrentamento diante de situações inesperadas influenciam de forma relevante sua adaptação à doença e ao CDI. Além disso, o dispositivo é um objeto estranho alojado dentro do corpo, que remete a falha no funcionamento cardíaco, podendo despertar sentimentos ambivalentes e dificuldade de elaboração. Assim, o principal objetivo desse estudo foi descrever e compreender como os pacientes entrevistados vivenciaram e se adaptaram ao implante do CDI a partir das quatro variáveis possíveis relacionadas ao funcionamento do dispositivo: ausência de choques, presença de choques apropriados, presença de choques inapropriados e presença de choques mistos (apropriados e inapropriados). Para tanto, foi utilizado o método clínico-qualitativo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 4 pacientes submetidos ao implante de CDI que representam cada uma das variáveis. Os critérios de inclusão foram pacientes do sexo masculino, com cardiopatia isquêmica prévia, implante do CDI como prevenção primária ou secundária de morte súbita cardíaca (MSC), idade entre 50 e 70 anos e dispositivo implantado há, pelo menos, dois anos. Todos os pacientes foram selecionados no ambulatório da Unidade Clínica de Estimulação Cardíaca Artificial do Instituto do Coração – HC-FMUSP (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Os dados foram analisados a partir do referencial Psicossomático e Psicanalítico Freudiano e categorizados posteriormente pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Revisada (EDAO-R). Os resultados demonstraram que a adaptação, segundo o conceito utilizado, ao impacto do CDI e do choque está diretamente ligada ao impacto do IAM e do adoecimento como um todo, e as reações dos pacientes diante dos diferentes episódios parecem análogas evidenciando que só é possível compreender as repercussões psíquicas relativas ao CDI a partir da compreensão das repercussões causadas pela doença que levou o paciente a ter o dispositivo implantado. Um paciente demonstrou estar adaptado ao adoecimento e ao CDI, embora não tenha vivenciado episódios de choque, e os outros três pacientes demonstraram estar em processo de adaptação, vivenciando conflitos psíquicos que influenciam sua capacidade adaptativa. Existem evidências de que, se intervenções psicológicas e informativas forem adotadas, esse processo ocorrerá de maneira mais eficaz.

Descritores: Desfibriladores Implantáveis (CDI), Psicanálise, Medicina Psicossomática, Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Revisada (EDAO-R)

GOMES, A. C. B. P. Descriptive study and understanding of adaptive capacity of adult patients undergoing implantation of implantable cardioverter defibrillator. (MA Dissertation). São Paulo: São Paulo University, 2014

ABSTRACT

The implantable cardioverter - defibrillator (ICD) is an electronic device used to treat patients with episodes or risk of cardiac arrest. It is able to continuously monitor of the patient's heart rate for the recognition of fatal arrhythmias and the consequent triggering of shocks to reverse them. These electric shocks are classified as appropriate when the triggering occurs due to potentially fatal arrhythmias or inappropriate when the ICD fires the shock due to incorrect interpretation of the heart beat. In general, the shocks occur while patients are conscious, thus causing unexpected discomfort of strong intensity. The way the patient experiences such events, their reactions and their ability to cope with unexpected situations substantially influence their adaptation to the disease and to ICD. Furthermore, the device is a foreign object lodged inside the body, which refers to a malfunction of the heart and may arouse ambivalent feelings and difficulty of adaptation. Thus, the main objective of this study was to describe and understand how surveyed patients experienced and adapted to ICD implantation from the four variables related to operation of the device: the absence of shocks, the presence of appropriate shocks, the presence of inappropriate shocks and presence of (appropriate and inappropriate) mixed shocks. In order to carry out the study, the clinical-qualitative method was used. Semi-structured interviews were conducted with 4 patients undergoing ICD implantation that represent each variable. Inclusion criteria were male patients with previous ischemic heart disease, ICD implantation as primary or secondary prevention procedure of sudden cardiac death (SCD), aged between 50 and 70 years who had the implanted device for at least two years. All patients were selected from the outpatient clinic of the Clinical Unit of Cardiac Pacing of the Heart Institute - HC - USP (Hospital das Clinicas, Medical School, University of São Paulo). Data were analyzed having the Psychosomatic and Freudian Psychoanalytic referential and subsequently categorized by the Revised Operational Adaptive Diagnostic Scale (ROADS). The results have shown that adaptation (according to the concept used) to the impact of ICD and shock is directly linked to the impact of AMI and to the disease as a whole and that the reactions of patients on the different episodes seem analogous, showing that you can only understand psychic repercussions on the ICD from the understanding of the effects caused by the disease that led the patient to have the device implanted. One of the patients proved to be adapted to the illness and the ICD, although he has not experienced episodes of shock while the other three patients demonstrated to be somewhere along the adaptation process, having experienced psychic conflicts that influence their adaptive capacity. There is evidence that if psychological interventions are adopted, this adaptation process will occur much more effectively.

Keywords: Implantable Defibrillators (ICD), Psychoanalysis, Psychosomatic Medicine, Revised Operational Adaptive Diagnostic Scale (ROADS).

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	13
INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 – O CORAÇÃO, A CARDIOMIOPATIA ISQUÊMICA E AS ARRITMIAS CARDÍACAS	
1.1. O CORAÇÃO	16
1.2. A CARDIOMIOPATIA ISQUÊMICA.....	18
1.3. AS ARRITMIAS CARDÍACAS.....	21
CAPÍTULO 2 - O CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR IMPLANTÁVEL (CDI)	
2.1. HISTÓRICO, FUNCIONAMENTO DO CDI E IMPACTO DO CHOQUE	24
2.2. PROCEDIMENTOS PARA O IMPLANTE DO CDI E CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE CLÍNICA DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL.....	30
CAPÍTULO 3 – AS REPERCUSSÕES PSÍQUICAS E ADAPTATIVAS RELACIONADAS AO CDI	
3.1. A RELAÇÃO ENTRE AS EMOÇÕES, AS CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	32
3.2. A INFLUÊNCIA DAS REPERCUSSÕES PSÍQUICAS NA CAPACIDADE ADAPTATIVA.....	37
3.3. A CAPACIDADE ADAPTATIVA SOB A ÓTICA DA PSICANÁLISE.....	44
3.3. A INFORMAÇÃO COMO ALIADA DO CDI	48
JUSTIFICATIVA	52
OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	53
MÉTODO.....	54
RESULTADOS	60
- CASO 1 - J.	60
- CASO 2 - C.....	74
- CASO 3 - R.....	86
- CASO 4 - S.....	101
DISCUSSÃO	113
CONCLUSÕES.....	124
REFERÊNCIAS.....	126
ANEXO 1 – QUADROS DIAGNÓSTICOS DA EDAO-R.....	139
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	141

Lista de Abreviaturas

AV – Nodo Átrio Ventricular
AVID – The Antiarrhythmics versus Implantable Defibrillators
CASH – The Cardiac Arrest Study Hamburg
CDI – Cardioversor Desfibrilador Implantável
CF I –II –III –IV – Classe Funcional nível I – II – III - IV
CIDS – Canadian Implantable Defibrillator Study
EDAO-R - Escala Diagnóstica Adptativa Operacionalizada Revisada
FA – Fibrilação Atrial
FEVE – Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo
FV – Fibrilação Ventricular
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
MADIT I e II – The Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial I and II
MSC – Morte Súbita Cardíaca
MUSTT – The Multicenter Unsustained Tachycardia Trial
NSA – Nodo Sino-Atrial
NYHA - New York Heart Association
PCR – Parada Cardiorespiratória
SCD-HeFT – The Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial
TPA – Tipo de personalidade A
TPD – Tipo de personalidade D
TV – Taquiarritmia Ventricular
TVS – Taquiarritmia Ventricular Sustentada

INTRODUÇÃO

O desejo de pesquisar o tema surgiu de minha experiência obtida no curso de Especialização em Psicologia Hospitalar do Instituto do Coração - InCor – HCFMUSP, onde acompanhei pacientes cardiopatas com patologias distintas, dentre eles portadores de cardioversor desfibrilador implantável (CDI). Meu interesse em compreender a relação que eles estabeleciam com o dispositivo surgiu diante da especificidade do funcionamento do CDI e ao notar que diversos pacientes internados na enfermaria demonstravam sentimentos ambivalentes relacionados ao dispositivo e ao choque. Diante desses relatos e da demanda da Unidade Clínica de Estimulação Cardíaca Artificial, decidi pesquisar mais profundamente essa ambivalência. A equipe buscava compreender melhor seus pacientes e a relação que os mesmos desenvolviam com o dispositivo pois, durante o acompanhamento de rotina, notava-se em alguns pacientes claros sinais de sofrimento, além de relatos de piora na qualidade de vida cotidiana após o CDI. Esses relatos eram contraditórios à perspectiva da equipe em fornecer mais qualidade de vida e maior sobrevida diante da doença que impõe limitações diárias aos indivíduos, além de risco iminente de morte súbita.

Porém, nem todos os pacientes atendidos pelo serviço e por mim demonstravam problemas adaptativos relevantes ao dispositivo e ao seu funcionamento. Ao contrário, alguns se referiam a ele como “um anjo da guarda” (sic), conscientes de que o dispositivo representava uma proteção efetiva contra a morte. Em alguns casos, essa percepção do CDI favorecia sentimentos de onipotência nos pacientes, contribuindo para que eles deixassem de se cuidar adequadamente por se sentirem seguros e imortais. Assim, cabe-nos questionar:

- 1) Qual sentido os pacientes atribuem à sua doença, ao CDI e ao choque?

- 2) As variáveis que envolvem o funcionamento do dispositivo (ausência de choques ou a presença de choques apropriados e/ou inapropriados) influenciam na qualidade da relação/adaptação dos pacientes com o CDI?
- 3) Qual é o impacto do CDI na vida dos pacientes?
- 4) Quais as crenças que os pacientes tem sobre sua doença e sobre o funcionamento do dispositivo?
- 5) Que intervenções são possíveis e/ou necessárias aos pacientes que implantaram o CDI?

Diante de tais questões, esse estudo buscou compreender o impacto no funcionamento psicodinâmico dos pacientes a partir do evento isquêmico, abarcando o momento posterior do implante e do choque (quando houve choque). Por tratar-se de um estudo que envolve as ciências biomédicas, considero oportuno oferecer ao leitor informações que forneçam uma compreensão mais abrangente do funcionamento cardíaco e do CDI. Dessa forma, os capítulos iniciais foram desenvolvidos com esse objetivo.

Capítulo 1 – O Coração, a Cardiomiopatia Isquêmica e as Arritmias Cardíacas

1.1 O Coração

O coração é um órgão composto essencialmente por tecido muscular, cujo formato e tamanho lembra o de um punho. É dividido em quatro cavidades, sendo dois átrios receptores do sangue que entra no coração e dois ventrículos que bombeiam o sangue para fora da cavidade cardíaca. Com o relaxamento do músculo cardíaco (diástole) o coração enche-se de sangue, e com a contração (sístole) o sangue é enviado para fora dele. O átrio e ventrículo direitos recebem o sangue do corpo e o enviam para os pulmões, para que ele possa ser oxigenado. O átrio e o ventrículo esquerdo recebem o sangue oxigenado dos pulmões e o envia para o corpo todo. A proporção de sangue bombeado pelo coração em cada batimento é medida pela análise da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), que fornece dados sobre o funcionamento do órgão. Um coração normal bombeia pouco mais que a metade do seu volume de sangue em cada batimento, ou seja, 55% ou mais (GUYTON, 2006).

Num coração saudável, o fluxo sanguíneo percorre um sentido único, pois o sistema valvar¹ assegura que após sua passagem o sangue não retorne. Essa sequência de movimentos é conhecida como ciclo cardíaco (GUYTON, 2006). A oxigenação e nutrientes responsáveis por manter o coração funcionando é feita através de um sistema próprio de vasos sanguíneos, conhecidos como artérias coronárias.

¹ Conjunto de valvas que impedem o refluxo sanguíneo durante o ciclo cardíaco. São elas: valva atrioventricular direita, valva pulmonar e valva aórtica.

Essas artérias se distribuem pelo músculo cardíaco

“como os ramos de uma árvore na superfície do coração, sendo os seus troncos principais o tronco comum ou artéria coronária esquerda, que se divide em dois ramos importantes: as artérias descendente anterior e circunflexa e a artéria coronária direita. Estes, por sua vez, ramificam-se em artérias cada vez mais finas e mais profundas no músculo cardíaco.” (GAVINA, C & PINHO, T, 2007 p. 2)

Abaixo, a figura demonstra mais detalhadamente a anatomia cardíaca e o fluxo sanguíneo

Figura 1. Anatomia do coração e fluxo sanguíneo / Fonte: google imagens

O funcionamento do músculo cardíaco depende de impulsos elétricos ordenados.

A partir do início do ciclo cardíaco, ocorre um impulso elétrico originado no nodo sino-

atrial (NSA)^{II}, que invade a cavidade atrial e atravessa o nodo átrio ventricular (AV)^{III} em direção ao feixe de His^{IV}, propagando-se para os ventrículos pelas fibras de Purkinje^V que estimulam a contração ventricular de forma rápida e ordenada (HOUSSAY, 1984).

Um coração saudável bate, em média, de 60 a 100 vezes por minuto. A contração cardíaca normalmente ocorre de forma ordenada e simultânea, porém quando há uma sequência irregular ou anormal dos batimentos cardíacos, os movimentos tornam-se desordenados e dificultam o funcionamento do sistema cardiocirculatório. Esses ritmos desordenados são chamados de arritmias cardíacas (HOUSSAY, 1984).

1.2 A Cardiomiopatia Isquêmica

As doenças cardiovasculares, em especial a cardiopatia, representam a causa mais comum de morte nos países desenvolvidos, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2008), evidenciando que, em 2005, 17.5 milhões de pessoas morreram no mundo em decorrência de problemas cardiovasculares, uma representatividade de 30% no total de óbitos.

No Brasil, as doenças cardiovasculares permaneceram como a principal causa de mortalidade em 2010, sendo responsáveis por 29% dos óbitos. O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a segunda maior causa de mortalidade dentre as doenças cardiovasculares e é responsável por 15,3% dos óbitos ocorridos durante a internação hospitalar (MARCOLINO et al., 2013). Esses dados justificam a demanda cada vez

^{II} Nodo SA: É conhecido por marcapasso do coração, pois é nele que se origina o ritmo cardíaco. Localiza-se próximo a junção entre o átrio direito e a veia cava superior, sendo constituído de células musculares especializadas.

^{III} Nodo AV: Sua principal função é retardar a passagem do impulso elétrico, para que haja tempo das câmaras ventriculares se encherem de sangue antes da contração das mesmas. Está localizado em uma região bem baixa do sínscio atrial.

^{IV} Feixe de His: Segmento composto por dois ramos (direito e esquerdo) que conduzem o impulso elétrico com velocidade em direção ao ápice do coração, acompanhando o septo intraventricular e, ao atingir o ápice do coração, cada um o segue numa volta de quase 180 graus, em direção a base do coração.

^V Fibras de Purkinje: ramificações do feixe de His, que tem como função otimizar a chegada dos impulsos, na maior quantidade possível e no mais curto espaço de tempo, por todo sínscio ventricular. Com a chegada dos impulsos no sínscio ventricular, rapidamente e com uma grande força, ocorre a contração de todas as suas fibras.

mais crescente da compreensão e prevenção dos fatores de risco ligados às doenças cardiovasculares.

A cardiopatia isquêmica, ou doença coronariana, tem como principal causa a aterosclerose, doença cujo processo é multifatorial e de causas não totalmente conhecidas, e que não se limita somente às artérias coronárias. As causas são influenciadas pela atividade imunoinflamatória, lipogênica e até mesmo infecciosa (Mioto et al., 2009).

Figura 2. Desenvolvimento de placas ateroscleróticas no interior da artéria

Fonte: <http://bioquimicaenvelhecimento.blogspot.com.br>

A função das artérias coronárias é a condução do fluxo sanguíneo por todo músculo cardíaco e sua obstrução ocorre quando uma placa ateromatosa (que se encontra na parede das artérias) rompe, ativando a adesão de plaquetas. Essa adesão pode levar à formação de um coágulo de fibrina^{VI} e evoluir para uma trombose

^{VI} Fibrina: proteína envolvida nos processos de coagulação sanguínea e cicatrização.

coronariana, causando o IAM^{VII}. O fluxo sanguíneo é responsável pelo funcionamento adequado do coração e, em caso de interrupção, o coração perde sua capacidade de bombeamento e entra em colapso. Sem o suprimento adequado de sangue ocorre a isquemia, e quando ela é prolongada o IAM é consumado e as células da região afetada morrem.

A partir de estudos de Framingham, na década de 1960 (WILSON, 1994), foram identificados fatores de risco que contribuem com o surgimento da cardiopatia isquêmica. Nesse estudo, fica evidente que a doença aterosclerótica tem fundamental importância no desenvolvimento da coronariopatia e tem como característica uma progressão silenciosa, que normalmente se manifesta na vida adulta. As causas mais comuns ao surgimento da aterosclerose são: sexo, idade, dislipidemia^{VIII}, tabagismo, síndrome metabólica^{IX}, diabetes mellitus^X, resistência à insulina^{XI}, hipertensão arterial, história familiar de doença coronária e sedentarismo (CARVALHO & SOUZA, 2001).

A prevenção primária e secundária são fundamentais no controle dos fatores de risco, e estes podem incluir a prescrição de medicamentos, dieta alimentar, atividade física e controles da pressão arterial, diabetes e dislipidemia. Entende-se como prevenção primária medidas que reduzam ou evitam a exposição a fatores de risco associado à doença. Na prevenção secundária corresponde ao tratamento da patologia já instalada (TEIXEIRA et al., 2010). No que se refere à intensidade da limitação da capacidade funcional, temos como base a classificação funcional definida pela New York Heart Association (NYHA, 1964):

^{VII} Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): O *infarto* ou enfarte é resultante da falta de oxigenação de um órgão ou parte dele, neste caso do músculo cardíaco.

^{VIII} Dislipidemia: presença anormal de lipídios (gorduras) no sangue, que pode levar à formação de aterosclerose.

^{IX} Síndrome Metabólica: Grupo de fatores de risco que diretamente contribuem para o desenvolvimento da doença cardiovascular e/ou diabetes tipo 2. Esses fatores estão relacionados à obesidade abdominal e a resistência de insulina.

^X Diabetes Mellitus: é um distúrbio na metabolização da glicose (açúcar), causada pela falta ou má absorção de insulina (hormônio produzido pelo pâncreas), que aumenta os níveis de glicose na corrente sanguínea.

^{XI} Resistência à Insulina: redução da capacidade de absorção da glicose pelos tecidos celulares, causando um acúmulo de glicose na corrente sanguínea.

- Classe Funcional I (CF I): pacientes portadores de doença cardíaca que não sofrem limitações em suas atividades diárias
- Classe Funcional II (CF II): pacientes que se sentem confortáveis em repouso ou em atividades leves e que possuem limitações brandas.
- Classe Funcional III (CF III): pacientes que se sentem confortáveis apenas em repouso e possuem limitações moderadas.
- Classe Funcional IV (CF IV): pacientes que sofrem de intenso desconforto diante de qualquer atividade, portanto necessitam de repouso completo. Os sintomas aparecem mesmo em repouso.

1.3 As Arritmias Cardíacas

O coração possui um sistema próprio para gerar impulsos rítmicos que estimulam a contração do músculo cardíaco e a condução destes impulsos através do coração. O sistema parassimpático (vagal) é o responsável pela diminuição da frequência cardíaca e redução da transmissão do impulso elétrico através do coração. O sistema simpático é responsável, ao contrário, pelo aumento da frequência cardíaca, da excitabilidade do impulso elétrico e a força da contração do músculo cardíaco.

As arritmias cardíacas tem como base as anormalidades deste sistema: excitador e condutor (GUYTON, 1984), sendo caracterizada por uma modificação no ritmo dos batimentos normais. A maioria das fibras cardíacas possuem a capacidade de automática de liberar estímulos cardíacos, principalmente na região do NSA. Outras partes do músculo cardíaco também podem provocar contrações rítmicas: o nodo AV e as fibras de Purkinje.

As arritmias podem ser causadas por ritmo anormal do próprio marcapasso do coração (NSA), por estimulação vinda de outras partes do coração que não do NSA

(conhecida por marcapasso ectópico^{XII}), bloqueios em diferentes pontos na condução do impulso através do coração e geração espontânea de impulsos anormais em qualquer parte do coração (GUYTON, 1984). Podem, ainda, ser classificadas como primárias onde o surgimento é espontâneo, ou secundárias como consequência de distúrbios cardíacos muito presentes no IAM e na doença de Chagas (CARNEIRO et al., 2012).

Segundo Saad (2001), as arritmias mais comuns são classificadas da seguinte forma:

- Bradicardia: ritmo cardíaco reduzido a menos que 60 batimentos por minuto, que pode levar à parada total do coração.
- Taquicardia Atrial: ritmo cardíaco rápido originado nos átrios.
- Fibrilação Atrial (FA): impulsos elétricos extras com origem nos átrios, que desencadeiam batimentos rápidos, desorganizados e irregulares.
- Extra-sístole ventricular: impulso elétrico extra que se origina no ventrículo e desencadeia batimento antes do tempo.
- Taquiarritmia Ventricular (TV): impulsos elétricos com origem nos ventrículos, promovendo um ritmo rápido e potencialmente ameaçador da vida.
- Fibrilação Ventricular (FV): ritmo rápido, desorganizado e irregular, que impede a contração adequada do ventrículo, levando à morte súbita.

De acordo com Carneiro et al. (2012), algumas arritmias são assintomáticas e outras provocam sintomas como palpitações, pré-síncope, síncope, dor precordial e podem levar à morte súbita cardíaca (MSC), principalmente quando são TV. Estudos desenvolvidos por Hallstron e cols. (1983) demonstraram que 95% das MSC têm como base esse tipo de arritmia. A MSC ocorre inesperadamente e abruptamente no intervalo de uma hora após o início dos sintomas cardiovasculares. Nos Estados Unidos, ela é responsável por 400 mil mortes por ano (PIMENTA, 2002).

^{XII} Ectópico: aquilo que se encontra fora do lugar

Recentemente, um estudo coordenado por Martinelli Filho et al. (2012) do Instituto do Coração (InCor – HCFMUSP) em parceria com a Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC –SBC) e com o Departamento de Estimulação Cardíaca (DECA-SBCCV), foi publicado fornecendo informações relevantes sobre a MSC no Brasil.

Utilizando a avaliação de médicos que realizam atendimento primário e secundário no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (SUS), foi possível obter dados epidemiológicos inéditos que demonstraram que a incidência de MSC na Região Metropolitana de São Paulo foi de 21.270 casos anuais. Ao projetar esses números para toda a população brasileira, obtem-se uma estimativa de que cerca de 366.613 casos de MSC ocorram ao ano, taxa semelhante à norte americana, que, porém, não inclui casos de cardiopatia chagásica crônica (CCC), tão presentes em nossa realidade. Além disso, esses números demonstram que *“a incidência de MSC em São Paulo é superior à de mortes por todas neoplasias e cerca de duas vezes maior do que os óbitos por causas externas (acidente, envenenamento, assassinato, suicídio, etc.)* (PEIXOTO et al., 2013).

Se a arritmia não for revertida, ela poderá evoluir para a fibrilação ventricular que é chamada comumente de parada cardíaca. Grande parte dos pacientes com TV são tratados com medicações antiarrítmicas. Porém, há casos onde esses medicamentos não se mostram eficazes no controle delas, sendo imprescindível a indicação do Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI). Estudos como o AVID (1997) apontam que a terapia com CDI foi associada a 39%, 27% e 31% na redução de mortalidade em 1, 2 e 3 anos respectivamente, se comparado com a terapia medicamentosa antiarrítmica, mostrando-se superior para aumentar a sobrevida global. Outros ensaios (CASH e CIDS) de prevenção secundária, assim como ensaios de prevenção primária

(MADIT I e II, MUSTT e SCD-HEFT) demonstraram superioridade do CDI com relação aos fármacos, reduzindo significativamente a mortalidade global (PEREIRA et al., 2007).

Apesar dessas evidências, a utilização do CDI como a opção mais efetiva de terapia para pacientes com risco de MSC pode desencadear efeitos adversos. Há relatos na literatura de transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de pânico, manifestações de ansiedade antecipatória e síndromes depressivas associados ao implante de CDI (PAULI et al., 1999). Essas são repercussões emocionais consideráveis e podem ser indícios de má adaptação ao dispositivo gerando, conseqüentemente, piora na qualidade de vida do paciente.

Capítulo 2. O Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI)

2.1 Histórico, funcionamento do CDI e o impacto do choque

O CDI foi desenvolvido a partir dos estudos de Zoll (apud LIMA et al., 2008), na década de 60, onde se descobriu que a fibrilação ventricular podia ser revertida com a utilização de energia elétrica. Mirowski e cols. (apud LIMA et al., 2008) desenvolveram o dispositivo e o testaram durante décadas em cães até que, em 1980, o primeiro CDI foi implantado em humanos. Desde então, inúmeras pesquisas mostram a efetividade do CDI na redução de mortalidade arritmica e total em pacientes com alto risco de MSC (LIMA et al., 2008).

Trata-se de um dispositivo eletrônico, com capacidade de monitoramento contínuo do ritmo cardíaco e o reconhecimento de arritmias potencialmente fatais, desenvolvido para o tratamento de pacientes com episódios ou risco de MSC. Quando o CDI detecta uma TV, ele pode utilizar pulsos elétricos com intensidade variada para reverter o quadro. Em última instância, quando a arritmia evolui para a FV o dispositivo

emite uma descarga elétrica muito potente conhecido como choque, que é sentido como forte pancada no peito pelo paciente e cujo objetivo é reverter a arritmia. Esses choques ocorrem, em média, 10 segundos após o diagnóstico de uma FV (BIOTRONIK, 2009).

O ajuste e controle do CDI é feito por um programador externo que durante a consulta de rotina analisa os parâmetros do dispositivo para cada paciente. Como o dispositivo grava todas as informações terapêuticas pré e pós episódio de arritmia, o médico tem a possibilidade de analisar esses dados com o auxílio do programador externo. Dessa forma, é possível saber quantos episódios e tipos de arritmia o paciente teve, quais os tipos de pulsos utilizados para revertê-las e quantos choques foram disparados (BIOTRONIK, 2009).

O dispositivo utiliza uma bateria e um circuito elétrico que gera pulsos conectando-se a um ou mais fios isolados conhecidos como cabos-eletrodos. O gerador de pulsos normalmente é colocado sob a pele, próximo à clavícula e é conectado ao coração através dos cabos-eletrodos, que são conduzidos através das veias. Seu peso é inferior a 95 gramas e ele tem apenas um centímetro de espessura (BIOTRONIK, 2009).

Figura 3. Imagem de um CDI implantado na clavícula.

Fonte: google images

Figura 4. Programador externo
Fonte Matos – 2007

Um cabo-eletrodo conduz a informação do ritmo cardíaco e a energia usada para estimular a contração, cardioversão e/ou desfibrilação.

O gerador abriga a bateria e um pequenino computador. A energia é estocada na bateria até que seja necessária. O computador recebe informações do cabo-eletrodo para monitorar qual é o ritmo cardíaco daquele momento.

Figura 5. Gerador de pulso e cabo-eletrodo
Fonte Matos – 2007

TIPOS DE CDIs

CDI – Monocameral

Um cabo-eletrodo é anexado ao ventrículo direito. Se necessário, a energia é liberada no ventrículo para ajudar a normalizar a contração.

CDI – Bicameral

Cabos-eletrodos são anexados no átrio direito e no ventrículo direito. A energia é liberada primeiramente para o átrio direito e então para o ventrículo direito, ajudando o coração a bater numa sequência normal.

CDI - Multi-sítio

Cabos-eletrodos são anexados no átrio direito, no ventrículo direito e no ventrículo esquerdo. Essa técnica ajuda o coração a bater de uma forma mais equilibrada e é especialmente usada por pacientes com insuficiência cardíaca.

Fonte: Matos, 2007

Segundo as Diretrizes Brasileiras para Dispositivos Eletrônicos Implantados (2007), o CDI é recomendado como prevenção primária, que se refere a pacientes cujas características individuais e familiares predizem alto risco de MSC, mesmo não tendo apresentado episódio de arritmia ventricular sustentada ou PCR e prevenção secundária, cujos pacientes já apresentaram algum episódio arritmico potencialmente fatal ou foram recuperados de PCR por FV ou TV sem pulso. Além disso, há casos especiais onde ele se mostra a opção de tratamento mais efetiva.

O paciente, em geral, está consciente quando os choques elétricos são disparados, o que provoca desconforto inesperado, geralmente de forte intensidade. Além disso, nem sempre o disparo do CDI é apropriado, ou seja, em algumas situações podem ocorrer choques sem a presença de arritmia potencialmente fatal, conhecidos

como choques inapropriados. Alguns fatores contribuem com a incidência desta ocorrência como, por exemplo, a ausência de antiarrítmicos associados ao CDI, o tipo de CDI implantado nos pacientes e a interpretação equivocada do dispositivo.

Um estudo onde 1544 pacientes tiveram o CDI implantado entre 1996 e 2006, mostrou que a incidência de choques inapropriados foi de 13% e que 76% desses eventos ocorreram por um erro diagnóstico de taquicardia supraventricular (VAN REES et al., 2010). Pereira et al. (2007) desenvolveram uma pesquisa com 54 pacientes e demonstraram que a incidência de choques inapropriados foi de 50% nos pacientes que não utilizavam antiarrítmicos. Esse número foi significativo quando comparado com a incidência de 5,3% nos pacientes que utilizavam a medicação. Outro dado mostra que portadores de CDI unicameral tiveram incidência de terapias inapropriadas de 33,3%, enquanto pacientes com de CDI bicameral tiveram incidência de 7,5%.

Na literatura, porém, existem controvérsias relacionadas a terapias inapropriadas e implante de CDI bicameral. Alguns estudos (PROCLEMER et al., 2001, SAUNDARRAY et al., 2006) demonstram que o CDI bicameral mostra-se mais eficaz por diferenciar arritmias ventriculares das supraventriculares. Entretanto, pacientes com CDI bicameral demonstraram estar mais suscetíveis a problemas com a sensibilidade atrial. Alguns fármacos são utilizados na prevenção dessas terapias, principalmente em pacientes com histórico de FA, mas ainda assim existe um risco associado aos efeitos adversos da droga (LEE et al., 2008).

Porém, os choques também estão relacionados a sofrimento psíquico e ansiedade, e contribuem com o aumento das visitas hospitalares e o custo do tratamento (PEREIRA et al., 2007). O estudo realizado por Pauli et al. (1999) com 61 pacientes aponta que, aproximadamente, 50% dos pacientes relatam dor importante ao receber o choque e entre 40% e 60% dos pacientes relatam ansiedade associada com as possíveis

descargas de choque. Cerca de 30% dos pacientes que se submetem ao implante referem que o medo das descargas elétricas é o único aspecto mais preocupante do tratamento do CDI.

Apesar de seu sucesso comprovado e de sua indicação clínica, ainda há que se discutir sobre as consequências psicológicas diante da necessidade de utilizar um dispositivo para evitar a morte e sobre o impacto real da experiência do choque, buscando intervenções que minimizem essas repercussões.

De acordo com Dunbar et al. (1993), os aspectos mais angustiantes de receber choque foram a falta de aviso, múltiplos choques e as sensações desencadeadas por aumento progressivo do número de choques disparados. A média de intensidade do choque foi classificada como 5,44 na escala analógica visual, com valores de 0 a 10, sendo os sintomas e sensações mais frequentemente relatados: tensão generalizada, medo e terror. Tonturas, fraqueza geral, náuseas e vômitos, palpitações e dores no peito também foram observadas.

Por outro lado, Pedersen (2008) mostrou que, ao analisar níveis de ansiedade e depressão (sendo a depressão identificada nesse estudo como um padrão menos consistente) nos pacientes submetidos ao implante, o impacto dos fatores de risco psicossociais (preocupações relacionadas ao CDI e personalidade tipo D (TPD)) foi mais determinante nos níveis de ansiedade do que os choques. Esse estudo demonstrou que os choques influenciaram nos índices de ansiedade, mas o impacto não foi tão relevante quando comparado às preocupações com o CDI e TPD. Os resultados demonstram que além do choque, outros fatores psicológicos interferem na adaptação adequada ao dispositivo influenciando na adaptação dos pacientes ao novo momento de vida.

2.2 Procedimentos para o implante do CDI e contextualização da Unidade Clínica de Estimulação Cardíaca Artificial

O implante do dispositivo segue alguns protocolos e para que haja uma padronização dos procedimentos a serem adotados, foram criadas as Diretrizes Brasileiras Para Dispositivos Eletrônicos Implantados (2007). O implante do CDI é considerado um procedimento cirúrgico de média complexidade que pode utilizar anestesia local ou geral, dependendo da indicação clínica e, em geral, o paciente permanece internado por cerca de 24 horas.

Após o implante a bateria do dispositivo dura, em média, de quatro a sete anos dependendo da ocorrência dos choques (MATOS, 2007). Como em todo procedimento cirúrgico, pode ocorrer riscos e complicações e no caso do CDI eles estão relacionados à via de acesso cirúrgico, às disfunções do gerador ou à posição dos cabos-eletrodos (Diretrizes DCEI, 2007). No momento da alta hospitalar, um relatório médico com todos os dados referentes ao procedimento é entregue ao paciente, assim como um cartão do registro do gerador e cabos-eletrodos.

Até o período em que esse estudo foi desenvolvido na Unidade Clínica de Estimulação Cardíaca Artificial, a decisão sobre o implante do dispositivo envolvia apenas a equipe médica. Havia uma equipe multiprofissional que auxiliava nos cuidados com os pacientes internados, porém os psicólogos não eram membros efetivos dessa equipe. Quando algum paciente demonstrava medo mais intenso ou resistência ao dispositivo, a equipe solicitava atendimento aos psicólogos do hospital. Havia interesse na contratação desses profissionais para atender especificamente os pacientes da Unidade, porém questões burocráticas impediam que isso tivesse sido concretizado até aquele momento. Como os atendimentos eram pontuais, não havia uma inter-relação entre os profissionais que cuidavam do mesmo paciente.

Os médicos comunicavam aos pacientes a necessidade e importância do implante e forneciam alguns dados sobre o seu funcionamento. No dia anterior à cirurgia os pacientes recebiam informações da equipe, relacionadas ao procedimento cirúrgico. No momento da alta, os pacientes eram orientados sobre os cuidados pós operatórios e sobre algumas restrições impostas pelo CDI.

Segundo o manual de funcionamento do CDI (BIOTRONIK, 2009), existem algumas restrições após o implante. Recomenda-se que os pacientes evitem esforços intensos. Os movimentos bruscos devem ser evitados no período pós operatório, em média, por um mês. Os pacientes podem retornar ao trabalho e dirigir após serem avaliados pela equipe médica e liberados. As atividades físicas de baixo impacto e atividades sexuais podem ser retomadas a partir do momento em que os pacientes sintam-se em condições de desempenhá-las. Normalmente recomenda-se que essas decisões sejam discutidas com a equipe médica que os acompanha. Como o dispositivo é hermético, a utilização de eletrodomésticos como microondas, ferro de passar roupa e máquina de lavar não interfere no seu funcionamento. Os pacientes devem evitar locais onde há campo magnético, pois nessas condições o monitoramento do CDI é interrompido, retomando sua função tão logo os pacientes se afastem do local. Além disso, é solicitado que eles mantenham o dispositivo afastado por, pelo menos, 30 centímetros de equipamentos eletrônicos, como por exemplo celulares e rádios.

Após retomarem suas atividades habituais é necessário que os pacientes passem por avaliações periódicas, com intervalo de 30, 90 ou 180 dias após a cirurgia, dependendo do tipo de estimulação e condição clínica ou, caso ocorram disparos de choques ou outras intercorrências, as avaliações tornam-se imperativas.

Capítulo 3. As Repercussões Psíquicas e Adaptativas relacionadas ao CDI

3.1 A relação entre as emoções, as características de personalidade e as doenças cardiovasculares.

Simbolicamente falando, o coração é o órgão relacionado às emoções, afetos e sentimentos e parece coerente inferir que há relação entre suas funções orgânicas e sua função simbólica. Muitos são os motivos agregados ao acometimento de doenças coronarianas, e fatores hereditários devem ser investigados, bem como as emoções e os estados depressivos e ansiosos, os quais tem demonstrado uma forte influência sobre as doenças cardíacas (MAGYAR-RUSSELL, 2011).

As emoções podem ser referenciadas como fenômenos internos, que se manifestam através de sinais externos, sejam eles orgânicos ou comportamentais. Esses processos são constituídos de forma subjetiva, onde dimensões biológicas, individuais, sociais e culturais são abrangidas, permitindo assim uma compreensão mais ampla da interação do indivíduo com o ambiente, na medida em que são produtos do estresse e mediadoras de seus efeitos (CAMPOS, 1992).

Um estudo conduzido por Lane et al. (2005) apresentou evidências documentadas de arritmias ventriculares que ocorreram na ausência de doença cardíaca estrutural, associadas a transtornos emocionais agudos ocorridos nas 24 horas precedentes aos eventos. Outra pesquisa apontou que a raiva, a depressão e a ansiedade são fortes fatores de risco para doenças cardíacas (KUBZANSKY & KAWASHI, 2000).

A relação entre os transtornos psicológicos e CDI é analisada por diversos autores e a ansiedade é, na maioria dos casos, o sintoma mais recorrente nos pacientes pré e pós-implante (PEDERSEN et al., 2011; DUNBAR et al., 1999; CARROLL & ARTHUR, 2010; SEARS et al., 2007; BURG et al., 2004). Outros sintomas mais

frequentemente observados em pacientes que implantam o CDI referem-se a ataques de pânico, depressão, labilidade emocional, raiva ou dificuldade de adaptação (PAULI et al., 1999). Esses sintomas podem ser desencadeados pelo diagnóstico de doença grave que pode causar a morte, pela mudança nas relações afetivas a partir do diagnóstico, pela perdas acarretadas pela doença e pelo CDI, pela experiência de reanimação, pela recorrência imprevisível das arritmias e pelas restrições das capacidades físicas.

A ansiedade e preocupação extremas relacionadas ao dispositivo podem desencadear transtorno fóbico-ansioso, onde o paciente vive a sensação de tensão intensa e constante, na expectativa do choque ou preocupado com o mal funcionamento do CDI, acompanhado de ansiedade antecipatória e intensidade variável de medo. O paciente consegue perceber que seu medo é exacerbado, mas não consegue avaliá-lo:

“A ansiedade pode estar associada à sensações corporais semelhantes ao choque ou batimentos cardíacos irregulares, porém os episódios de pânico também ocorrem em um contexto sem variáveis identificáveis. Esses pacientes podem desenvolver um comportamento de evitação que compromete a aderência à terapia cardíaca (CHO et al. 2012, p. 807 –tradução livre).”

CHO et al. (2012), verificou que o transtorno fóbico-ansioso está relacionado positivamente às seguintes variáveis: maior idade, experiência de choque anterior, história pregressa de manifestações depressivas e tendência à hipocondria. Outros estudos já indicaram que a ansiedade, em grande parte, é maior no período pré implante e exatamente após a alta hospitalar, com tendência a diminuição gradativa dos sintomas ansiosos (DOUGHERTY, 1995; PAULI et al. 1999).

É possível que isto esteja relacionado a um desconhecimento inicial sobre o dispositivo e seu funcionamento, além da preocupação com o procedimento cirúrgico. Após a alta hospitalar, o paciente tem que se readaptar à nova condição de vida e não sabe exatamente como será a inclusão do dispositivo em sua rotina. A maior capacidade

de enfrentamento (*coping*)/ mecanismos defensivos e de integração psíquica das perdas e das restrições impostas pela doença e pelo CDI podem facilitar a diminuição da intensidade da ansiedade sentida pelo paciente.

Dados apontam que o paciente com indicação secundária (onde já houve evento potencialmente fatal) tem maior prevalência de sintomas ansiosos do que o paciente com indicação primária (prevenção de eventos potencialmente fatais) (PEDERSEN et al., 2011). A diferença significativa entre os pacientes que recebem o dispositivo como prevenção primária ou secundária está relacionada com a ocorrência, ou não, de evento arritmico potencialmente fatal ou a MSC. Implantar o dispositivo em decorrência de um evento cardíaco grave, que ameaça a vida, pode justificar ansiedade maior do que implantar o CDI como prevenção de algo que poderá acontecer, com um indivíduo que ainda não vivenciou situações de alto risco (CARROLL & ARTHUR, 2010).

As características de personalidade também vêm sendo associadas a eventos cardiovasculares há décadas. Acredita-se que expressar os sentimentos de forma exacerbada (comportamento característico de um tipo de personalidade, conhecido como A) ou inibir intensamente as emoções (comportamento característico de um tipo de personalidade conhecido como D) traz consequências para a saúde (VICKERS et al., 1981; URSO, 2011).

Cargas significativas de stress psicológico são características observadas com frequência em pacientes que desenvolvem coronariopatias. O tipo de personalidade A (TPA) elaborado inicialmente a partir de estudos de Friedman e Rosenman (1959) é característico de pessoas muito perfeccionistas, competitivas, que mantêm carga excessiva de trabalho e que tendem a expressar a agressividade de maneira descontrolada. São autoritárias, impacientes e com senso exacerbado de urgência de

tempo, demonstrando possibilidade maior em se sobrecarregar, resultando em exigências que extrapolam sua capacidade potencial para adaptação.

Vickers et al. (1981) investigou a associação de TPA com o risco de doença coronariana, avaliando duas importantes formas de lidar com o controle do stress: coping^{XIII} e mecanismos de defesa. O estudo sugeriu que indivíduos que utilizam recursos escassos de coping e possuem mecanismos defensivos exacerbados têm maior propensão à doença coronariana. A capacidade adaptativa frente à situações-limite parece ser fortemente prejudicada por pacientes que possuem mecanismos defensivos muito rígidos.

Alguns anos após o surgimento de teorias a respeito da TPA, surge um novo modelo teórico que analisa a influência de fatores psicológicos nas doenças coronarianas, fundamentado na Teoria dos Cinco Fatores de Personalidade (FFM)^{XIV}, denominado Personalidade Tipo D (TPD), por Denollet, Vaes e Brutsaert (apud URSO, 2011). O TPD associa dois traços de personalidade: afetividade negativa e inibição social. A afetividade negativa é denominada como uma tendência emocional a vivenciar uma variedade de estados de ânimo negativos. Indivíduos que demonstram um nível alto de afetividade negativa se mostram muito sensíveis à irritabilidade e a pequenas frustrações, desenvolvendo emoções negativas como hostilidade, culpa, ansiedade, rejeição, raiva, tristeza, distress^{XV} e dificuldade de controlar seus impulsos (URSO, 2011).

^{XIII} *Coping* pode ser compreendido como estratégias de enfrentamento que o indivíduo utiliza para uma melhor adaptação diante de fatores estressores (HOLAHAN & MOOS, 1987).

^{XIV} Os teóricos do FFM propõem que a estrutura básica da personalidade consiste em cinco fatores ortogonais: extroversão, neuroticismo, amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência. Esses fatores ou dimensões abarcam diversos traços distintos e correlacionados, validados consistentemente por inúmeros métodos de pesquisa através do tempo, contextos e culturas, além de indicar alguma evidência de herança genética (JANG et al., 1998; DE HOOGH et al., 2005; URSO, 2011).

^{XV} O distress pode ser definido como “uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que oscila entre a percepção da própria vulnerabilidade, tristeza, fantasias e medo ante o desconhecido e reações mais intensas como depressão, ansiedade, pânico, crises existenciais e isolamento social (DECAT et al., 2009)”.

A inibição social é denominada como uma propensão a reprimir a expressão de emoções nas relações sociais de forma consciente e com o objetivo de evitar a desaprovação do outro. Pessoas com traços de TPD vivem em constante estado de alerta por vivenciarem sentimentos negativos como mau humor e depressão, ao mesmo tempo em que tentam não demonstrar esses sentimentos em situações onde haja interação social (URSO, 2011). Manter a inibição das emoções demanda um grande esforço psicológico, o que com o tempo, contribui para um estresse cumulativo ao organismo.

Em pesquisa nas principais bases de dados da área de saúde – Medline, Pubmed, Lilacs, BVS, Science Direct, Ovid – muitos artigos relacionam doenças coronarianas à TPD e, principalmente, a problemas de adaptação e qualidade de vida em portadores de CDI (PEDERSEN, S. et al., 2004; DENOLLET, J. et al., 2006; PEDERSEN, S. et al., 2007; DENOLLET, J. & CONRADS, V., 2011; SVANSODOTTIR, E. et al., 2012).

Em outro estudo, pesquisadores buscaram estudar a influência de diferentes fatores psicológicos e dos estados emocionais agudos ou crônicos na ocorrência das arritmias cardíacas, no ser humano saudável ou com doença cardíaca diagnosticada. Foi possível identificar que os distúrbios emocionais podem provocar arritmias cardíacas, como demonstrado anteriormente em relatos bem documentados de pacientes que tiveram arritmias induzidas por situações psicológicas estressantes (BONOMO e ARAÚJO, 2009). Esses achados justificam a necessidade de que se continue a investigar a influência das emoções e das características de personalidade nas doenças cardiovasculares.

É evidente que o CDI se apresenta como o tratamento mais eficaz no controle de alguns tipos graves de arritmias e na prevenção da MSC, porém o impacto que o

dispositivo imprime na vida dos pacientes, a partir da subjetividade de cada um, necessita de maior aprofundamento.

3.2. A influência das repercussões psíquicas na capacidade adaptativa

Quando um paciente é acometido por arritmias graves e o CDI passa a ser a única possibilidade de mantê-lo vivo, ele normalmente vivencia sentimentos ambivalentes relacionados à doença e à necessidade do dispositivo para sobreviver. Necessitar de controle artificial externo para manter o funcionamento adequado do coração, além de ter um objeto estranho alojado no corpo, pode gerar conflitos relacionados ao controle, e o fato de que alguns pacientes não relatem repercussões diretas em suas vidas não significa que realmente elas não existam. Podem estar afastadas da consciência em função dos mecanismos defensivos utilizados, à partir da perspectiva psicanalítica, como por exemplo o deslocamento, a formação reativa e a negação. Além disso, quando o indivíduo saudável é acometido por doença que impõe mudanças bruscas em sua vida como o IAM e, a partir do episódio, há a necessidade de implantar um dispositivo que remete à dificuldade cardíaca, pode-se inferir que a adaptação ao dispositivo é secundária à adaptação vivenciada no período pós infarto.

Algumas pesquisas têm demonstrado a importância da identificação das características de personalidade dos pacientes portadores de CDI e sua influência na adaptação ao dispositivo (DUNBAR et al., 1999; DUNBAR & WARNER, 1993; PEDERSEN, BROEK & SEARS, 2007; SEARS et al., 1999; CARROLL & ARTHUR, 2010; SOWEL et al., 2007; BURG et al., 2004). De acordo com um estudo realizado por Dunbar (1999) a respeito de fatores que estão associados a resultados 3 meses após o implante de CDI nos pacientes, verificou-se que sintomas da doença, avaliação contínua e comportamentos de enfrentamento (*coping*) foram preditores de resultados

positivos na capacidade adaptativa em pacientes com CDI.

Sabe-se que o processo que envolve a recuperação pós implante e adaptação ao dispositivo é subjetivo. Mesmo havendo uma concordância quanto à importância do dispositivo para a manutenção da vida e indícios sobre a boa aceitação por diversos pacientes, no que se refere à qualidade de vida e aspectos psicossociais pós implante, identificou-se que cerca de 15 a 50% dos pacientes demonstraram sofrimento psíquico. Sentimentos como raiva, medo, depressão, incremento da ansiedade e da sensação de vulnerabilidade e mudanças no estilo de vida sugerem uma piora na qualidade de vida, como por exemplo, medo de dirigir, de utilizar aparelhos eletrônicos ou de viajar de avião são relatados (DUNBAR et al., 1999; OLIVEIRA E SILVA, 2010).

Dunbar (1999) sugere que a melhor compreensão dos fatores que influenciam nos resultados físicos e emocionais nos períodos de recuperação inicial, auxiliaria na elaboração de programas de acompanhamento que facilitariam a adaptação do paciente. Esse estudo demonstra que é de suma importância identificar previamente características de personalidade e a capacidade adaptativa frente a situações potencialmente estressoras na obtenção de resultados subsequentes: *“Ao direcionar intervenções para pacientes com maior risco de má adaptação pós implante, os esforços da equipe de saúde podem ser utilizados de forma mais eficiente e com enfoque aos pacientes mais necessitados* (DUNBAR et al., 1999).”

Em outro estudo, Sears (2004) mediu as expectativas positivas de saúde e otimismo em relação à qualidade dos resultados de vida no momento do implante, oito e 14 meses pós implante em pacientes de prevenção secundária. Os resultados mostraram que os pacientes com altas expectativas positivas de saúde relataram melhor qualidade de vida relacionada à saúde na avaliação de 14 meses. O otimismo foi associado à melhoria na saúde mental na avaliação de oito meses. Kubzansky (2001) e Giltay (2004)

demonstraram que o otimismo tem um efeito positivo no coping/enfrentamento e na busca de melhores hábitos de vida. Além disso, os pacientes que veem um objetivo como passível de ser atingido, como por exemplo a adaptação para viver sua vida com um dispositivo, terão mais estímulo para alcançar essa meta.

O pensamento otimista pode ser interpretado sob duas vertentes, dependendo de como ele se apresenta: se ele estiver conectado a dados de realidade, referencia uma capacidade do ego em reunir mecanismos defensivos/*coping* que o auxiliam na ressignificação do episódio estressor e ajudam o paciente a integrar a experiência de forma adaptativa. Se estiver sob a influência de mecanismos defensivos mais primitivos, pode referenciar uma maneira do paciente reprimir os dados de realidade e a angústia em função disso, e se posicionar de forma fantasiosa diante doença. Esse posicionamento será de grande influência na adaptação ao novo momento de vida.

Na literatura a respeito das repercussões psíquicas em pacientes com CDI, os sentimentos que se relacionam mais diretamente à capacidade adaptativa são a ansiedade e o medo. A ansiedade é tema recorrente na obra freudiana e tornou-se uma das questões cruciais de investigação para Freud. Em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (FREUD, 1926 [1925]) as notas do editor inglês procuram fornecer um panorama sobre a abrangência do tema e as modificações interpretativas ocorridas no decorrer da obra freudiana. Um dos tópicos apresentados relaciona a experiência de desamparo à ansiedade automática. Para ele, a experiência de desamparo vivenciada pelo ego diante de um acúmulo de excitação interna ou externa, com a qual ele não encontra recursos para lidar, seria o determinante fundamental da ansiedade.

A ansiedade seria o caminho encontrado pelo inconsciente para dar vazão ao acúmulo de excitação e a memória dessa experiência pode ser percebida como

traumática pelo ego. Assim, “a ansiedade como ‘um sinal’ é a resposta do ego à ameaça da ocorrência de uma situação traumática (Freud, 1926, p.85)’. E acrescenta:

“Os perigos internos modificam-se com o período de vida, mas possuem uma característica comum, a saber, envolver a separação ou perda de um objeto amado, ou uma perda de seu amor – uma perda ou separação que poderá de várias maneiras conduzir a um acúmulo de desejos insatisfeitos e dessa maneira a uma situação de desamparo (Freud, 1926 [1925]), p. 85).”

Diante do diagnóstico de uma doença crônica que necessitará de acompanhamento permanente ou no momento da constatação de que o CDI é primordial para a manutenção de sua vida, o indivíduo pode reatualizar o desamparo, as perdas e o sofrimento vivenciado anteriormente e se desorganizar frente a essa nova demanda emocional. A compreensão da ansiedade relacionada à situação traumática pode fornecer indícios, a partir de doença crônica com tratamento peculiar (disparo de choques), sob os aspectos que interferem na capacidade adaptativa dos pacientes.

Em Além do Princípio do Prazer (1920), Freud definiu como traumático qualquer estímulo de grande intensidade, que fosse capaz de atravessar a barreira defensiva do sujeito e, a partir dele, os mecanismos defensivos entrariam em ação para evitar o desprazer desencadeado pela situação: *“Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as defesas possíveis.”* (p.40). Neto (2005) acrescenta que a potencialização da situação traumática pode ocorrer quando algumas qualidades como a imprevisibilidade, a ameaça da integridade física ou objetos estranhos, que não são passíveis de serem codificados ou interpretados, estiverem presentes.

A ansiedade que esses pacientes vivenciam, nesse caso percebida como traumática, é influenciada pelo medo constante, seja da morte, de sentir dor, de não

conseguir ter uma vida normal diante das limitações impostas pela doença ou do dispositivo não funcionar adequadamente. O medo tem função protetora ao nos colocar em alerta diante de situações que envolvam algum tipo de risco, porém, quando ele passa a limitar as atividades diárias dos indivíduos e os coloca permanentemente em alerta restringindo suas relações afetivas, deixa de ser adaptativo e passa a ter caráter patológico.

Mecanismos adaptativos e defensivos são utilizados para lidar com o medo desencadeado pelo dispositivo. Alguns pacientes criam representações que creditam os acontecimentos vivenciados à uma ordem divina, colocando-se assim numa posição de conformismo:

“As repercussões psicológicas devidas à convivência forçada com uma doença crônica e à necessidade da colocação de um dispositivo artificial no corpo levam o paciente à procura de uma explicação da própria condição de saúde, em busca de um sentido que justifique o acontecido (MAGNANI et al., 2007, p.1628).”

Em outros casos, pacientes usam suas crenças religiosas para responder ao próprio destino. É comum que os pacientes se sintam inseguros e desorientados diante das mudanças impostas pela doença e pelo dispositivo, e o medo é um sentimento constantemente associado a essa vivência. O medo pode estar impregnado por fatores psicodinâmicos, que inclui a intenção de proteger os sujeitos de situações de intenso desprazer, como a dor, e que pode estar diretamente relacionado a incapacidade do indivíduo de encontrar soluções satisfatórias para suas angústias.

A visão psicanalítica freudiana sobre o medo está intimamente ligada ao inconsciente e seus mecanismos de funcionamento psíquico. Freud (1923) apontava o ego como “sede real da ansiedade (p.69)”. Essa ansiedade descrita por ele se refere a ansiedade em sua forma mais primitiva, que se origina a partir da fuga do ego de intensidades libidinais ameaçadoras do Id, da severidade do Superego e da ameaça do

mundo externo. Posteriormente, essa ansiedade primitiva é substituída pela efetivação de investimentos libidinais em objetos que atuam de forma protetora (mecanismo das fobias). Ele refere que o medo do ego relacionado ao Id e ao mundo exterto, está conectado com o medo de aniquilamento, de ser esmagado por ameaças com as quais não consegue lidar. Com relação ao Superego, o medo está relacionado à consciência, como resíduo da ameaça de castração. E acrescenta:

“ A frase altissonante ‘todo medo é, em última análise, o medo da morte’ dificilmente tem qualquer significado, e, de qualquer maneira, não pode ser justificada. Parece-me, pelo contrário, perfeitamente correto distinguir o medo da morte do temor de um objeto (ansiedade realística) e da ansiedade libidinal neurótica. Apresenta-se um problema difícil para a psicanálise, pois a *morte é um conceito abstrato com conteúdo negativo para o qual nenhum correlativo inconsciente pode ser encontrado*. Pareceria que o mecanismo do medo da morte só pode ser o fato de o ego abandonar em grande parte sua catexia libidinal narcísica – isto é, de ele se abandonar, tal como abandonou algum objeto externo nos outros casos em que sente ansiedade. Creio que o medo da morte é algo que ocorre entre o ego e o Superego (Freud, 1923, p.70, grifo nosso)”.

O medo aparece conectado à ansiedade de tal forma que podemos inferir que a fuga de algo doloroso ou ameaçador é também uma tentativa de evitar o aniquilamento, e o ego recorre aos mecanismos defensivos para ajudá-lo nessa tarefa que nem sempre é bem sucedida.

Ao deparar-se com situações reais que imprimam um excesso pulsional sentido como ameaça pelo inconsciente, como por exemplo o implante de um dispositivo que denota o risco de morte, os pacientes podem ter dificuldade de se adaptar, ressignificar e elaborar sua atual condição de vida. Possibilitar que esses pacientes tenham acesso à escuta e acolhimento que favoreça a integração dos sentimentos relacionados ao CDI parece ser a maneira mais efetiva de auxiliar nesse processo.

A doença traz consigo mudanças na rotina diária, na autonomia, nas relações afetivas, na produtividade e usualmente são acompanhadas de vivências de perdas. A maneira como o sujeito enfrenta suas perdas em quaisquer instâncias que estejam inseridas são subjetivas e também significativas para entender como se estabelece a relação com sua doença e as vicissitudes inerentes a ela. Toda perda implica num processo posterior de tentativa de elaboração do luto, onde a realidade da ausência se impõe ao eu, obrigando o indivíduo a retirar seus investimentos do objeto perdido e deslocá-los para outro, através de novas representações. Portanto, o processo não ocorre sem um grande sofrimento psíquico uma vez que isso também significa abandonar um lugar onde a satisfação já se encontrava constituída. Esse período é acompanhado por sofrimento, desânimo, perda de interesse pelo mundo externo e tristeza profunda, que remete a uma sensação de desamparo, de abandono, que é a revivência de um desamparo anterior (FREUD, 1917[1915]).

Segundo Rodrigues et al. (2010), *“situações que podem implicar em quebra de laços familiares e da estrutura social, privação de necessidades afetivas básicas, obstáculos a realização pessoal, separação, entre outros, são potencialmente danosos a pessoa, aumentando consideravelmente sua vulnerabilidade”* (p.20). Ao deparar-se com uma doença que pode afetar sua vida e suas relações, os pacientes precisam rever seus conceitos e valores e buscar formas de adaptar-se frente às novas exigências do adoecimento.

3.3 A capacidade adaptativa sob a ótica da psicanálise

Segundo Bergeret (1988), as relações psicodinâmicas que o sujeito estabelece com o mundo dependem do grau atingido pelo desenvolvimento libidinal, o desenvolvimento do ego e do superego, e a natureza, diversidade, sutileza e eficácia dos mecanismos de defesa. Jacobson (apud EBHAID & ANDREIS, 1990) refere que uma pessoa que não consegue lidar com um problema após certo período pode regredir e utilizar mecanismos defensivos mais primitivos e se sentir ameaçada por conflitos anteriores que apareçam novamente na consciência. Os mecanismos de defesa são inerentes à vida das pessoas e necessários para o enfrentamento de situações conflitantes e ameaçadoras. Porém, em alguns casos, podem se manifestar de maneira rígida em função da intensidade da angústia, dificultando assim a resolução que se faz necessária, pois a conscientização, a reavaliação e as mudanças são evitadas.

Diante de doenças graves como as que acometem o coração, mecanismos defensivos como negação, racionalização, onipotência e repressão são comumente utilizados pelos pacientes, que os acionam na tentativa de lidar com o adoecimento. Desta forma, negar a gravidade da doença, racionalizar sobre o motivo que o levou a abandonar o tratamento, sentir-se curado em função da ausência de sintomas ou reprimir medos e sentimentos relacionados ao momento vivido podem protegê-lo num primeiro momento, porém o impedem de dar sentido ao que é vivenciado.

Por outro lado, todo ser humano encontra-se em um ‘estado normal’, independente da gravidade de seus problemas pessoais, quando consegue lidar com eles e adaptar-se a si mesmo e à situação, sem paralisar-se interiormente em uma prisão narcísica, nem fazer-se rejeitar pelo outro, apesar das esperadas divergências que permeiam qualquer relação.

Segundo Bergeret (1988),

O verdadeiro ‘sadio’ não é simplesmente alguém que se declare como tal, nem sobretudo um doente que se ignora, mas um sujeito que conserve em si tantas fixações conflituais como tantas outras pessoas, e que não tenha encontrado em seu caminho dificuldades internas e externas superiores a seu equipamento afetivo hereditário ou adquirido, às suas faculdades pessoais defensivas ou adaptativas, e que se permita um jogo suficientemente flexível de suas necessidades pulsionais, de seus processos primário e secundário nos planos tanto pessoal, quanto sociais, tendo em justa conta a realidade, e reservando-se o direito de comportar-se de modo aparentemente aberrante em circunstâncias excepcionalmente anormais. (BERGERET, 1988, p.21)

A resposta positiva ou negativa, ‘normal’ ou exagerada do sujeito diante da doença, do CDI e da sua própria vida está diretamente ligada aos seus recursos internos disponíveis, integrados à percepção da realidade. O adoecimento pode ser percebido pelo indivíduo sob diversas perspectivas, inclusive como traumático.

Para Neto (2005), o caráter traumático de um acontecimento tem relação com três conceitos: evento factual, vivência e experiência:

“Por evento factual pode-se pensar no fato em si, vindo da realidade e independente do pensamento ou desejo do indivíduo, aquilo que costumeiramente é chamado de mundo externo ou realidade. Já o conceito de vivência remete exclusivamente ao que é conhecido como mundo interno. A experiência, por sua vez, seria o resultado da articulação entre os conceitos anteriores, do evento factual e da vivência. Uma experiência traumática ocorreria quando um evento factual específico apresenta-se com intensidade capaz de romper a articulação entre um afeto (mundo interno) e sua representação (vinda de percepções do mundo externo, da realidade), conservando-se no psiquismo como um fato não elaborado ou elaborável.” (p.32)

Cada situação traumática vivenciada deixa marcas emocionais dolorosas, que podem permanecer inconscientes e serem acionadas diante de um novo episódio traumático, associado de alguma forma ao evento anterior, causando intensa angústia. No momento em que o choque é disparado, ele pode ser interpretado como traumático e mecanismos defensivos são acionados para ajudar o indivíduo a se adaptar a essa nova realidade. Alguns autores referenciam a função adaptativa das defesas, que controlariam

o comportamento do sujeito de acordo com as exigências do superego, das necessidades dos impulsos e da demanda do meio (VAILLANT apud YOSHIDA,1998). Segundo Yoshida (1998, p.7), *“Como resultado da ação dos diferentes mecanismos de defesa, o comportamento manifesto assumiria, portanto, configurações passíveis de serem classificadas como: mais ou menos patológicas, mais ou menos maduras, mais ou menos adaptativas.”*

As soluções para os problemas, encontradas pelo sujeito, são pouco ou pouquíssimo adequadas, principalmente quando ele obtém respostas que não diminuem o conflito ou quando tenta se livrar das fortes pressões a qualquer custo, desencadeando um momento de crise. Segundo a teoria da adaptação (Simon, 2010), a crise é uma manifestação intensa e repentina, com uma ruptura brusca de equilíbrio psíquico, que cria um estado de desordem emocional diante da percepção do indivíduo de sua incapacidade de resolver o problema com os recursos que usualmente ele utiliza. Porém, a crise não pode ser compreendida somente do ponto de vista negativo, já que ela também pode ser um importante ponto de transformação, onde o indivíduo pode conseguir superá-la e passar a ter uma resposta adaptativa melhor do que antes. Se a crise tiver um caráter negativo, ela pode propiciar vulnerabilidade para os transtornos psíquicos. A crise pode ser desencadeada por diversos fatores e, entre eles, o significado que o sujeito concede aos fatos ocorridos em sua vida (Younes, 2011).

Frente a situações potencialmente ameaçadoras os indivíduos reagem em termos de intensidade e qualidade, de acordo com a natureza do estímulo e da capacidade do Ego em mobilizar formas de enfrentamento adaptativas à situação. Se esses mecanismos forem precários, a intensidade e a qualidade da resposta comprometem a adaptação positiva, e resultam em sofrimento que pode ser desproporcional, comprometendo o

bem estar, as relações afetivas e diferentes atividades relacionadas à vida (Garcia-Roza, 1998).

A teoria do Estresse elaborada por Hans Selye (Neto, 2005) indica que a primeira etapa diante de uma situação estressora seria a reação de alarme, com a identificação de algo estressor pelo organismo, que ativa o sistema neuroendócrino para se preparar para uma ação seja ela de fuga ou luta, mas que possibilite a manutenção da sobrevivência. Essa reação de alarme funciona como uma tentativa de adaptar o indivíduo à nova realidade.

Dessa forma, é possível pensar que a boa ou má adaptação estariam relacionadas à capacidade do indivíduo de integrar, a partir de dados de realidade, as vivências positivas e negativas relacionadas ao episódio conflituoso/traumático e posteriormente dar significado a elas. A paralisação seria, dessa maneira, encarada como ‘natural’ diante do reinvestimento libidinal narcísico como resposta ao estímulo intenso da imprevisibilidade, da angústia e do medo. Para defender-se desses estímulos, o ego pode mobilizar mecanismos defensivos mais ou menos primitivos, de acordo com o desenvolvimento psíquico do indivíduo, transformando aos poucos essa reação inicial intensa, de forma que possibilite uma ampliação do funcionamento egóico, onde é possível modificar o olhar sobre as situações e relações, propiciando que a experiência seja apreendida, afastando-se da fixação da situação traumática. Quanto menor o tempo dispendido nesse processo, melhor adaptado estará o paciente.

Provavelmente será um processo doloroso e dependerá de cada um o tempo em que ocorrerá, mas aos poucos, será possível estabelecer novas metas para vida e perceber que existem outras possibilidades de buscar satisfação pessoal, afetiva e profissional.

3.4 A informação como aliada do CDI

Em uma revisão de literatura envolvendo apenas estudos qualitativos, cujo objetivo era investigar a adaptação física e psicológica de pacientes com CDI, Zayac & Finch (2009) identificaram os cinco temas mais comuns expressos pelos pacientes: percepções de medo, ansiedade e dependência, assim como a necessidade de apoio e informações. As autoras constataram que a necessidade de apoio e de informações estão atreladas, pois averigou-se que os relatos a respeito de apoio incluíam além do suporte aos familiares e médico, a necessidade de aconselhamento sexual, assistência psicológica que auxiliasse a capacidade de enfrentamento dos sentimentos contraditórios e informações detalhadas sobre o dispositivo.

É importante que um prognóstico a respeito da recuperação física e psicológica seja elaborado, contendo informações acerca do dispositivo e seu impacto nas atividades habituais. Essas atividades englobam o trabalho, as atividades físicas e sexuais e as preocupações mais comuns dos portadores de CDI. Incluir um membro da família ou uma pessoa muito próxima do paciente nas discussões sobre o dispositivo oferecendo respostas claras e diretas é essencial. Essas discussões devem priorizar as necessidades dos pacientes, levando em consideração sua idade, sexo, outras comorbidades e capacidade cognitiva. Durante as visitas de acompanhamento, é fundamental que a equipe multidisciplinar esteja atenta aos sinais de quaisquer dúvidas e preocupações, assim como indícios de sofrimento emocional clinicamente significativo. Nesses casos, seria adequado encaminhar o paciente para um acompanhamento com profissionais de saúde mental, para que a adaptação ao CDI seja estabelecida ou retomada (DUNBAR et al., 2012).

O aconselhamento sexual é de extrema importância e está diretamente associado à adaptação adequada ao CDI. Foi demonstrado que há uma diminuição significativa

nas atividades sexuais após o implante de CDI e ela está relacionada a autoimagem corporal, a autoestima e a inversão de papéis (potência versus impotência). Além disso, há a preocupação de que a atividade sexual estimule o disparo de choques em função do aumento da frequência cardíaca. Foi evidenciado que essas preocupações são, em grande parte, por falta de informações adequadas e dificuldade de compreensão por parte dos pacientes (ZAYAC & FINCH, 2009, STEINKE et al., 2005). Trata-se de um assunto delicado, que necessita de forte vínculo entre médico e paciente, para que sejam abordadas todas as questões que envolvam o tema.

Segundo Costa (2007), a falta de conhecimento sobre a doença e sobre o dispositivo, além da ocorrência de múltiplos choques, são aspectos que podem reduzir a qualidade de vida e contribuir para o acometimento de transtornos psicossociais em portadores de CDI. A informação significa um diferencial no manejo desses pacientes, que muitas vezes têm necessidades individualizadas, mas não se sentem confortáveis para discutí-las com a equipe que os acompanha:

“Quando os pacientes deixam o hospital sem informação adequada sobre o dispositivo e o choque, e sem um plano de acompanhamento, eles tornam-se confusos e frequentemente não-aderentes, muitas vezes buscando garantias de outros portadores de CDI. A Informação e a educação sob medida deve ser uma prioridade, pois os pacientes têm necessidades e preocupações individualizadas.[...]Temas identificados pelos pacientes com CDI, referentes à necessidade de informação incluem: o desejo de informações de outros portadores de CID, a necessidade de obter mais informações sobre a prevenção de choques, funcionamento, manutenção e a reprogramação do dispositivo, além da necessidade de informação individualizada (ZAYAC & FINCH, 2009 p. 554 – tradução livre).”

E, em seguida, as autoras demonstram as dificuldades de comunicação enfrentadas pelos pacientes através de um relato emblemático coletado em um dos estudos analisados na pesquisa desenvolvida por elas: *“Foi-me dado um monte de papéis para ler, informações sobre o dispositivo, etc, mas ninguém nunca me perguntou como eu me sinto. Nunca me ofereceram qualquer ajuda psicológica ou grupos de*

aconselhamento e apoio (FRIDLUND et al. apud ZAYAC & FINCH, 2009 – tradução livre). ”

Alguns estudos já abordaram a dificuldade dos pacientes na compreensão do que é explicado (JAMES, 1997; STEINKE et al., 2005). Essa dificuldade pode estar relacionada ao impacto inicial do paciente diante da indicação do CDI, à sua capacidade cognitiva ou a dificuldade da equipe em explicar de forma simples e objetiva as informações referentes ao dispositivo.

Por outro lado, a dificuldade em compreender o que é explicado está relacionada também ao funcionamento psicodinâmico do paciente. As informações assimiladas são aquelas possíveis de serem escutadas por sua subjetividade. A subjetividade está relacionada ao sentido de cada paciente fornecerá ao seu adoecimento. Ao analisar o discurso médico vigente nas instituições de saúde, Moretto (2002) aponta que ele está atrelado ao discurso da Ciência, que privilegia a objetividade e exclui a subjetividade. As consequências disso refletem diretamente na relação que se estabelece entre médico-paciente:

“O fato de o discurso médico não se sustentar senão por sua objetividade e cientificidade, que é seu imperativo metodológico, nos interessa porque tem uma consequência na prática, na clínica médica, essa que às vezes participamos enquanto pacientes. Devemos obedecer ao médico porque ele sabe o que é melhor para nossas vidas. Essa consequência é que o discurso médico não só exclui a subjetividade do médico, que é chamado a calar seus sentimentos, pois é isso que a ordem médica exige dele, mas também despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva.”(p.63)

Perceber que alguns pacientes precisam de mais cuidados do que outros, que precisam de informações mais específicas enquanto outros se angustiarão intensamente diante das mesmas informações, é uma forma de fornecer apoio individualmente. Em unidades de saúde onde há grande fluxo de pacientes, como no local onde esse estudo foi desenvolvido, essa abordagem nem sempre é possível. Nesses

casos, grupos de apoio psicológico e informativos podem contribuir de maneira mais abrangente, e casos específicos podem ser tratados individualmente.

As informações devem abarcar, inclusive, problemas adaptativos já relatados por outros portadores de CDI, para que haja possibilidade dos pacientes perceberem suas dificuldades como algo esperado diante de sua nova condição clínica. Essa identificação pode funcionar como um bom suporte emocional. Dessa forma, o paciente é informado previamente de que algumas reações são comumente associadas aos portadores do dispositivo, o que pode facilitar seu enfrentamento diante do imprevisível. Uma parte significativa dos pacientes reconhece que o dispositivo os protege efetivamente da morte e a informação e o acompanhamento médico/psicológico se mostram aliados importantes na adaptação mais satisfatória.

JUSTIFICATIVA

É notório que o CDI pode representar a diferença entre a vida e a morte para inúmeros pacientes. Entretanto, há relatos de intenso sofrimento psíquico que só pode ser compreendido subjetivamente a partir da representação simbólica da doença, do dispositivo e do choque e essa compreensão só é possível através de estudos qualitativos.

Esse estudo foi uma tentativa de compreender de que forma o sofrimento psíquico relatado por diversos pacientes se relaciona com a adaptação diante de eventos imprevisíveis. A hipótese é que a adaptação ao CDI está vinculada ao sentido que o paciente fornece ao episódio, sua capacidade de enfrentamento a partir dos mecanismos defensivos utilizados, bem como a forma como integra as vivências positivas e negativas decorrentes do processo de adoecimento.

Portanto, compreender os aspectos que influenciam a adaptação mais ou menos eficaz ao CDI, e ao choque, pode fornecer ferramentas de intervenção e acompanhamento desses pacientes, diminuindo o impacto emocional causado pelo dispositivo e possibilitando melhor qualidade de vida.

OBJETIVO GERAL

Descrever e compreender como os pacientes vivenciaram e se adaptaram ao CDI a partir das quatro variáveis possíveis relacionadas ao funcionamento do dispositivo: ausência de choques, presença de choques apropriados, presença de choques inapropriados e presença de choques mistos (apropriados e inapropriados).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Investigar como se estabeleceu a relação/adaptação dos pacientes com o adoecimento e o seu tratamento;
- 2) Identificar se houve adaptação ao CDI na amostra investigada;
- 3) Sugerir, com base no material coletado, intervenções possíveis e/ou necessárias aos pacientes que já implantaram o CDI e aos que ainda implantarão, facilitando assim o processo adaptativo.

MÉTODO

O presente estudo clínico-qualitativo de investigação, do tipo descritivo e compreensivo, foi proposto a partir de uma parceria entre o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Laboratório Sujeito e Corpo) e a Unidade Clínica de Estimulação Cardíaca Artificial do Instituto do Coração (Incor) - HC-FMUSP.

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram selecionados 4 pacientes do sexo masculino da Unidade de Estimulação Cardíaca Artificial do Incor, portadores de cardiopatia isquêmica prévia, indicação de CDI como prevenção primária ou secundária de MSC e com dispositivo implantado há, pelo menos, dois anos. A idade dos pacientes variou entre 50 e 70 anos, pois essa faixa etária engloba grande parte dos pacientes isquêmicos do banco de dados da Unidade. A seleção dos pacientes seguiu as quatro variáveis possíveis: ausência de choque, presença de choque apropriado, presença de choque inapropriado e presença de choques mistos (apropriados e inapropriados). Foram excluídos pacientes com patologias agudas associadas, com expectativa de vida inferior a 1 ano e com insuficiência cardíaca congestiva avançada (classe funcional IV).

Delineamento do Estudo

Após a aprovação do comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP e da Comissão Científica do Instituto do Coração/Fundação Zerbini – HC-FMUSP sob o registro 9177 e parecer definitivo nº 368.520, iniciou-se a análise dos prontuários no banco de dados e seleção da amostra por conveniência. Dos 60 pacientes pré-selecionados, apenas 30 atendiam a todos os critérios de inclusão. Os 30 pacientes foram contactados por telefone e a seleção dos

participantes do estudo teve como critério o primeiro paciente disponível em cada categoria:

Choques apropriados: 8 pacientes selecionados

1º e 2º pacientes indisponíveis

3º paciente disponível e participante

Choques inapropriados: 6 pacientes selecionados

1º ao 4º pacientes indisponíveis

5º paciente disponível e participante

Choques inapropriados: 6 pacientes selecionados

1º ao 4º pacientes indisponíveis

5º paciente disponível e participante

Ausência de choques: 10 pacientes selecionados

1º ao 4º pacientes indisponíveis

5º paciente disponível e participante

Os pacientes disponíveis compareceram ao ambulatório da Unidade Clínica de Estimulação Cardíaca e, após serem informados sobre todas as etapas e objetivos do estudo por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram submetidos à entrevista clínica semi estruturada, com duração de 90 minutos, em média. As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas.

Posteriormente, os dados obtidos foram tratados pela análise de conteúdo proposta por Minayo (1996), e as compreensões clínicas utilizaram o referencial psicossomático e psicanalítico Freudiano, sob a supervisão da Profª Dra. Claudia Viera. Na etapa seguinte, os dados foram categorizados pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Revisada (EDAO-R), sob a supervisão da Profª Dra. Kayoko Yamamoto.

Instrumentos

- Entrevista clínica semi estruturada
- Escala Adaptativa Operacionalizada Revisada – EDAO-R

Considerações sobre o método clínico-qualitativo e a EDAO-R

A presente pesquisa utilizou o método clínico-qualitativo compilado por Turato (2008), que possui técnicas que favorecem a percepção das características psicodinâmicas dos pacientes e suas reações diante de momentos considerados críticos, buscando o sentido do fenômeno para eles. Identificar o significado permite reconhecer a sua função estruturante em torno do que as pessoas organizarão suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

A entrevista clínica semi estruturada, de acordo com os conceitos apresentados por Bleger (1964), define como objetivo da entrevista clínica a capacidade de captar e referenciar o sentido que o paciente atribui a sua experiência de vida e do adoecer, além de todas as variáveis que são inerentes a esse adoecimento. As narrativas dos sujeitos entrevistados permite a observação das diferentes faces do contexto social em que se inserem. Demonstram formas de percepção e vivências, que apontam tanto a subjetividade como também aquilo que há de comum e compartilhado na significação do fenômeno a ser observado.

A análise dos relatos obtidos nas entrevistas, na medida em que relatam vivências de indivíduos, podem ser compreendidos como aproximações de um coletivo, pois representam o grupo a que pertence, além do que são experiências situadas histórica e socialmente (Rodrigues, 1988). Além disso, a entrevista clínica permite categorizar por meio das narrativas, características de personalidade dos indivíduos, favorecendo a compreensão mais abrangente da dinâmica do funcionamento mental e a forma de relacionamento com o seu mundo interno e externo.

Sobre a importância dos dados qualitativos nos estudos de pacientes com CDI, Zayac & Finch (2009) comentam:

“Dados quantitativos de ensaios clínicos randomizados sobre o CDI são fundamentais para as decisões relacionadas ao tratamento e são imperativos para a implementação da medicina baseada em evidências; no entanto, os dados qualitativos são necessários para determinar a extensão e a gravidade dos problemas de adaptação percebidos entre os destinatários de CDI e seus parceiros. A pesquisa qualitativa serve para identificar as respostas físicas, psicológicas, sociais e comportamentais diante do CDI e esses dados são principalmente obtidos por meio das experiências vividas pelos pacientes. Se dados qualitativos suficientes forem disponibilizados, os prestadores de cuidados primários de saúde podem planejar a gestão de acompanhamento e cuidados dos pacientes com CDI, através de testes de intervenções que facilitem a adaptação pós-implante (ZAYAC & FINCH, 2009 p. 560 – tradução livre)”.

Como instrumento complementar, utilizamos a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Revisada (EDAO-R), desenvolvida por Simon (1989), na década de 70, quando assumiu a coordenação do Setor de Saúde Mental dos Alunos, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva. Segundo Simon (2010), “ [...] *Não tem sentido esperar que o sujeito adoeça para depois dar-lhe assistência. Quanto mais cedo pudermos detectar as pessoas que correm algum risco de apresentar inadequação, mais eficaz será o atendimento*”.

A EDAO-R é fundamentada pela Teoria da Adaptação, que utiliza critérios adaptativos entendendo por adaptação o conjunto de respostas de um organismo vivo em diversos momentos frente a situações que o transformem, permitindo a manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida, o que corrobora nosso conceito de adaptação definido anteriormente (SIMON, 2010). De acordo com Tamagnini (2009) “*através da EDAO, é possível fazer inferências acerca da adaptação global do paciente, formular hipóteses sobre padrões psicodinâmicos que se cristalizam sob a forma de complexos inconscientes e que influenciam em suas respostas atuais*”.

Devido a seu valor diagnóstico e compreensivo, a EDAO-R se apresenta como

ferramenta importante de investigação, tendo sua validade e precisão comprovadas (YOSHIDA, 1999; HELENO, 2000; GUIMARÃES & YOSHIDA, 2008; TAMAGNANI, 2009).

A escala engloba a adaptabilidade dos sujeitos em quatro setores de funcionamento:

Afetivo-Relacional (A-R): compreendendo os sentimentos, atitudes e ações com relação a si próprio e ao semelhante.

Produtividade (PR): relacionada a qualquer atividade produtiva, mesmo que de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como a principal ocupação do sujeito no período avaliado.

Sócio-Cultural (SC): abrangendo sentimentos, atitudes e ações com relação à estrutura social, além de valores e costumes do ambiente em que vive.

Orgânico (Or): relacionado ao funcionamento do organismo do sujeito, assim como seus sentimentos em relação ao próprio corpo. A inclusão do setor orgânico deu-se por duas razões: a adaptação do indivíduo influi e é influenciada diretamente por suas condições orgânicas e muitas vezes as consequências de respostas pouco adequadas só aparecem com clareza a nível corporal, como demonstram os distúrbios psicossomáticos.

A escala revisada prioriza e quantifica os setores A-R e PR, conferindo a seguinte pontuação, conforme adequação:

SETOR	ADEQUADO	POUCO	POUQUÍSSIMO
A-R	3 +++	2 ++	1 +
Pr	2 +++	1 ++	0,5 +

Para efeitos de diferenciação diagnóstica, o conceito de adequação foi eleito condicionado a três critérios: 1 – solução do problema; 2 – gratificação obtida com a solução; 3 – conflito intrapsíquico ou ambiental em face da solução encontrada.

Quando não há uma solução para a situação problemática que o sujeito está vivenciando e esta é uma situação vital, instala-se a crise adaptativa. Entretanto, a ausência de soluções no momento de crise está relacionada ao funcionamento psicodinâmico:

“Igualando os fatores de crise às pressões internas ou externas extremas, supomos que os sentimentos de intensa angústia, às vezes de pânico, que assaltam o sujeito em crise, não seriam devidos apenas à falta de solução para o novo, mas à projeção e identificação do novo com fantásticas ameaças provocadas pelas figuras aterrorizantes das camadas do inconsciente, que emergem nesses estados de extrema tensão emocional (Simon, 2008 p.60)”.

A partir da avaliação da adequação, após a entrevista clínica com o sujeito, a classificação da EDAO é automática e os quadros diagnósticos podem ser quantificáveis, facilitando bastante a utilização da escala em pesquisas em psicologia clínica. A utilização da EDAO propicia, além disso, avaliar o tipo de tratamento mais adequado diante da adaptação do sujeito.

Os resultados apresentam os quatro casos clínicos desse estudo e, em seguida, suas compreensões a partir do referencial psicanalítico freudiano. Posteriormente, os casos foram categorizados pela EDAO-R a fim de fornecer dados adaptativos da psicodinâmica desses pacientes. É importante ressaltar que a avaliação da EDAO-R leva em consideração a maneira como o paciente se apresenta no momento da entrevista.

Os relatos seguiram a mesma sequência na transcrição para facilitar a correlação das informações. Os nomes dos pacientes foram omitidos para preservar a confidencialidade, bem como quaisquer outros dados que possam comprometê-la.

RESULTADOS

Na tabela a seguir, as informações a respeito do IAM, CDI, choques, CF e FEVE dos pacientes foram agrupadas para facilitar a visualização global. Entretanto, antes da apresentação de cada caso, as informações detalhadas de cada paciente foram inseridas novamente.

Paciente	Idade	IAM /PCR	Ano do implante de CDI	Choques	CF/ FEVE
Caso 1 J	60 a	2008 PCR 2008	2008	2 choques inapropriados em 2012, com intervalo de uma semana	II /III 30%
Caso 2 C	67 a	2007	2009	Ausência de choque	II 30%
Caso 3 R	59 a	1º 1990 2º 2002	2005	1 choque apropriado em 2009	II 35%
Caso 4 S	51 a	1º 1994 2º 1996 PRC 2011	2011	1 choque inapropriado em agosto/2011 (dois meses após o implante) 1 choque apropriado em novembro/2011	II /III 30%

Caso 1 – J.

Casado, 2 filhos.

1º grau completo

Paciente	Idade	IAM/PCR	Ano do implante de CDI	Choques	CF/ FEVE
Caso 1 J	60 a	2008 PCR 2008	2008	2 choques inapropriados em 2012, com intervalo de uma semana	II /III 30%

História familiar

J. nasceu em Amparo, terceiro de sete filhos, e todos trabalhavam na lavoura. Descreve a relação com seus pais como muito satisfatória ressaltando que embora ambos fossem presentes, ele nutria um afeto especial por seu pai. Era seu exemplo de homem. Ele era trabalhador e não deixava que nada faltasse aos filhos. Refere que sua

mãe era calma e carinhosa. Os irmãos se relacionavam muito bem e todos são unidos até hoje. Porém, com seu irmão quatro anos mais novo há uma afinidade maior. Quando crianças, gostavam de brincar de bola e com os animais da roça.

Na escola era bom aluno, mas estudou pouco e não se lembra qual matéria preferia. Relata que era tímido e observador, mas mantinha boas relações sociais. Aos 18 anos, ele e o irmão mais próximo formaram uma dupla artística e se apresentavam em festas tocando violão. Teve inúmeros relacionamentos amorosos e se casou aos 21 anos com uma moça que ele conhecia desde o colégio após namorarem por cinco anos. Seis anos depois nasceu o primeiro filho e, um tempo depois, a segunda filha.

A relação com sua esposa é de afinidade e companheirismo. Relata que são felizes juntos e há cooperação mútua entre eles. Estão casados há 38 anos e são avós de três netos. Segundo J., ter a família perto dele é fundamental. Comenta que mudou-se para São Paulo quando casou e, após se estabelecer financeiramente, comprou uma casa para os pais morarem bem próximo dele. Atualmente, ele e os filhos moram no mesmo terreno em casas separadas.

Antes do infarto, refere ter tido uma vida muito boa e não se lembra de nenhum episódio importante que o tenha deixado triste ou muito nervoso. Apesar de não conseguir associar os fatos, vivenciou um período difícil alguns dias antes de adoecer. Seu irmão mais próximo sofreu um infarto e precisou ficar internado. Ele se lembra do quanto ficou desesperado e com medo que o irmão não sobrevivesse. Uma semana depois, ele também infartou e foi internado no Incor. O pai se dividia nas visitas entre os dois filhos e sofreu um AVC nesse período, ficando internado por alguns dias em um outro hospital. Três dias após a alta dos irmãos, o pai faleceu. J. comenta que jamais se livrou da culpa pela morte do pai, pois acredita que os poucos recursos do hospital foram determinantes para o final trágico. Refere que se sentia culpado por estar num

hospital como o Incor, com acesso ao melhor atendimento e não ter podido proporcionar ao pai um lugar tão bom.

Características Pessoais

J. se considerava retraído e para ele sempre foi difícil falar sobre o que o desapontava. Não se sentia seguro em expor seus sentimentos mesmo para pessoas mais próximas como a esposa. Apesar de se considerar bem humorado, quando algo o chateava muito guardava para si.

Era afetuoso com todos ao seu redor, mas reconhece que a doença o tornou mais emotivo e sentimental. Consegue expressar seus sentimentos mais claramente a todos que o cercam. Considera que a doença foi um momento marcante e definitivo em sua vida, ‘um divisor de águas’ (sic) e trouxe mudanças positivas. Se define como uma pessoa mais feliz hoje, principalmente porque consegue ser mais solidário com quem está ao seu redor.

Relembra a história de uma vizinha que precisou amputar a perna e não se conformava em ter que usar uma prótese. Ele a incentivou a retomar sua vida, encarando a prótese como sua nova perna. Não consegue lembrar de nada que o deixe nervoso ou o irrite, atualmente.

Atividades Profissionais

Trabalhou como motorista de ônibus por 35 anos na mesma empresa. Era um trabalho estressante e cansativo, mas que o realizava. Tinha alguns desentendimentos com os colegas e passageiros, mas não lembra de perder o controle. Possuía uma relação estreita com um dos donos da empresa que o acolheu e ajudou muito no período posterior ao infarto. Ficou afastado do trabalho por quatro meses após o

infarto e implante do CDI e, quando retornou, o dono o transferiu para área administrativa poupando-o do trabalho desgastante como motorista. Nessa época, realizou cursos de aperfeiçoamento e acompanhava o proprietário da empresa no dia a dia. Sentia-se capaz e útil.

Três anos após retornar ao trabalho, o dono da empresa faleceu num acidente. Os irmãos assumiram o negócio e a partir daí passaram a tratar J. como inválido, afastando-o de todas as funções. Comenta que a morte do dono da empresa foi irônica, pois J. era o doente e quem faleceu primeiro foi o outro. Relata que ajudou a família com os trâmites legais do enterro. Alguns colegas do escritório passaram a discriminá-lo e ele sentiu-se extremamente incomodado com a situação. Por fim, há seis meses perdeu a paciência e brigou com os donos atuais, sendo demitido. Já pensou em processar a empresa por o terem tratado tão mal. Se aposentou por tempo de serviço e hoje faz trabalhos esporádicos como cobrador de vans, mas comenta que gostaria de trabalhar como porteiro de uma empresa recepcionando as pessoas. Sente-se útil trabalhando.

O Infarto e o implante do CDI

J. infartou em 2008. Na ocasião, estava na garagem da empresa. Tinha terminado sua refeição e resolveu descansar um pouco antes de voltar ao trabalho. Cochilou e acordou com forte dor no peito, mas por ter gastrite há algum tempo, associou que a dor era em decorrência disso. A dor aumentou a tal ponto que ele foi levado ao hospital pelos colegas. Deram-lhe um remédio e ele dormiu profundamente, acordando no dia seguinte surpreso por ainda estar no mesmo lugar. Somente após a chegada de sua família ele foi transferido para o Incor, onde recebeu o atendimento adequado.

No hospital, realizaram cateterismo e ele ficou internado por onze dias com um marcapasso provisório. Em função de inúmeras arritmias nesse período, tendo uma delas evoluído para PCR, a equipe médica optou por um implante de CDI. A cirurgia transcorreu sem intercorrências e ele teve alta no dia seguinte.

Mudanças na vida após o IAM e o CDI

Nos primeiros dias após o implante se sentiu amedrontado, inseguro, teve medo de morrer e pensou que não poderia mais fazer tudo que fazia antes. Muitas atividades foram suspensas nesse período, segundo ele por conta própria: parou de caminhar, andar de bicicleta, de dirigir e pensava o tempo todo no CDI, não se deitava do lado onde o dispositivo ficava alojado, aboliu qualquer tipo de esforço, o que incluía não segurar o neto no colo (até hoje não segura), deixou de auxiliá-la nas tarefas domésticas como fazia anteriormente, deixou de trocar lâmpada e manusear objetos relacionados à eletricidade e até hoje tem receio de usar o celular.

Emocionalmente percebeu-se mais ansioso, lembrando o tempo todo do CDI e sentia-se incapaz. Reforçava frequentemente para os filhos que eles deveriam se preparar para o pior, pois o coração do pai deles não era “bom como antes” (sic). Tentava desconstrair e esquecer seus medos, mas não conseguia. Suspendeu as atividades sexuais também por conta própria. Sentia desejo por sua esposa, mas temia que algo de grave acontecesse. Sua companheira também estava temerosa, embora o incentivasse a retomar a relação íntima aos poucos. Depois de um ano de abstinência sexual, decidiu procurar o urologista e realizou alguns exames. O médico garantiu que tudo estava bem e informou que ele poderia retomar sua vida sexual normalmente. A partir da normalidade da atividade sexual, as outras atividades cotidianas também retornaram.

A esposa foi fundamental nesse processo de adaptação ao CDI e outras pessoas também o incentivavam a levar uma vida normal. Nunca sentiu receio de expor que era portador de um dispositivo cardíaco e acredita que isso facilitou sua relação com as pessoas. Percebeu que as relações interpessoais se modificaram após o implante e sente-se mais acolhido e protegido por seus familiares. A pouco tempo foi diagnosticado com retocolite e precisou ter mais cuidado com a alimentação. Realizou biopsia e está fazendo tratamento. Quando fica contrariado tem diarreia e associa o fato à retocolite. Acredita que, no processo de adaptação, algumas questões foram fundamentais para retomada de sua vida: o retorno ao trabalho, o amparo afetivo das pessoas ao seu redor e a normalização de suas atividades sexuais.

Atualmente, caminha diariamente, ajuda em algumas tarefas domésticas e seu humor melhorou. Esquece do dispositivo no peito e se lembra dele somente em situações específicas onde é importante ter cuidado com o CDI, como quando vai ao banco. Segue rigorosamente as recomendações médicas relacionadas à medicação. Comenta sobre o falecimento de sua sobrinha, filha de seu irmão infartado, vítima de um transplante de rim mal sucedido alguns meses após a morte do pai e do infarto dele e do irmão. Relata que o episódio pode ter contribuído com sua dificuldade em voltar à rotina.

Percepção do Choque

O disparo ocorreu quatro anos após o implante. Ao sentir o choque achou que morreria. Tinha descido do ônibus e ia para casa caminhando devagar. Não percebeu nenhum sintoma antes do choque. Na hora não se lembrou do CDI e imaginou que pudesse ter pisado num fio de alta tensão. Somente quando chegou em casa lembrou do dispositivo no peito. Relata que se desequilibrou com o impacto e ficou completamente

atordoado. Numa escala entre 0 e 10 de intensidade de dor, sendo 10 a dor mais intensa, ele classifica o choque como 9. Descreve a sensação como uma corda ou fio bem esticado que arrebenta. Apesar de ter sido orientado a procurar a equipe em caso de disparos, ele não a avisou pois acabou esquecendo da informação.

Durante os dias seguintes ao evento, o medo o paralisou novamente como na época do implante. Não conseguia mais viver normalmente e interrompeu a atividade sexual por medo de um novo choque. Ele acreditava que a responsabilidade do disparo era dele, por ter exagerado em alguma atividade. No sexto dia após o primeiro choque, decidiu fazer uma tarefa doméstica de esforço médio e um novo choque foi disparado. Foi para o Incor imediatamente e os médicos identificaram os dois registros de disparos. Constataram que os choques foram inapropriados, por uma interpretação incorreta do dispositivo. Ficou internado por dois dias e aumentaram a dosagem de sua medicação. Ao retornar para sua casa, sentiu medo extremo novamente e não conseguiu retomar sua rotina por dois meses, voltando a vida normal aos poucos depois disso.

Sua percepção sobre o disparo de terapias apropriadas ou inapropriadas é que não há diferença, pois os choques são inerentes ao dispositivo e, de qualquer forma, demonstram que o CDI funciona, protegendo-o em tempo integral, fazendo-o lembrar-se que é preciso sempre se cuidar. Sente o choque como algo positivo, apesar da dor, por mantê-lo vivo. O choque faz parte de sua nova vida e o faz perceber o quanto o CDI é útil.

Percepção sobre o CDI

Relata que saber sobre a existência do dispositivo o ajudou a acreditar que existem chances de sobreviver depois de um infarto. O CDI representa para ele

segurança. Apesar das dificuldades do primeiro ano pós-implante e no período pós-choque, refere que conseguiu adaptar-se à sua nova realidade. Se tivesse que comparar o primeiro ano pós implante com os dias atuais haveria grande diferença, já que se sente muito melhor hoje. A doença significou uma mudança positiva, pois antes sua vida era desregrada, ele fumava, bebia e era retraído. Hoje consegue perceber que o CDI não o impede em nada e que é capaz de fazer tudo que fazia antes, mesmo que de forma diferente. Tem consciência de que sua vida depende do dispositivo.

Informações disponibilizadas sobre o CDI pela equipe

Segundo J., a equipe optou por implantar o CDI “pois ele é mais resistente que o marcapasso” (sic). Informaram que o CDI iria reverter eventuais arritmias com um “choquezinho” (sic), uma “fisgadinha” (sic). Em caso de disparo, ele deveria avisar a equipe imediatamente. Não se lembra de ter recebido informações específicas sobre o que podia ou não fazer após o implante.

Comenta que durante as consultas de rotina, falava sobre alguns de seus medos com a equipe e que eles o orientaram a evitar situações estressantes, a não lembrar do CDI o tempo todo e evitar esforço. Sente muita confiança nos médicos e diz que eles sabem o que é melhor pra ele. Nesse momento, lembra-se novamente do pai, que não teve acesso a uma equipe como a dele.

Compreensão clínica

A família de origem de J. tem características dependentes na forma de se relacionar. A impressão é de que a identidade grupal fornece um vínculo de apoio. Esse protótipo de relação foi transferido para a família atual, que mantém os filhos casados

morando no mesmo espaço físico, embora em domicílios diferentes. A relação de dependência grupal pode trazer riscos de perda de identidade ao indivíduo e os investimentos libidinais tendem a se tornar restritos ao círculo protetor (Bergeret, 1998).

A relação de identificação com o irmão parece também ter sido construída com base no apoio mútuo, como é observado em algumas circunstâncias em famílias com muitos irmãos. Em seu relato, esse é o irmão a quem faz mais referência. A identificação fica mais evidente quando decidem formar juntos uma dupla artística. Também é curioso que o infarto de ambos ocorra com uma semana de intervalo. A doença e a morte do pai produz grande sofrimento em J., que utiliza a racionalização e a onipotência para justificar sua dor e afastá-lo de sentimentos intensos que lhe são conflituosos. Sentimentos como decepção, frustração e culpa por ter sobrevivido podem estar presentes, pois em sua idealização, o pai era forte, poderoso e protetor, mas contraditoriamente mostrou-se mais fraco que os filhos e não sobreviveu. Ao falar sobre a falta de recursos hospitalares, afasta-se do afeto e da possibilidade de imaginar que a morte do pai pode ter sido desencadeada pela extrema preocupação com os dois filhos. Afasta-se também do conflito relacionado ao irmão, que seguindo a mesma lógica, poderia ser responsável pelo seu próprio infarto.

A intensidade de sentimentos é percebida como perigosa e pode ser desencadeadora de desfechos trágicos, portanto os sentimentos precisam ser dissociados de suas representações e afetos. É como se a família funcionasse como um corpo e seus membros representassem cada órgão, que dependem mutuamente uns dos outros para sobreviver. Quando um órgão falha, compromete o funcionamento dos outros, podendo levar à falência total. A separação dos membros parece desencadear fantasias de aniquilamento. Os sentimentos intensos desencadeados pelos acontecimentos são fatores de risco que colocam o funcionamento familiar em crise: o infarto dos irmãos, o

AVC e morte do pai e o transplante de rim mal sucedido da sobrinha. A sexualidade também demonstra estar conectada ao campo dos sentimentos intensos e perigosos, portanto, afastar-se dela e funcionar como ‘castrado’ lhe confere maior proteção.

As perdas a partir da doença vieram acompanhadas por outras perdas impactantes, que exigiram do ego mecanismos defensivos mais intensos e arcaicos, como a repressão e a cisão, impossibilitando o processo de elaboração do luto. Os acontecimentos parecem ter se configurado como importantes traumas psíquicos, funcionando como *‘um divisor de águas’(sic)*. Quando o trauma ocorre, há um reinvestimento narcísico e mecanismos defensivos primitivos podem ser convocados para dar conta da angústia e do terror. Segundo Vieira (2005),

“O trauma é uma ferida no ego, portanto uma ferida narcísica. A forma com que o ego busca a manutenção de um estado mínimo de organização, quando avassalado por angústia, é por meio da clivagem [...]. A experiência traumática pode ser descrita como um estar fora de si, uma dissociação, como se fosse impossível conceber que quem está vivendo algo inominável é a própria pessoa. Expressar essa vivência em palavras seria algo como: ‘não, isto não está acontecendo comigo’. Uma parte do ego vivencia a experiência e dela nada compreende, e outra parte despregada do núcleo do ego, ou núcleo narcísico, é capaz de ter a cognição, mas não o sentimento. A noção de realidade fica de imediato transtornada ou impedida: aquilo que está sendo vivido é inaceitável demais para ser concebido como real (p. 116)”.

Na situação traumática, é como se uma parte do eu tivesse sucumbido, e diante da angústia aniquiladora a idealização e a formação reativa são mecanismos que podem influenciar a percepção da realidade. A visão dele sobre sua vida passa a ser percebida de outra maneira.

Baseando-se nos relatos de J., posteriores aos eventos traumáticos, fica a sensação de que sua vida antes dos acontecimentos possuía apenas aspectos positivos: sua família era unida, as relações eram satisfatórias e seu trabalho trazia realizações. Não há referências a conflitos importantes que são inerentes a todas as relações humanas, e nem aos seus hábitos de vida, que contribuíram para o desenvolvimento da doença (Carvalho

& Souza, 2001). Ele não faz associações entre o infarto e o momento de sua vida ou seus hábitos na época. A saída encontrada pelo ego para seguir adiante após os primeiros meses pós infarto e CDI foi idealizar a doença e o dispositivo como positivos, afastando-se dos afetos e vivências negativas relacionadas a eles. Negar as perdas e o sofrimento causados pela doença e pelo CDI pode dificultar o processo de luto e a consequente integração entre os afetos positivos e negativos, que são essenciais para que haja a adaptação ao momento de vida.

A relação com seu padrão foi essencial para fortalecer seu ego enfraquecido, que lutava para lidar com tantos estímulos dolorosos. A relação de ambos tinha características de dependência, assim como sua relação com a sua família e equipe médica. J. sentia-se acolhido e protegido em ambas situações. Havia uma identificação paterna com o dono da empresa e o desfecho dessa relação reatualizou a vivência anterior: o homem protetor e poderoso mostra-se menos forte que J. e falece. Em sua fala, os afetos relativos a essa perda parecem novamente dissociados dos sentimentos e deslocados para a racionalização, onde ele enfoca seu papel nos trâmites que envolvem o sepultamento.

Há ambivalência entre os sentimentos e afetos, onde num primeiro momento eles são percebidos como ruins e, posteriormente, como bons sem que haja uma integração entre eles, e essa ambivalência repete-se na relação com o CDI. Sobre essa ambivalência, Bergeret (1998) comenta:

“Conforme mostrou S. Freud, em 1924, o ego ‘se deforma’ para não ter, justamente, que desdobrar-se. Ele funcionará distinguindo dois setores no mundo exterior: um setor adaptativo, no qual limita-se a relações organizadas segundo a dialética dependência – domínio. Sem ter de operar uma negação da realidade, o ego, entretanto, distinguirá, a propósito do mesmo objeto, ora uma imago positiva e tranquilizadora, ora uma imago negativa aterrorizante, sem possibilidade de conciliar as duas imagos contraditórias”. (p.129)

No início, o dispositivo foi percebido como um objeto estranho e perigoso, que despertava sentimentos de medo e angústia que o paralisava. Por intermédio novamente de comportamentos onipotentes, houve tentativa de controlar a realização das atividades cotidianas. Esse controle fornecia uma proteção ilusória, impedindo que J. utilizasse dados de realidade relativos às limitações do dispositivo para conseguir integrar seus sentimentos e afetos em direção à adaptação diante da nova situação de vida. A gastrite e a retocolite que o acomete são doenças paradigmáticas de pacientes somatizadores, que exprimem no corpo a incapacidade de dar significados aos afetos.

A relação que ele desenvolve posteriormente com o CDI parece seguir novamente o percurso da identificação paterna, onde o dispositivo é percebido como protetor e poderoso, cuidando para que ‘nada de mau lhe aconteça’. A partir desse olhar, é compreensível que os choques, apesar de dolorosos, sejam percebidos como necessários e inerentes a essa segurança fornecida pelo CDI, assim como a severidade e exigência do pai também é para o ‘bem do filho’, conforme o relato de J. O fato dos choques serem apropriados ou inapropriados não gera angústia diferenciada, pois ele os interpreta como uma vigília cuidadosa do dispositivo. Além disso, existe um privilégio pois o CDI significa a possibilidade de viver, destino diferente de algumas pessoas amadas por ele. Portanto, não há espaço para percepção de vivências negativas sob o risco de J. parecer ingrato.

Nova cisão mostra-se presente no momento em que o choque é disparado e ele não consegue associar o evento ao CDI e a possibilidade de morte, ‘esquecendo’ inclusive de procurar a equipe médica. Utiliza defesas onipotentes para justificá-lo, como se a responsabilidade do choque fosse dele. Esses comportamentos onipotentes podem sugerir um superego rígido e punitivo, que desencadeia sentimentos de culpa. O choque constitui-se como dado de realidade, fazendo-o sentir novamente medo e

angústia. Em função de seus sentimentos onipotentes que o fazem acreditar que ele era o responsável pelo disparo, seis dias após o primeiro choque ele adota um comportamento que sugere tentativa de ‘testar’ a eficiência do dispositivo e recebe outro choque. Frente ao novo acontecimento, procura a equipe e os sentimentos onipotentes se confirmam quando os médicos asseguram que o CDI interpretou de forma incorreta os parâmetros.

Podemos considerar que os comportamentos onipotentes de J., bem como seus mecanismos defensivos mais primitivos como a cisão, impedem a integração entre os afetos positivos e negativos, o que dificulta a percepção dos dados de realidade e a elaboração das vivências de forma mais realista. Além disso, sua insatisfação com o trabalho atual parece intensificar os conflitos egóicos, pois a atividade profissional foi sempre importante fonte de reconhecimento. Por outro lado, o adoecimento modificou positivamente suas relações pessoais e seus hábitos de vida. O CDI é percebido como protetor, o que é positivo, porém seu funcionamento psicodinâmico favorece que a percepção da doença e do CDI se modifiquem de uma tendência a perceber aspectos negativos e estressantes para apenas positivos e protetores. Há uma racionalização a serviço da adaptação. Como há dificuldade em integrar aspectos positivos e negativos, caso ocorra um novo episódio de choque, há grande probabilidade de que J. vivencie sentimentos de angústia e medo em função do ‘choque de realidade’ por um período maior do que se houvesse uma visão realista das limitações de seu coração. Apesar disso, o tempo de reação diante dos eventos imprevisíveis vem sendo cada vez menor, indicando uma tendência a se adaptar mais rapidamente.

Categorização da EDAO-R

Setor	Capacidade adaptativa	Pontuação	Total	Classificação Diagnóstica
A/R	Pouco Adequada	2,0	3,0	Grupo 3 Adaptação Ineficaz Moderada
Pr	Pouco Adequada	1,0		

A análise da EDAO-R indica que a adaptação de J. é ineficaz moderada, em função dos conflitos psíquicos nos setores Afetivo-Relacional e Produtividade. A compreensão clínica evidencia esses conflitos e, apesar do paciente demonstrar uma tendência na diminuição do tempo de reação diante dos eventos estressores vivenciados, sua maneira ambivalente e dissociativa em lidar com as situações propicia sofrimento psíquico desproporcional e dificuldade de elaboração, o que diante de um novo choque ou agravamento de sua doença pode dificultar o processo readaptativo.

Caso 2 – C.

Viúvo – 5 filhos (1 falecido)

1º grau incompleto

Paciente	Idade	IAM	Ano do implante de CDI	Choques	CF/FEVE
Caso 2 C	67 a	2007	2009	Ausência de choque	II 30%

História de Vida

C. nasceu em Fortaleza e durante 10 anos foi filho único. Nessa idade, sua mãe engravidou e na hora do parto houveram complicações que causaram a morte dela e do bebê. Sua relação com a mãe era muito próxima e conversavam sobre tudo. Seu pai era um homem severo e o educava com extremo rigor, exigindo um comportamento exemplar. Apesar disso, lembra-se do pai como um grande exemplo de homem, pois ele se preocupava em atender todas suas necessidades de criança, não deixando que nada faltasse. Viviam em um sítio muito bem cuidado pela família, e ele trabalhou no sítio durante sua infância e adolescência, ajudando seus pais.

Ao falar da morte da mãe, num primeiro momento, diz que recuperou-se rápido da perda, pois o pai casou-se novamente seis meses após ficar viúvo. Porém, em seguida, reconhece que sentiu muito a falta dela e que não conversou sobre isso com ninguém. Não se sentia à vontade para expressar seus sentimentos com relação à perda da mãe. Sua madrasta era carinhosa e teve três filhos com seu pai. Não se recorda de sentir ciúmes dos irmãos em nenhum momento. Quando seu pai se casou novamente, adotou um menino da mesma idade que C., filho de um conhecido que não podia mais criá-lo. Esse menino viveu junto com a família até os 18 anos de idade.

Tinha predileção por brincar com carrinhos. Estudou pouco, mas sempre gostou muito de ler e sente orgulho disso. Não se recorda em qual matéria tinha melhor desempenho. Fazia amigos com facilidade, apesar de considerar-se reservado desde garoto.

O pai o proibia de sair com os amigos e queria ter controle sobre ele. Ao chegar à maioridade, percebeu que o pai já não podia controlar suas vontades e nesse período se lembra que de ter vivido um momento transgressor, desrespeitando algumas regras, principalmente no que se referia a horários. Começou a se envolver com as moças da cidade e, aos 22 anos, conheceu sua esposa. Namoraram por seis meses e se casaram. Em seguida, tiveram seus cinco filhos consecutivamente. Na gravidez do quinto filho decidiram vir a São Paulo para que a esposa pudesse realizar uma laqueadura de trompas. Deixaram as três filhas com os pais dela, em Fortaleza, e trouxeram o caçula com eles. Seis dias após o nascimento do bebê, sua filha do meio faleceu de sarampo, aos 9 anos de idade. Se desesperaram por estarem longe das filhas e se questionaram como teria sido se ela estivesse com eles. Decidiram trazer as outras filhas para São Paulo e se estabeleceram na cidade. Foi um período de tristeza para todos.

C. considera que não foi feliz em seu casamento. Sua esposa era uma mulher muito rígida e reservada, não demonstrando qualquer tipo de afeto por ele. Porém, cuidava com afincos dos afazeres domésticos e dos filhos. C. refere ser um homem afetuoso, porém não sentia reciprocidade na relação conjugal. A vida sexual deles era insatisfatória desde o início do casamento e ele não se sentia desejado pela mulher. Quando ficou doente, ela se preocupou com seu estado de saúde e acompanhou todo seu tratamento, mas continuou mantendo-se emocionalmente distante dele.

Há dois anos, a esposa descobriu um câncer de mama e acabou falecendo um ano depois. Durante a doença dela, C. esteve sempre muito presente e procurou lhe dar todo afeto que podia, consciente que não haveria reciprocidade. A morte da esposa o

abalou profundamente. Ficaram casados por 49 anos. Relata que nos momentos de maior angústia, Deus era sua única alternativa.

Atualmente, mora com uma de suas filhas, o genro e o neto. Os outros três filhos também são casados. Seus três netos têm entre 6 e 12 anos de idade. Considera sua família muito unida e refere que há um bom suporte emocional entre eles. A relação com os filhos sempre foi satisfatória e afetuosa, porém, após sua doença notou que eles ficaram mais atentos e preocupados. Seus três irmãos moram em SP, mas não se veem com muita frequência. Eles o consideram uma referência, procurando-o em momentos decisivos de suas vidas. Perdeu o contato com seu irmão de criação quando completou dezoito anos.

Há três meses conheceu sua atual namorada por intermédio de amigos em comum. Refere que ela é uma mulher extraordinária, exatamente como ele sempre desejou. É companheira, carinhosa e dedicada. Preocupa-se com seus sentimentos e pensamentos. Está vivendo um momento muito feliz, com planos de uma viagem a dois num futuro próximo. Sente-se pleno e agradece a Deus por estar vivo e por tudo que tem e pelas pessoas que fazem parte de sua vida.

Características Pessoais

Refere manter relações superficiais com as pessoas, pois não confia em ninguém completamente. Para estabelecer laços profundos de amizade, é necessário que ele analise profundamente o outro, e suas intenções. Não expõe seus problemas e sentimentos em nenhuma circunstância, pois acredita que ninguém se interessa por eles. Para ele, não há nada de positivo em falar de seus problemas, pois somente ele tem a capacidade de “tirá-los de sua cabeça”(sic). Associa a dificuldade em se expressar e a formalidade que mantém nas relações à educação rígida do pai.

Atividades Profissionais

Trabalhou como motorista de ônibus durante 25 anos e se aposentou após o infarto. Sua rotina era muito estressante e sua alimentação não era adequada, pois seu horário de almoço era restrito. Havia muita pressão em seu trabalho relacionadas à rotina e horários rígidos, além dos passageiros que utilizavam o transporte e possuíam diferentes níveis de educação.

Apesar de vivenciar situações desagradáveis constantemente, era educado e calmo, não perdendo a paciência em nenhuma situação. Refere que sentia raiva intensa e frustração, mas não demonstrava. As pessoas sempre o consideraram tranquilo e passivo e ele não expressava seu descontentamento com quem o magoava ou ofendia, preferindo calar-se ou controlar-se ao extremo. Após a doença, refere ter tomado consciência sobre o quanto fazia mal a si próprio em decorrência desses comportamentos e comenta que, aos poucos, tenta mudar sua forma de se comportar.

O infarto

O infarto ocorreu em 2007. Era fumante, mas fazia exames com regularidade em função de sua profissão. Não havia nada de significativo nos resultados que o deixasse em alerta. Acordou por volta das duas horas da manhã com falta de ar e dor intensa. Foi levado para o hospital por sua família. De lá, foi transferido para o Incor sentindo dor durante todo tempo. Comenta que a dor era desesperadora, mas não sentia medo de morrer apesar de acreditar que isso aconteceria.

Os médicos optaram pelo cateterismo e o implante de um stent. Após a alta, foi orientado a ter uma alimentação balanceada, evitar momentos estressantes, tomar

corretamente as medicações e fazer o acompanhamento de rotina. As recomendações foram seguidas rigorosamente por ele.

C. considerava-se um homem ativo antes do infarto. Jogava bola, trabalhava, fazia as manutenções necessárias em casa. Retomar sua rotina foi difícil no começo, pois sentia que não era mais o mesmo homem. Aposentou-se e todas as atividades que envolviam qualquer tipo de esforço foram abolidas, inclusive as atividades sexuais. Sentiu falta do trabalho, mas acostumou-se. Após 5 meses, começou a caminhar três vezes por semana e retomou as atividades sexuais. Voltou a fazer as manutenções de casa, porém o infarto representava que ele era não mais o homem que fora um dia.

O implante do CDI

Há 4 anos estava em casa almoçando e desmaiou. Ficou assustado já que nunca havia desmaiado antes. Foi levado ao hospital, pois acordou confuso e desorientado. Ficou internado por 40 dias para que todos os exames necessários fossem realizados. Os médicos diagnosticaram arritmias potencialmente fatais e indicaram o implante do CDI. Lembra-se de ficar muito ansioso antes do procedimento, mas depois do implante se tranquilizou. A cirurgia ocorreu sem intercorrências e no dia seguinte ele teve alta.

Mudanças na vida após o CDI

Novamente, o início foi um período difícil, de ansiedade e desconforto. Por 4 meses, pensava constantemente no CDI e deixou de fazer a manutenção da casa, principalmente o que estava relacionado à parte elétrica. Procurou seguir as recomendações médicas relacionadas à alimentação e à medicação. Deixou de fazer qualquer tipo de esforço e só retomou as atividades sexuais após seis meses. Refere que

essas decisões foram tomadas por ele apenas, sem discutí-las com o médico, pois não se sentia à vontade para falar sobre esses assuntos. Acredita que esse cuidado só fez bem a ele, não se sente incomodado por ter esperado esse tempo para retomar suas atividades. Numa consulta de rotina, após um ano de implante, o médico lhe disse que ele poderia caminhar e então ele retomou a atividade física. Para ele, o esforço envolvido na atividade sexual era inferior ao da caminhada, por isso retomou por conta própria.

Relata que demorou cerca de quatro meses para adaptar-se ao CDI, pois foi somente após esse período que ele começou a pensar menos no dispositivo. Só lembrava que o tinha quando desempenhava alguma função que poderia comprometê-lo e então cercava-se de cuidados.

Não percebeu mudanças significativas em suas relações afetivas após o implante. Apenas refere que seus filhos ficaram mais atentos e preocupados, incentivando-o a se alimentar melhor e a se distrair mais. Não tem receio de falar sobre o dispositivo com os outros, desde que surja o assunto. Atualmente, suas atividades preferidas são caminhar, brincar com os netos e namorar. Sabe a importância da alimentação balanceada, mas às vezes não resiste aos seus alimentos prediletos.

Percepção do choque

Apesar de procurar não pensar sobre o assunto, ele imagina que o choque é suportável e comenta que não tem medo dele. Evita pegar peso, viver situações estressantes, procura seguir as recomendações médicas corretamente pois assim acredita que o choque não será disparado.

Suas preocupações maiores estão relacionadas à necessidade de trocar o dispositivo e de um novo procedimento cirúrgico. Tem dúvidas sobre como seria esse processo e por quanto tempo o CDI pode ficar dentro dele.

Percepção sobre o CDI

Para ele, o dispositivo simboliza uma proteção especial, já que ele não é normal como era antes. O CDI o protege da morte, uma vez que seu coração não funciona adequadamente. Refere que consegue enxergá-lo positivamente, como um benefício e que o dispositivo já faz parte dele. Seu trabalho era muito estressante e acredita que se não tivesse se aposentado, o dispositivo seria muito solicitado pelo seu coração.

Informações disponibilizadas sobre o CDI pela equipe

Antes do episódio do desmaio, não sabia da existência de um dispositivo como o CDI. Segundo C., os médicos explicaram importância do implante, pois o CDI “evitaria um novo infarto e novas arritmias que poderiam causar sua morte ou desmaios”(sic). O dispositivo não seria implantado para controlar os batimentos cardíacos, estaria ali apenas como prevenção. Caso fosse detectada arritmia, ele dispararia um choque relativamente forte. Explicaram também sobre o procedimento cirúrgico, porém não se lembra de falarem sobre as restrições pós-implante. Aceitou a indicação médica tranquilamente, pois acredita que os médicos sabem o que é melhor pra ele.

Compreensão Clínica

A relação de C. com os pais é marcada por sentimentos ambivalentes durante toda sua infância e adolescência. Sentia-se amado por sua mãe, mas a relação com seu pai parece ser percebida por ele como faltosa, já que a rigidez intensa e a exigência de um comportamento exemplar podiam suscitar nele a percepção de que, para receber o olhar do pai, ele precisaria ser perfeito. Os sentimentos hostis direcionados ao pai eram reprimidos e a reversão do afeto coloca o pai como sendo o seu exemplo de conduta. Por ter um vínculo forte com a mãe, a renúncia edípica parece ter causado intenso conflito psíquico e o temor da castração o marcou profundamente, tendo como resultado um superego rígido e persecutório. Freud (1940) se refere ao superego como herdeiro do complexo de Édipo e aponta que a severidade do mesmo está relacionada à força da defesa empregada contra a tentação edipiana.

A gravidez da mãe pode ter despertado sentimentos de rivalidade e impotência, diante do fato de se perceber como insuficiente também para mãe. Os sentimentos hostis direcionados para ela e para o futuro irmão são concretizados fantasticamente com a morte de ambos, marcando de forma traumática o psiquismo de C. e propiciando fantasias de desamparo e de onipotência. Seu pai casou-se apenas seis meses após ficar viúvo e ainda adotou um outro filho. Não houve espaço para C. elaborar seu luto e chorar sua dor. Parece que ele se sentiu pouco acolhido nesse momento, porém suas defesas internas encontraram refúgio num comportamento de contenção de sentimentos, que pareciam adequados e esperados pelos que estavam ao seu redor.

Sua raiva precisou ser contida e os afetos parecem todos desvinculados de significado, e sentimentos hostis passam a ser direcionados para o próprio eu. Tende a manter postura passiva diante da vida embora em determinados momentos algo parece

se movimentar, como quando rompe o vínculo de domínio e controle que mantinha com o pai. Como essa etapa ocorre na mesma época em que seu irmão adotivo, da mesma idade, vai embora de casa, podemos inferir que sua rebeldia pode ter sido possível em função desse episódio.

Freud (1937) aponta que a passividade configura-se como um comportamento aproximado do feminino e há uma luta interna no homem “contra sua atitude passiva ou feminina para com outro homem (p.268)”. Ele acrescenta, mais adiante, os motivos que levam a esse conflito:

“Nos homens, o esforço por ser masculino é completamente egossintônico desde o início; a atitude passiva, de uma vez que pressupõe uma aceitação da castração, é energeticamente reprimida e amiúde sua presença só é indicada por supercompensações excessivas (p.268)”

Porém, diante de um superego tão rígido ele sucumbe e seus investimentos libidinais o vinculam a uma mulher que está identificada a seu pai, pois apesar de cumprir suas funções como esposa, dona de casa e mãe, não demonstra afeto por ele. A relação com a esposa o faz reviver sentimentos de rejeição experimentados anteriormente. Novamente se posiciona de forma passiva, dessa vez na relação conjugal e nas atividades profissionais. Parece acreditar que é exatamente que isso que merece, já que não possui atributos suficientes para ser amado e desejado. Sua recusa em se mostrar para o outro se refere a crença de que é incapaz de oferecer algo de valor, que desperte interesse. Quando sua filha falece, ele novamente utiliza a repressão e a culpa para dar sentido à sua dor, impedindo que o processo de luto fosse possível mais uma vez.

Freud, em seu artigo *Análise Terminável e Interminável* (1937), refere que os mecanismos defensivos são inerentes ao desenvolvimento egóico, e representam uma forma de relação ambígua pois, se por um lado têm a função de proteger o ego dos

perigos internos e externos, por outro se constituem em perigo devido ao dispêndio dinâmico e restrições que impõe ao ego. Em seguida, continua:

“Cada pessoa não utiliza mais do que uma seleção deles, mas estes se fixam em seu ego. Tornam-se modalidades regulares de reação de seu caráter, as quais são repetidas durante toda vida, sempre que ocorre uma situação semelhante à original (p. 254)”.

Num primeiro momento, a doença reforçou a percepção de sua incapacidade e desvalorização, além da possibilidade de sua finitude impedindo-o de ressignificar sua situação de vida, culminando com medo que dificultou sua adaptação diante da situação. Esse tempo em que demorou para se adaptar pode ser interpretado como angústia intensa diante da dúvida de sua capacidade de enfrentar as perdas de forma realista e elaborá-las. Sua reação onipotente diante das perdas desloca a dor e o desamparo diante da perda do objeto para o sentimento de culpa e hostilidade contra si mesmo.

Quando infartou, C. percebeu que era amado e se sentiu protegido por sua esposa e seus filhos. Esse afeto parece ter sido fundamental para fortalecer seu ego e assegurá-lo de que era importante para seus entes queridos. Segundo Bergeret (1998), “Podemos também observar fixações sobre o modo de um frágil arranjo defensivo, muito custoso do ponto de vista econômico, porém conservando todo tipo de capacidades evolutivas em direções mais estáveis e mais sólidas.” (p.14)

O fato de continuar vivo, mesmo tendo vivenciado perdas importantes em sua vida afetiva e profissional, o fez se vincular libidinalmente à família e ao CDI, que funcionaram como agentes cuidadores e protetores. Com a ajuda deles pode vivenciar o luto de forma não patológica, conseguindo se conectar a outros objetos e a perceber novas alternativas de vida. Sua atividade profissional não lhe era satisfatória, portanto apesar de sentir falta da rotina do trabalho no início, conseguiu adaptar-se muito bem à aposentadoria. A possibilidade do choque é percebida com certo receio, pois referencia sua impotência, assim como sua preocupação com a durabilidade do CDI.

A doença da esposa funcionou como uma espécie de resgate, onde ele pode oferecer seu afeto sem expectativas, pois conseguiu perceber que havia nela uma incapacidade de amar da qual ele não era responsável, assim como seu pai. A morte dela parece revivida como a libertação que vivenciou aos dezoito anos do controle do pai. Mesmo sentindo profundamente a perda, pode elaborar seu luto adequadamente e retomar sua vida afetiva numa relação onde há reciprocidade e projetos futuros. Sua inibição de afeto vem diminuindo na medida em que encontra em si motivos para sentir-se querido e sua capacidade adaptativa vem sendo aprimorada em função do fortalecimento egóico.

Categorização da EADO-R

Setor	Capacidade adaptativa	Pontuação	Total	Diagnóstico
A/R	Adequada	3,0	5,0	Grupo 1 Adaptação Eficaz
Pr	Adequada	2,0		

A análise da EDAO-R demonstra que C. encontra-se com adaptação eficaz em função de suas respostas adequadas e com poucos conflitos nos setores A/R e Pr, como demonstra a compreensão clínica. No momento da entrevista, ele vivia um estado de apaixonamento e de perspectivas positivas em relação ao futuro. A maioria dos conflitos anteriormente enfrentados, no que diz respeito às relações afetivas, parecem estar diminuindo progressivamente. Com relação ao setor da produtividade, C. demonstra satisfeito com a aposentadoria, principalmente em poder dispor de seu tempo livre da maneira que deseja. O sentido dado à doença e ao CDI, além do acolhimento recebido, proporcionaram uma modificação psíquica, onde conseguiu perceber que seus recursos internos são suficientes para ser amado, o que contribui para que sua adaptação ao novo

momento de vida seja cada vez mais satisfatória. Entretanto, por não ter vivido a experiência do choque, somente a angústia de sua possibilidade, não é possível garantir que tipo de reação ele terá caso o episódio ocorra. Podemos inferir que suas reações serão similares as dos eventos estressores anteriores, em função de seu funcionamento psicodinâmico.

Caso 3 – R

Casado, 2 filhos

2º grau completo

Paciente	Idade	IAM	Ano do implante de CDI	Choques	CF/FEVE
Caso 3 R	59 a	1º 1990 2º 2002	2005	1 choque apropriado em 2009	II 35%

História Familiar

R. é o filho caçula e tem duas irmãs mais velhas que ele 6 e 10 anos, respectivamente. Os três moravam apenas com a mãe, pois o pai nunca efetivamente viveu com a família, aparecendo apenas esporadicamente. Fica visivelmente desconfortável ao relatar o fato, e não abre possibilidades para aprofundarmos a questão. Comenta que a relação familiar era boa e que sua mãe era uma mulher passiva, tranquila, que nunca o cobrava a respeito de nada e nem o repreendia.

Aos quatro anos de idade, sua mãe casou-se com seu padrasto e para ele foi um período infeliz, pois jamais estabeleceu um vínculo paterno com o padrasto. Era um homem frio e distante. Relata que o tio, irmão de sua mãe, era a figura masculina de referência para ele, apesar de não manterem contato frequente. A relação com suas irmãs era próxima, porém vivenciavam conflitos em diversos momentos em função da rebeldia e teimosia de R. Considerava a irmã mais velha como sua verdadeira 'mãe', pois era ela quem o educava, quem o cobrava sobre as notas da escola, quem repreendia suas atitudes rebeldes. Ele a chama até hoje de 'sargentona' (sic).

Suas notas eram boas e gostava principalmente de matemática. Refere que não estabelecia laços de amizade com facilidade e tinha dificuldade em se relacionar. Acredita que para estabelecer vínculos de amizade é preciso se expor, e ele nunca se sentiu confortável nessa situação. Sua brincadeira predileta era jogar bola e comenta

que era um ótimo jogador. Sua primeira namorada foi aos 12 anos e a partir daí vivenciou inúmeros relacionamentos amorosos, considerando-se bem sucedido no que se refere à relação com as mulheres.

Casou-se três vezes e tem dois filhos da primeira união. A primeira separação ocorreu dois anos após o primeiro infarto, e algum tempo depois casou-se novamente. Comenta que seu segundo casamento foi conturbado e muito insatisfatório e após três anos de relacionamento, separou-se. Conheceu sua terceira esposa e vivem juntos até hoje. Considera sua relação atual muito satisfatória e, apesar de vivenciarem conflitos que ele considera comuns aos casais, são cúmplices e parceiros. Tem boa relação com a mãe de seus filhos e, na época da separação, as crianças foram morar com ele e assim permanecem até hoje.

Seu tio mais próximo está com 80 anos e continua lúcido e se encontram esporadicamente, porém sua mãe faleceu há um ano de Alzheimer. Ele comenta que ela já não reconhecia as pessoas e que isso o fez sentir intensa tristeza. Mantém um convívio estreito com suas irmãs e continua sendo mais próximo de sua irmã mais velha, a quem procura quando precisa de conselhos e apoio.”

Características Pessoais

Se descreve como tímido e retraído e comenta um fato ocorrido quando ele tinha sete anos que o marcou profundamente. Houve um desfile em sua escola e ele foi convidado a participar. Empolgou-se e se sentiu ansioso, porém minutos antes do desfile, os organizadores o avisaram que ele não participaria mais. Relata que sentiu-se muito rejeitado, pois outras crianças convidadas desfilaram normalmente. Não se lembra se ele foi o único a ser excluído do evento. Segundo R., esse acontecimento foi determinante em sua vida.

Tem bastante receio em expor seus sentimentos e possui um temperamento forte e explosivo. Ressente-se com facilidade e relata sentir-se humilhado em determinadas situações, como quando um amigo o cumprimentou com uma brincadeira que ele considerou ofensiva e eles acabaram brigando. Posteriormente, pensando sobre o ocorrido, percebeu que não havia má intenção no amigo. Porém, ele não se desculpou pois para ele é complicado pedir desculpas, assim como perdoar quando é magoado ou ofendido.

Seu primeiro nome é incomum e ele não se sente confortável quando é chamado por ele. Prefere usar o segundo nome, que é considerado por ele como normal, padrão, conhecido por todos. Na maioria das ocasiões onde é confrontado, sua primeira reação é a agressividade. Defende seus pontos de vista de forma veemente e não cede com facilidade. Considera-se ciumento e posesivo.

Ele acredita que a melhor forma de ser notado e admirado é se destacando. Comenta que percebia isso quando jogava bola e todos o queriam em seus times, pois ele jogava muito bem. Segundo R., se destacar é a maneira de conseguir que os outros venham até ele, não o contrário. Refere que, em uma ocasião, arranhou um trabalho como vendedor de sapatos tendo que ir à casa das pessoas para vender os produtos. Só conseguiu vender um único par de sapatos em semanas, e apenas porque uma das clientes sentiu pena dele. Decidiu abandonar esse trabalho e montar uma lanchonete, pois dessa forma os clientes é que iriam até ele.

Atividades Profissionais

Atualmente, trabalha como pintor de paredes e se descreve como o melhor pintor que conhece. Trabalhou como ferramenteiro numa multinacional por muitos anos. Dedicou-se às tarefas exigidas e foi conquistando um lugar de destaque na empresa. Era um trabalho muito estressante, que não admitia erros (nesse momento, R. faz uma analogia com o trabalho de um cirurgião: “Se ele errar, mata o paciente. Se eu errasse, matava a peça!”(sic)). Era um cargo de muita responsabilidade, onde erros podiam custar o emprego e a depreciação profissional, de acordo com seu ponto de vista.

Ele mantinha um alto nível de exigência consigo mesmo e sentia-se valorizado e reconhecido pela empresa. Numa ocasião, a empresa decidiu mudar sua fábrica para uma cidade distante e apenas 18 funcionários, entre os 600, seriam aproveitados na nova fábrica. Ele comenta com orgulho que foi o oitavo a ser escolhido.

Após o primeiro infarto, ele foi orientado pela equipe médica a diminuir drasticamente o ritmo de trabalho e isso teve um impacto importante em sua vida financeira, pois possuía dívidas e seus dois filhos eram pequenos. Foi afastado da empresa e posteriormente se aposentou, mas sentia-se pressionado pelas dificuldades financeiras. Assim, começou a realizar trabalhos informais como pintor após um ano e meio e hoje essa é sua principal atividade profissional.

O Infarto

R. comenta que bebia muito e fumava dois maços de cigarro por dia, mas nunca houve nada mais sério com sua saúde. O primeiro infarto ocorreu quando ele tinha 35 anos. Os funcionários da empresa organizaram um campeonato interno de futebol e ele participou do jogo normalmente. Voltou ao trabalho após o término do jogo, mas

começou a se sentir mal. Sentiu dor intensa, sudorese excessiva e, envergonhado por estar diante dos colegas de trabalho, voltou ao vestiário sozinho e vomitou muito (nesse momento, parece desconfortável em relatar o episódio para mim, como se eu fosse ter nojo dele).

Os colegas perceberam que ele não estava bem e o levaram para o Incor. Ficou extremamente incomodado com o primeiro atendimento, pois haviam várias pessoas cuidando dele ao mesmo tempo. Comenta que teve vontade de fugir. O médico o informou que ele havia infartado, mas ele se recusava a acreditar. Foi agressivo com a equipe. Após administrarem a medicação, a dor intensa passou e ele ficou uma semana internado em observação. Após a alta, vivenciou um longo período de readaptação à sua nova condição de vida.

No início, achou que morreria rápido, que não haveria mais esperanças para ele, pois precisou abandonar o que mais o realizava na vida: o trabalho. O impacto financeiro o desestabilizou e seus sonhos materiais foram interrompidos de uma hora para outra. Não conseguia aceitar a doença nem suas limitações e, em função disso, passou a beber e a fumar ainda mais do que antes. Não tinha fé. Sua vida familiar foi ficando cada dia mais conflituosa e desestruturada e ele entrou em uma profunda depressão.

Ficava todo o tempo em seu quarto, sozinho, sem vontade de viver. Interrompeu as atividades sexuais por 6 meses. Após um ano, começou a emagrecer muito e os médicos resolveram pedir exames para avaliar sua condição. Um desses exames era o de HIV e o resultado foi um falso positivo. Ele entrou em desespero e, um dia quando estava sozinho no quarto, pegou uma arma e apontou para sua cabeça. Foi interrompido por sua filha pequena que bateu à porta, chamando-o. Ele se arrependeu por pensar que um ato tão extremo seria a solução.

Era necessário fazer uma contra-prova do exame e, segundo R., quando recebeu o resultado negativo sua visão a respeito da vida se modificou. A partir desse momento, ele decidiu retomar sua vida, suas atividades profissionais e voltou a se sentir útil, a doença deixou de ser o foco. Com o passar do tempo, foi subestimando sua condição por sentir-se tão disposto e deixou de cuidar-se e de tomar a medicação corretamente.

O implante do CDI

Doze anos após o primeiro infarto, ocorreu o segundo, trazendo complicações adicionais. O novo infarto o trouxe de volta à realidade de sua doença, onde ele necessitava de cuidados, acompanhamento médico e disciplina alimentar. Segundo R., foi um período difícil, pois algumas atividades foram novamente paralisadas, porém ele conseguiu retomá-las mais rapidamente do que na primeira vez. Retomou o controle medicamentoso e os cuidados necessários a sua condição, negligenciados após o período de readaptação ao primeiro episódio, porém exames de rotina identificaram arritmias importantes, que eram na maioria das vezes assintomáticas.

A equipe modificou a medicação, mas os remédios não surtiram os efeitos esperados e optaram por implantar o CDI. Diante da notícia, ficou assustado e com medo intenso, pois acreditava que seu coração não suportaria por muito mais tempo. Tentou argumentar com os médicos, mas foi convencido. A cirurgia transcorreu bem, sem nenhuma intercorrência. Ele ficou muito apreensivo antes da cirurgia, mas tranquilizou-se quando percebeu que teria alta no dia seguinte. Sentiu dor, mas nada além do esperado. Não avisou a esposa quando iria embora, pois queria ir sozinho. Segundo ele, não era necessário que ninguém o acompanhasse.

Mudanças na vida após o CDI

Após o implante, comenta que durante uma semana abandonou todas as atividades, mesmo as mais banais, com medo do dispositivo e pensando nele e em seu funcionamento o tempo todo. Relata que desde menino tinha medo de choques e que nunca realizou atividades onde houvesse risco deles ocorrerem. Ficou apreensivo, com medo de fazer algo que desencadeasse o choque, evitou pegar peso, fazer exercícios físicos. Apesar de ter retomado as atividades sexuais em uma semana, só retomou seu trabalho de pintor seis meses após o implante. Segundo ele, eram orientações médicas. Com relação à retomada das atividades sexuais, comenta que não perguntou para os médicos o tempo adequado de abstinência e decidiu por conta própria. Aos poucos, foi retomando sua rotina e considera-se bem adaptado ao dispositivo, quase não pensa nele. Sua esposa o ajuda nesse sentido, incentivando-o a esquecê-lo e ter uma vida normal.

De acordo com R., o único momento em que a lembrança sobre o CDI vem à tona é quando ele cumprimenta as pessoas, principalmente homens, que têm o hábito de dar leves tapas sobre o peito um do outro. Passou a cumprimentar todos com apertos de mão bem distanciados, para não correr o risco de que descubram o CDI. Esconde de todos que é portador do dispositivo e teme ser descoberto. Somente algumas pessoas muito íntimas sabem sobre a existência do CDI. Não consegue encontrar uma justificativa para esse fato, apenas comenta que não quer que as pessoas o olhem de forma diferente. Com relação ao primeiro infarto, comenta que não houve maneira de esconder das pessoas, já que aconteceu dentro da empresa. Atualmente, trabalha e tem uma vida social satisfatória com sua esposa, filhos e amigos e está realizando alguns sonhos que haviam sido interrompidos.

Percepção sobre o choque

R. tinha ido ao shopping e quando foi estacionar um outro carro também foi em direção à mesma vaga que ele. Houve um impasse e ambos continuavam dispostos a ficar com a vaga. Os motoristas desceram do carro e começaram uma discussão que rapidamente evoluiu para agressão física mútua. Nesse momento, R. sentiu uma forte pancada no peito e se lembrou do CDI. Ficou desorientado e outras pessoas interromperam a briga. Ele não comentou com ninguém sobre o disparo e acreditou que as outras pessoas também não perceberam o que tinha acontecido.

No dia seguinte procurou a equipe médica, pois acreditou que o dispositivo estivesse com problema. Foi informado sobre o fato do choque ter sido apropriado e sentiu-se grato por ter o CDI, pois caso contrário poderia ter morrido. Refere que numa escala de dor entre 0 e 10 de intensidade, a dor do choque é 11. Mas, para manter-se vivo, aceita receber quantos choques forem necessários. Para ele não importa se o choque é apropriado ou inapropriado, já que é parte do dispositivo e dispositivos podem ter falhas. O importante é que os choques o mantêm protegido.

Percepção do CDI

R. percebe o CDI como um ‘anjo da guarda’ (sic), uma proteção importante, que impede que ele morra. Sente-se seguro com o dispositivo. Mesmo experimentando dor extremamente forte, ele não se importa de vivenciar novos disparos, pois isso garantirá que ele continue vivo.

Informações disponibilizadas sobre o CDI pela equipe

R. refere ter uma relação de confiança com a equipe. Lembra de ter recebido informações sobre o procedimento cirúrgico e sobre o funcionamento do CDI. Os

médicos o avisaram que o dispositivo iria monitorar seu coração e, em caso de arritmia, dispararia um choque que corrigiria o batimento cardíaco. Não se lembra de detalhes a respeito das restrições após o implante de CDI, apenas a restrição para retomar as atividades profissionais. Foi orientado a fazer o acompanhamento no ambulatório e a procurar o hospital caso um choque fosse disparado. Não se sente confortável para falar sobre todas as suas dúvidas com os médicos, pois fica envergonhado de tocar em determinados assuntos, por exemplo, sobre sexualidade.

Compreensão Clínica

A mãe de R. demonstrava ser passiva e pouco acolhedora. Na fase edípica, ou seja, momento do desenvolvimento que se situa ao redor dos 03 e 05 anos de idade, e se caracteriza por um conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança experimenta em relação aos pais (Freud, 1905), R. sofreu um importante abalo diante do casamento da mãe com um homem que ele não aceitava e que também não o amava. Pode ter se sentido traído, abandonado e rejeitado por ela, como já havia sido por seu pai. A relação da mãe e do padrasto o colocou diante de suas feridas narcísicas, indicando que havia um outro que podia dar algo a ela que o filho não era capaz, contribuindo para que possíveis fantasias inconscientes de perda, abandono e incompletude se fizessem presentes.

Segundo Zimerman (2010), “a mãe-indiferente não escuta, logo não compreende e não contém as ansiedades do filho que, por isso, entra num estado de desamparo e cria vazios existenciais (p.109)”. E acrescenta que pais excessivamente permissivos/passivos podem contribuir para a formação de um superego com características muito rígidas e severas, já que a criança terá que desenvolver recursos para enfrentar suas ameaçadoras exigências internas (Zimerman, 2010). A irmã mais

velha desempenha um papel materno na educação de R., porém sua autoridade é confrontada por ele em diversos momentos dando indícios de que esse vínculo não preenche o ‘buraco’ deixado pela mãe, bem como a ambivalência e os conflitos remanescentes dessa relação. Além disso, a rigidez da irmã pode ter contribuído para formação de um superego crítico e ameaçador, reforçando nele sentimentos de incapacidade e abalos em sua autopercepção.

A situação traumática, que remete à rejeição, foi reeditada no momento em que ele é recusado no desfile. O evento na escola é um grande golpe à sua tentativa de fortalecimento da autoestima. A questão que se impõe para ele a partir dos fatos ocorridos em sua vida é que ele não é o escolhido. E se não é escolhido, é porque lhe falta algo que é interessante para o outro. R. não se percebe como objeto de desejo do outro e fantasia que há nele uma falha (que o envergonha) que precisa ser encoberta para que ele possa mostrar-se desejável. Um dos mecanismos defensivos inconscientes, definido como formação reativa, consiste na representação ideativa de algo pelo seu contrário (Garcia-Roza, 1998) e essa ambivalência entre o rejeitado e o competente (desejado) parece se referir a isso.

O jogo ambivalente em que R. encontra-se envolvido alterna sentimentos de onipotência e impotência. Segundo Simon (2012), a onipotência funciona como uma defesa importante, porém à custa de empobrecimento egóico:

“O senso de onipotência é extremamente sedutor porque alivia os sentimentos de frustração e culpa, exigindo uma ação constante do senso de realidade para contrabalançá-lo. O senso de realidade é balizado pelas noções de limitação, proporcionalidade, e relatividade. A evolução do senso de realidade é a base do fortalecimento do ego. O senso de onipotência abomina os limites e procura gratificação sem frustração e realização, sem culpa nem responsabilidade. Quanto mais predomina, o senso de onipotência enfraquece o ego.” (p. 2)

Sua relação com a irmã mais velha, assim como as inúmeras relações amorosas, parecem tentativas de se perceber desejado, como objeto de amor do outro. Sua

dificuldade em estabelecer vínculos e se mostrar, bem como os sentimentos persecutórios onde acredita que há sempre alguém disposto a humilhá-lo ou rejeitá-lo, são traços compatíveis com fixações na fase anal do desenvolvimento psíquico. Há uma tentativa constante dele em “reter” o controle de tudo, uma rivalidade acirrada nas relações afetivas e profissionais, que demonstram características sádicas (Zimmerman, 2010), reforçando as fixações importantes na fase edípica.

Em sua concepção, os melhores e os que se destacam são os desejados. Ser reconhecido como bom jogador, bom profissional e um homem de temperamento forte demonstra ser uma defesa potente contra medo de ser rejeitado, desprezado, de ser inferior. Lutar para que os filhos continuassem a morar com ele após a separação parece uma tentativa de evitar que os filhos vivenciassem sentimentos de abandono e rejeição, como ele sentiu pelo próprio pai. Remete também ao ‘bom’ pai que ele desejava ser.

O infarto o colocou novamente na posição de impotente, posição essa que se estendeu inclusive para a função sexual. Seu papel de bom profissional, provedor, marido e pai e o desejo de onipotência foi colocado em xeque diante da doença que lhe cobrava o preço por seus excessos de comida, bebida, cigarro e trabalho. Não parece confortável na posição de “ser cuidado”, nem pelos médicos que o atenderam, nem pelas esposas. Ser dependente do outro o faz perceber que sua onipotência é ilusória e que há nele fragilidades com as quais ele não consegue lidar.

Sua impulsividade, sua agressividade mal direcionada e sua competitividade exacerbada são aspectos relevantes no surgimento da cardiopatia. Essas características psicológicas já foram correlacionadas ao IAM (URSO, 2011). Defrontar-se com suas impossibilidades, diante de um ego fragilizado, pode ser determinante para que ele deprima e vivencie um longo período de luto por todas as perdas enfrentadas anteriormente, agora reatualizadas.

A ideia de suicídio parece ter sido um ato de desespero diante da descoberta do HIV. Há muito preconceito relacionado à essa doença e é notório que muitos pacientes fiquem constrangidos em assumir esta condição por medo do julgamento alheio. No caso de R., esse medo foi potencializado em função de seu temor recorrente do olhar do outro, da vergonha que sente quando se percebe diferente ou vivencia situações em que se sente exposto, referenciando que podem existir sentimentos de inferioridade que agem como reflexo de suas feridas narcísicas. Freud, em seu artigo *Além do Princípio do Prazer* comenta que:

“A perda do amor e o fracasso deixam em si um dano permanente à autoconsideração, sob a forma de uma cicatriz narcisista, o que, em minha opinião [...] contribui mais do que qualquer outra coisa para o ‘sentimento de inferioridade’ [...] (1920, p.31)”.

Além disso, o episódio pode demonstrar uma tentativa de controle por parte do ego em lidar com a angústia da possibilidade da morte, já que tanto a cardiopatia quanto o HIV remetem a isso. Sua atitude o levaria ao encontro de sua finitude num movimento ativo, ao invés de esperar por ela passivamente com angústia extrema.

A busca compulsiva pela aceitação e reconhecimento do outro, somado à sua impulsividade e agressividade mal investida e sua necessidade de se colocar a prova, testando seus limites, indicam um movimento compatível com a pulsão de morte (Freud, 1920).

Ao depender de alguém, seja dos médicos que o cuidam, da esposa ou até mesmo do CDI, que procura esconder com veemência por vergonha de possuir o dispositivo e do que ele representa (sua saúde inferior, sua falha cardíaca, sua falha pessoal), seus sentimentos de menos valia afloram. E, em muitas circunstâncias, a agressividade é a maneira que ele encontra para combatê-los, como no episódio onde

sua atitude impulsiva ocasionou arritmias que poderiam ter lhe tirado a vida, não fosse o choque disparado.

O dispositivo teve um impacto importante na vida de R., pois o trouxe à realidade de sua doença: sua onipotência o fez negligenciar os controles alimentares e medicamentosos, contribuindo para o agravamento de seu quadro clínico. Havia a angústia de ser portador de uma cardiopatia que impunha limitações mais contundentes no início e a forma de enfrentar sua nova condição de vida incluiu a negação e a racionalização, considerando-se ‘curado’ após a diminuição dos sintomas. O diagnóstico de arritmias assintomáticas o fizeram perceber que negar o adoecimento ou ter seus sintomas diminuídos não impede que a doença se manifeste de forma mais grave. Aceitou o dispositivo após ser convencido pelos médicos de que essa era sua única alternativa de continuar vivo. R. não parece ceder facilmente, mas os argumentos médicos se referiam à única possibilidade dele permanecer vivo. O medo da morte e a falta de controle diante dela foram determinantes na aceitação do implante.

Vive uma relação ambivalente com o dispositivo e com o choque, pois sente-se protegido, o que o remete à sensação que buscou sentir durante toda vida, mas ao mesmo tempo, envergonha-se por precisar de proteção. Por outro lado, o vínculo de confiança com o dispositivo é estabelecido no momento em que o choque dispara. Dessa forma, a dor e a imprevisibilidade do choque, assim como disparos apropriados ou inapropriados tornam-se quase irrelevantes diante do enorme poder do dispositivo em preservar sua vida, de fornecer controle da situação, colocando-o novamente na posição onipotente que tanto lhe é familiar. Essa onipotência pode representar uma defesa à angústia de castração, presente desde as etapas precoces do desenvolvimento, relativas ao período edípico.

A partir da definição de adaptação adequada proposta no capítulo anterior, considera-se que R. tem dificuldades adaptativas significativas no que diz respeito às relações afetivas e sociais. Por outro lado, sua atividade profissional proporciona satisfação e reconhecimento, amenizando os conflitos presentes nas relações com o mundo externo e interno.

A visão que ele tem do CDI é que ele o protegerá em qualquer situação e, se porventura surgirem falhas, pois “todo aparelho eletrônico é passível de falhas” (sic), não serão culpa de R. ou da equipe médica – alvo de suas projeções narcísicas onipotentes. O dispositivo o ajuda a reprimir o medo intenso da morte e de sua falta de controle sobre ela, afastando-o da constatação (consciência) de que suas atitudes impulsivas e agressivas podem levá-lo a uma situação grave, que não permita nem mesmo ser revertida pelo choque. Em momentos críticos, como o momento do implante e do choque, ele paralisa ao constatar sua impotência e, em função da intensidade da angústia, tem reações extremas que podem dificultar o processo de adaptação ao CDI e ao adoecimento, impedindo-o de perceber sua parcela de responsabilidade na manutenção de sua vida.

Categorização da EDAO-R

Setor	Capacidade adaptativa	Pontuação	Total	Diagnóstico
A/R	Pouco Adequada	1,0	3,0	Grupo 3 Adaptação Ineficaz Moderada
Pr	Adequada	2,0		

A análise da EDAO-R corrobora os resultados da compreensão clínica. O comportamento impulsivo e agressivo de R. contribui para que as relações afetivas sejam conflituosas. Seu funcionamento psicodinâmico permeado por características

persecutórias tende a estimular o desequilíbrio nas relações. Além disso, a intensa preocupação de que o CDI seja descoberto (e suas “falhas” apareçam) e a visão onipotente do dispositivo, dificultam uma percepção realista e integrativa, demonstrando que a adaptação nesse setor é pouquíssimo adequada, colocando-o no diagnóstico de adaptação ineficaz moderada. Entretanto, como o setor da Produtividade encontra-se com adaptação adequada em função da ausência de conflitos e da satisfação que ele obtém nessa área, há um ponto de equilíbrio que influencia o setor Afetivo/Relacional, diminuindo a intensidade de alguns conflitos egóicos. Apesar disso, seu funcionamento psicodinâmico sugere que diante de novos episódios de choque ou agravamento da doença, suas reações serão intensas e com duração mais prolongada.

Caso 4 – S.
casado, 4 filhos
2º grau completo

Paciente	Idade	IAM/PCR	Ano do implante de CDI	Choques	CF/FEVE
Caso 4 S	51 a	1º 1994 2º 1996 PRC 2011	2011	1 choque inapropriado em agosto/2011 (dois meses após o implante) 1 choque apropriado em novembro/2011	II /III 30%

História Familiar

Segundo S., sua vida foi marcada pela dor desde muito cedo. É o caçula de 7 irmãos e hoje apenas duas irmãs continuam vivas, com as quais ele mantém pouco contato. Não conheceu seu pai, pois ele faleceu num acidente quando a mãe estava grávida de S. Descreve a mãe como uma mulher rígida e muito enérgica com todos os filhos. A relação deles era distante e S. se sentiu pouco acolhido em sua infância e adolescência, primeiro pela mãe e posteriormente pelos parentes com quem morou. Apesar desse relato, ele se lembra de que nas consultas e internações em consequência de uma grave nefrite, aos 3 anos de idade, era sua mãe que o acompanhava. Ficou internado por 7 meses e chegou a ser ‘desenganado’ pelos médicos, mas se curou.

Quando ele tinha cinco anos, sua tia infartou e morreu. A mãe mantinha uma relação muito próxima com essa irmã. A família ficou apreensiva em dar a notícia para sua mãe e optaram por chamá-la na casa da tia, avisando-a apenas que ela estava muito mal. Quando ele e a mãe entraram na casa, de mãos dadas, a mãe se deparou com o caixão na sala e, com o impacto da cena, teve um mal súbito e faleceu imediatamente. Essa cena marcou S. profundamente e quando ele a conta é como se o fato tivesse acabado de acontecer. A partir desse dia, S. alternou períodos na casa de

dois irmãos mais velhos, que já eram casados e na casa de outros parentes. Os irmãos menores foram separados e sua vida ficou ainda mais atribulada. Sofreu inúmeros maus tratos e espancamentos na infância, tornando-se muito rebelde na adolescência. Tinha dificuldade de aceitar regras e limites e brigava constantemente com as pessoas com quem morava: “Você começa a entender as coisas e começa a achar que a vida te deve algo...aquilo que você ficou atrasado tem que recuperar (sic).”

Não se lembra de ter amigos próximos na infância e adolescência, só colegas de escola. Não consegue especificar quais matérias mais gostava, nem quais eram as brincadeiras preferidas. Refere que tinha dificuldade em fazer amizades pois era muito retraído. Suas relações amorosas se iniciaram aos 15 anos e, apesar de ser tímido, comenta que teve algumas namoradas até conhecer sua esposa aos 20 anos. A iniciativa da aproximação foi dela e casaram-se dois anos depois.

Comenta que casou-se muito rápido pois queria se afastar das regras e cobranças de sua família e o casamento foi a maneira que encontrou para se desvencilhar deles. A relação conjugal sempre foi conturbada e com inúmeros conflitos. Tem 4 filhos e dois netos.

Apesar de referir que a prioridade de sua vida foi dar oportunidade aos filhos de estudarem e terem uma vida melhor que a dele, sua relação com eles é distante. Ele reconhece que é um pai rígido, inflexível e que não demonstra seus sentimentos. Relata que ama muito os filhos e a esposa, mas não consegue expressar esse amor.

Não permite que os filhos chorem, porque ‘homens não choram’(sic). Depois do IAM, S. percebeu que a relação familiar ficou mais estável e os filhos e a esposa se preocupam com ele e com sua saúde. A esposa descobriu há algum tempo um câncer de mama e isso o desestabilizou mais do que seu infarto. Durante o tratamento da esposa,

conseguiu se aproximar dela, mas após a alta médica eles se afastaram novamente. Relata que tem fé e acredita em Deus e nos momentos mais angustiantes recorre a Ele.

Um de seus filhos é seu funcionário e constantemente há conflitos entre os dois. Comenta que no dia anterior à entrevista, ele e o filho discutiram pois S. determinou que o trabalho fosse feito de uma forma e o filho quis fazer de outra. A discussão culminou com a demissão do filho e agressões mútuas, quase chegando às vias de fato. Para ele não há possibilidade de ser contrariado. Após relatar o episódio, S. chora muito e se diz arrependido do que fez, mas reforça que não há como voltar atrás.

Demonstra surpresa ao final da entrevista, pois sentia-se mais 'leve'. Acreditou, no início, que a entrevista fosse uma desculpa da equipe para lhe comunicar que lhe tirariam o dispositivo. Surpreendeu-se por se permitir chorar na frente de alguém desconhecido.

Características Pessoais

S. se considera um homem inflexível e desconfiado. Normalmente determina que tudo seja feito da maneira como ele quer e quando isso não acontece, fica extremamente agressivo e ofende quem estiver por perto. Se percebe que extrapolou os limites se arrepende, mas não consegue se desculpar. Comenta que tem temperamento explosivo e perde a paciência com facilidade, tendo muita dificuldade pra controlar a raiva. Percebe que seu comportamento o afasta de quem ama, mas não consegue agir de outra maneira. Nos momentos mais angustiantes, chora sozinho: “Eu venho morrendo desde os três anos de idade...(sic).”

Atividades Profissionais

S. abriu uma pequena empresa de manutenção mecânica para indústrias há alguns anos, após ter sido funcionário de metalúrgicas a vida toda. Sente-se realizado e reconhecido profissionalmente. Comenta que exige de si mesmo uma postura corretíssima no trabalho e é pouco tolerante com erros.

Após o primeiro IAM, os médicos do INSS não quiseram aposentá-lo, mas o afastaram por nove meses da empresa em que trabalhava. Nesse período fazia atividades informais. Atualmente, desfez a sociedade com um amigo por divergências de pensamento e recebe ajuda do filho e de um funcionário em sua empresa, afastando-se do trabalho mais cansativo.

O IAM e o implante de CDI

Antes do IAM não tinha nenhum problema de saúde, mas seu histórico familiar é relevante. Além da mãe e da tia, um de seus irmãos faleceu aos 21 anos de idade por problemas cardíacos.

Seu primeiro infarto ocorreu quando ele jogava bola com os colegas. Sentiu muita falta de ar, dor no peito e cansaço extremo. Foi levado ao hospital e os médicos diagnosticaram o infarto. Não realizou cirurgia cardíaca, apenas cateterismo. Os médicos o orientaram a diminuir o ritmo de suas atividades até que estivesse melhor.

Foi afastado do trabalho por nove meses em função de sua debilidade. Refere que diminuiu cerca de 80% de suas atividades diárias e parou de fumar e beber. Interrompeu a atividade sexual por um tempo que não consegue determinar, apesar de não ter conversado com os médicos sobre o assunto, e retomou por conta própria. Sua família ficou preocupada e cuidou dele, pois temiam que morresse.

Comenta que apesar de não ter medo da morte, não gostaria de morrer. Se preocupava em retomar sua vida logo, pois seus filhos eram pequenos e dependiam dele. O trabalho foi fundamental para sua recuperação. Sentiu-se apoiado pela empresa e pelos colegas, assim como pela família. Com o tempo, deixou de seguir o tratamento corretamente, descuidou das medicações e retomou as atividades físicas. Após dois anos do primeiro IAM, S. infartou novamente em situação idêntica ao primeiro evento. Sua rotina paralisou-se mais uma vez por um longo período e, aos poucos, retomou parte de suas atividades. Decidiu sair da empresa e montar seu próprio negócio, em sociedade com um amigo.

Em 2011, sentiu-se mal e foi para o hospital. Sofreu uma PCR e ficou desacordado por alguns dias na UTI. A equipe médica cogitou encaminhá-lo para transplante, mas em função da longa espera prevista, optaram pelo implante de CDI. Ficou inconformado com essa solução, pois não queria ter um dispositivo no peito que o incomodaria e o impediria de viver uma vida normal. Houve um longo processo de convencimento sobre o quanto o CDI era imprescindível e, aos poucos, ele foi aceitando e se conscientizando da importância do dispositivo. Para ele, sua doença é uma sentença pois vários familiares morreram do coração e esse também será seu fim. Procura viver um dia de cada vez e não pensa na morte. Sentiu muito medo antes da cirurgia, mas o procedimento ocorreu sem intercorrências e S. teve alta dois dias depois do implante.

Mudanças na Vida após o CDI

Após retornar para casa, demorou cerca de um mês para retomar suas atividades diárias e sexuais. Surpreendeu-se por não notar nenhuma grande diferença em sua vida. Ele evita o contato físico, como abraços e cumprimentos, pois teme que as

peessoas toquem no CDI. Essa preocupação está relacionada, segundo ele, ao medo de que o dispositivo dispare choque.

Evita falar sobre o dispositivo com pessoas menos próximas, mas não se importa em falar sobre o CDI com a família e conhecidos que sabem de sua condição clínica. No trabalho, precisou adaptar-se e tomar algumas precauções. Não manuseia objetos pesados ou que considera potencialmente perigosos. As atividades físicas foram suspensas. Tem dificuldade para seguir a dieta adequada, porém passou a tomar a medicação regularmente.

Percepção do choque

O primeiro choque ocorreu quando ele se levantou bruscamente da cama. Refere que desmaiou, mas retomou a consciência rapidamente. Procurou a equipe médica e foi constatado que o choque foi inapropriado, em função de uma leitura incorreta do dispositivo. Sua medicação foi alterada para evitar novos choques desnecessários. Dois meses depois, ao se enxugar após o banho, um novo choque foi disparado. Dessa vez, ele desmaiou por um tempo maior e sua percepção foi de que o segundo choque havia sido mais forte que o primeiro. Foi novamente para o hospital e a equipe considerou o choque apropriado, pois ocorreu em função de uma arritmia importante.

Numa escala de intensidade de dor entre 0 e 10, S. considera a dor do choque próxima de 4 ou 5. Sua sensação a respeito do choque é como se acendessem um pavio que, de repente, estoura. Diante de sua resposta surpreendente, questiono se ele se percebe tolerante à dor, de maneira geral. Ele comenta que em seu trabalho era comum tomar choques, muitas vezes mais intensos que os choques disparados pelo CDI.

Após os episódios de choque, S. sentiu medo e diminuiu consideravelmente suas atividades, mas retomou aos poucos sua rotina normal. Sente-se muito feliz por estar vivo e refere não se sentir incomodado com o fato de ter experimentado um choque desnecessário, pois os choques são inerentes ao dispositivo e, além disso, ele já não se lembra mais de quantos choques desnecessários experimentou em sua vida. Esses choques, pelo menos, tem função de salvar sua vida ou remetem que o CDI funciona.

Percepção do CDI

Inicialmente, duvidou que o CDI modificaria sua vida positivamente. Após perceber que ele não modificou sua rotina além do que a própria doença já havia modificado, encarou o dispositivo como aliado. Sua família se preocupou muito com o CDI e com os choques, mas perceberam, assim como ele, que o dispositivo é uma proteção que o ajuda a viver. Percebe o dispositivo positivamente e o considera fundamental para sua segurança.

Informações disponibilizadas pela equipe.

S. relata que recebeu algumas informações a respeito do CDI no momento do implante. A equipe explicou que era um dispositivo diferente do marcapasso, pois ele iria “perceber quando o coração tivesse arritmia e dispararia um choque para corrigi-la”(sic). Avisaram que seu quadro era grave e que o CDI seria essencial para mantê-lo vivo. Foi orientado a procurar o hospital em caso de choques e seguiu essa recomendação corretamente. Apesar de sua ‘aversão’(sic) aos médicos, confia muito na equipe e em suas orientações.

Compreensão Clínica

S. vivenciou perdas muito significativas desde cedo. As mortes que marcam sua história de vida se dão em circunstâncias impactantes e, segundo o seu relato, o único momento em que ele foi realmente cuidado e protegido em sua infância acontece quando ele também está à beira da morte, aos três anos de idade. Não há indícios de que ele tenha conseguido elaborar o luto de todas essas perdas, pois parece ter reprimido todos os sentimentos.

A rigidez de comportamento, a intolerância e a rebeldia são respostas possíveis encontradas por ele para lidar com a rejeição que vivenciou desde muito cedo. Quando ele comenta que não pode ser contrariado ou que explode em cólera diante de determinadas situações, reforça que a elaboração da frustração está prejudicada, onde mecanismos defensivos muito primitivos, de cunho paranóide, são expressos. A experiência emocional da raiva parece vinculada à sua dificuldade de elaborar situações de perda. A morte da mãe na infância pode provocar sentimentos de desamparo e raiva na criança fazendo-a sentir-se à mercê de um mundo hostil, e os maus tratos sofridos pelos irmãos aparentemente reforçaram estas vivências, bem como sua incapacidade de se desculpar com o outro.

Apesar de reconhecer seus sentimentos amorosos, não consegue expressá-los de maneira adequada por acreditar que há risco dele se submeter ao outro. É como se expressar os sentimentos expusesse sua fragilidade egóica, fortemente reprimida por seus mecanismos defensivos. Sua dificuldade em vincular-se afetivamente às pessoas denota uma tentativa de manter-se protegido da dor evocada pela perda e pelo sentimento de rejeição pois, ou ele teme não ser correspondido, ou esses sentimentos podem levá-lo ao aniquilamento, como aconteceu com sua mãe. Utiliza a repressão, a

negação, a onipotência e a racionalização para afastar-se da angústia do desamparo. Os sentimentos precisam ser reprimidos e destituídos de significados. Temos a impressão de que ele se percebia como dispensável para o outro, portanto a sua morte não seria sentida.

Após o primeiro IAM, S. viveu um período de grande sofrimento psíquico. O olhar de admiração dirigido a ele estava relacionado à sua atividade profissional e em função da doença, ele precisou afastar-se do que lhe fornecia mais reconhecimento. Seu adoecimento concretizou sua fantasia de que poderia ter o mesmo destino de seus familiares mais próximos. Diante da possibilidade real de que isso se concretizasse, ele demonstrou medo e paralisou-se com angústia intensa, demorando um longo período para recuperar-se. A abstinência sexual parece estar atrelada à interrupção profissional, onde ele se apresentava ‘castrado’ de suas atividades prazerosas, pois elas representavam risco para sua vida.

Refere em diversos momentos que não tem medo de morrer, porém tem comportamentos contraditórios nesse sentido, demonstrando que esse relato parece conectado à formação reativa ou à negação, pois a morte é algo impossível de ser representada no inconsciente:

“De fato, é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê em sua morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade (FREUD, 1915 p. 299)”.

Entretanto, algo se modifica internamente em S., e ele percebe que suas tentativas de se distanciar de todos não impediu que sua família e seus colegas de trabalho lhe dessem apoio, e se preocupassem com seu bem estar e saúde. No mundo hostil onde ele foi criado não havia espaço para se sentir amado ou protegido. Perceber que sua vida era importante para sua esposa e filhos pode ter reatualizado sua percepção

de que a doença possibilita experimentar o cuidado e a proteção. Porém, essa percepção não foi suficiente para impedi-lo de testar-se novamente, através de sentimentos onipotentes, na tentativa de confirmar se o seu destino seria cumprido. Esse movimento parece compatível com a pulsão de morte descrita por Freud, que busca a destruição e a consequente homeostase, a ausência de dor e angústia:

“[...] além dos instintos de conservação que impelem à repetição, poderão existir outros que impulsionam no sentido do progresso e da produção de novas formas [...]. No momento, porém, é tentador perseguir até sua conclusão lógica a hipótese de que todos os instintos tendem a restauração de um estado anterior das coisas [...]. Se tomarmos como verdade que não conhece exceção o fato de tudo o que vive morrer por razões internas, torna-se mais uma vez inorgânico, seremos então compelidos a dizer que ‘o objetivo de toda vida é a morte’, e, voltando o olhar para trás, que ‘as coisas inanimadas existiram antes das vivas’ (FREUD, 1920 p. 48 e 49)”.

Por outro lado, sua pulsão de vida mostra-se muito presente quando ele consegue estabelecer laços afetivos mais próximos com a família, quando ele escolhe uma profissão onde repara objetos quebrados e quando ele se mantém vivo, mesmo diante do destino trágico que o atormenta com dois infartos e a morte em si (a PCR). Freud, em *‘Análise Terminável e Interminável’* (1937) aponta que as duas forças, pulsão de morte e vida interagem o tempo todo, entrelaçando-se: *“Somente pela ação concorrente ou mutuamente oposta dos dois instintos primevos – Eros e instinto de morte – e nunca por um ou outro sozinho, podemos explicar a rica multiplicidade dos fenômenos da vida (p.260)”*.

Essa ambivalência de sentimentos também se apresenta de outras formas: afirma que homem não pode chorar, mas ele mesmo chora em alguns momentos da entrevista. É rígido e exigente com seus filhos, tendo dificuldade de expressar seu afeto, porém se esforça para propiciar uma vida melhor e com mais oportunidades a eles. Tem aversão aos médicos, mas confia plenamente em suas recomendações. Refere que não teme a morte, mas diante de sua possibilidade real, cerca-se de precauções.

A doença da esposa e o risco de que ela morresse também se apresenta como um fato impactante para S., que refere ter sofrido mais com essa possibilidade do que com a possibilidade de sua própria finitude. Perder o outro parece ser mais doloroso do que morrer, pois reatualiza vinvências quase insuportáveis.

A doença se apresenta para ele como possibilidade de reparação, principalmente após o segundo IAM, a PCR e o implante de CDI, quando ele reconhece que é importante para o outro e se percebe como objeto de investimento. Como conseguiu significar o adoecimento, integrando vivências positivas e negativas a partir dele, há um favorecimento de sua capacidade adaptativa. O fato de retomar sua rotina após um mês de implante do CDI reforça essa percepção. Os choques acarretam uma desorganização psíquica que parece relacionada à possibilidade de morte, destino que o persegue desde a infância, pois ele relata que tem boa tolerância à dor.

A metáfora entre o CDI e sua atividade profissional parece explicar sua forma realista e positiva de perceber o dispositivo. Em seu trabalho, ele cria peças novas para as máquinas ou repara peças com defeito para que elas voltem a funcionar. A PCR é a concretização de seu destino: ele de fato morre (uma peça fundamental da máquina quebra e impede seu funcionamento). Porém, ao contrário de seus familiares, ele ressuscita. Os médicos lutam para mantê-lo vivo e oferecem inicialmente a possibilidade de “trocar a peça defeituosa” com o transplante. Em função do grande risco da espera, a solução é “reparar”, colocando o CDI na posição de “remendo” da peça defeituosa. Essa solução não é aceita num primeiro momento, pois lhe parece que o “remendo” não soluciona o problema, mas após exaustivas explicações e justificativas médicas ele se convence que uma peça remendada pode funcionar por muito tempo.

Os choques são compreendidos pelo mesmo vértice: são inerentes à peça e para ele representam uma garantia de que o “remendo” está funcionando, portanto não há

diferença se são apropriados ou não. Quando ele se refere à dor do choque como não sendo tão intensa quanto se espera parece estar dizendo que além da experiência dos choques elétricos no decorrer de sua vida, já vivenciou “choques emocionais” muito mais dolorosos, que significaram a morte. O choque do CDI representa a vida.

Encara o CDI como aliado, o que indica que ele reconhece que a responsabilidade dos cuidados com sua saúde é sua, sendo o dispositivo um parceiro nessa função. A percepção do CDI é positiva e desloca a angústia de aniquilamento, pois ele acredita que sua morte pode ter ajuda de um controle externo e dessa forma seu destino não será cumprido, reprimindo a constatação de que a morte não se daria apenas pela via cardíaca, mas por outros meios que não são passíveis de controle. Esse deslocamento acontece em função de sua doença mostrar-se estável, reforçando possíveis fantasias onipotentes diante de sua finitude, o que seria uma saída compreensível por não se poder pensar sobre a própria morte. Entretanto, sua rigidez e severidade o impede de demonstrar suas fragilidades, sugerindo que a tendência inicial diante de situações de intensa angústia será a do afastamento e do enfrentamento de maneira racional, tornando o processo adaptativo mais prolongado.

Categorização da EDAO-R

Setor	Capacidade adaptativa	Pontuação	Total	Diagnóstico
A/R	Pouco adequada	2,0	4,0	Grupo 2 Adaptação Ineficaz Leve
Pr	Adequada	2,0		

A análise da EDAO-R demonstra que S. tem respostas pouco adequadas no setor Afetivo-Relacional, que denotam dificuldade na resolução dos conflitos e na obtenção de satisfação diante das respostas encontradas, categorizando sua adaptação como ineficaz leve. De acordo com o que foi discutido na compreensão clínica, apesar de

conseguir integrar positivamente as vivências relacionadas ao adoecimento, ao CDI e aos choques, os conflitos internos impedem a expressão de suas emoções e aprofundamento das relações. O adoecimento dele e da esposa parecem ter propiciado uma mudança na relação familiar, onde o afeto entre os membros pôde emergir como apoio e acolhimento mútuo, porém esse acolhimento parece estar associado ao momento crítico do adoecimento. Portanto, em momentos onde a doença está sob controle ou diante de descompensações que pareçam suportáveis inicialmente, S. demonstra afastar-se emocionalmente. Esse comportamento pode dificultar o enfrentamento de situações críticas e imprevisíveis, como por exemplo os choques, fragilizando seu ego contribuindo para que o sofrimento psíquico seja mais intenso.

Discussão

Conforme demonstrou a literatura apresentada e os resultados obtidos a partir das entrevistas clínicas, a intensidade do impacto psicológico do CDI na vida dos pacientes, bem como sua capacidade adaptativa, parecem estar relacionadas ao seu funcionamento psicodinâmico. É notória a eficácia do dispositivo na proteção da MSC em condições clínicas específicas e muitos pacientes não apresentam maiores problemas adaptativos a ele ao longo do tempo (SEARS & CONTI, 2002). Entretanto, nos casos onde há relatos de repercussões psíquicas associadas ao CDI e ao choque, como por exemplo estresse pós-traumático, transtorno de pânico, manifestações de ansiedade antecipatória e síndromes depressivas, elas demonstram ser intensas e parecem comprometer a qualidade de vida dos pacientes de maneira abrangente (PAULI et al., 1999).

Inicialmente, o enfoque a respeito da adaptação concentrar-se-ia no impacto causado pelo CDI e pelo choque, e na investigação de possíveis reações peculiares em função da especificidade do dispositivo. Porém, a compreensão dos casos demonstrou que o impacto do CDI e do choque está diretamente ligado ao impacto do IAM e do adoecimento como um todo, e as reações dos pacientes, diante dos diferentes episódios, parecem análogas evidenciando que só é possível compreender as repercussões psíquicas relativas ao CDI a partir da compreensão das repercussões causadas pela doença que levou o paciente a ter o dispositivo implantado. Os pacientes demonstraram que seus comportamentos adaptativos, mecanismos defensivos e tempo de reação eram similares em quaisquer situações impactantes relacionadas ao adoecimento.

O IAM foi vivenciado por todos como um período de muitas perdas e intenso sofrimento, e o apoio familiar demonstrou ser um importante aliado na recuperação dos pacientes. Segundo ABREU-RODRIGUES & SEIDL (2008), o apoio familiar e social

mostra-se fundamental na recuperação de pacientes coronarianos. Entretanto, em alguns casos, o suporte familiar pode tornar-se excessivo e causar sentimentos conflituosos e contraditórios impactando na autonomia dos pacientes, principalmente nos homens em razão de seu papel social. Na presente pesquisa, não houve relatos de superproteção direcionada aos pacientes, porém eles demonstraram que ao afastar-se de suas atividades profissionais, sentimentos de menos valia surgiram durante o período posterior ao adoecimento e ao implante de CDI. Os pacientes J., R. e S. relataram que o trabalho sempre foi para eles uma importante fonte de reconhecimento e satisfação e a sensação de impotência e dependência perante o adoecimento estendeu-se para o campo profissional. Somente após a percepção de que haviam outros caminhos profissionais possíveis, em função das limitações impostas pela doença e após a modificação e retomada das atividades laboriosas, houve considerável diminuição do sofrimento psíquico. A retomada das atividades profissionais parece ter conexão com a retomada das atividades sexuais, e a consequente caminhada em direção à adaptação. As relações familiares pós IAM também transformaram-se positivamente em todos os casos e possibilitaram uma modificação psíquica importante, com ressignificação e elaboração de conflitos mais primitivos especialmente para os pacientes C. e S.

A questão da sexualidade parece ter relação direta com a sensação de potência e capacidade de enfrentamento, assim como com a autoimagem e a produtividade. A justificativa racional dos pacientes referencia a abstinência sexual como possibilidade de controlar o aumento da frequência cardíaca e a consequente evitação de choques. Usualmente o dispositivo é programado com um limiar que permite a atividade sexual sem interferências do CDI, porém nem sempre essa informação é transmitida e/ou entendida com clareza ao paciente. Entretanto, essa abstinência supõe impotência de lidar com as novas situações impostas pelo adoecimento e foi uma das primeiras

atividades interrompidas após os eventos imprevisíveis e aterrorizantes na vida dos pacientes aqui estudados, corroborando os dados da literatura apresentada (ZAYAC & FINCH, 2009). A sexualidade demonstra estar conectada aos sentimentos e sensações intensas que são difíceis de serem controlados e, portanto, precisam ser evitados em momentos onde há significativa desorganização psíquica. O funcionamento psicodinâmico do paciente é que fornecerá pistas sobre qual o sentido dado por ele para essa interrupção. Nos casos aqui apresentados, os pacientes racionalmente justificam a abstinência sexual em função do medo do choque, porém parece haver relação com a impotência diante do adoecimento, já que a interrupção se estende para maior parte das atividades habituais.

E, justamente por tratar-se de algo tão representativo para os pacientes, possibilitar espaço para discutir temas relacionados à sexualidade torna-se prioridade quando se propõe intervenções que facilitem o processo adaptativo ao CDI. Há uma demanda dos próprios pacientes nesse sentido, embora ela não seja explícita na maioria das vezes. Quando o paciente fala sobre sua abstinência sexual, podemos remeter seu relato à uma reação de impotência diante da imprevisibilidade e da angústia referentes ao adoecimento, ao CDI e ao choque.

A dificuldade de comunicação entre médico e paciente mostra-se presente não só diante das questões relativas à sexualidade, como também frente a informações necessárias a respeito do funcionamento do dispositivo e das limitações reais causadas por ele. Além disso, os pacientes não fizeram referência a orientações recebidas sobre as reações e sentimentos esperados diante da imprevisibilidade do dispositivo, o que contribui para que se sintam mais angustiados.

A partir dos resultados desse estudo, é possível inferir que o IAM, o implante do CDI e os choques ocorridos foram vivenciados de maneira traumática por todos os

pacientes, independente do grau de intensidade, pela sua imprevisibilidade e porque remetem à possibilidade real da morte. As suas reações de ‘paralisação’ após os eventos estressores confirmam essa percepção. Diante do impacto do choque, houve a desorganização psíquica momentânea que revelou a fragilidade do coração e da vida. Os choques pareceram reatualizar o trauma vivido com o infarto e com o implante, e o fato de serem apropriados ou inapropriados mostrou-se pouco relevante para todos os pacientes quando comparado ao impacto do evento e à consequente percepção de proteção conferida ao dispositivo. Essa percepção de proteção mostrou-se mais próxima à onipotência projetada no CDI para J. e R. No caso de S., a percepção também foi de proteção, mas enfocando a relação de aliança entre o dispositivo e ele, isto é, mais realista. C. não vivenciou choques e sua percepção de como eles seriam é fantasiosa e baseada na sua experiência do IAM, onde apesar de todo sofrimento, ele conseguiu superar os momentos mais difíceis. Sua crença a respeito do choque é a mesma: acredita que a dor é intensa, mas suportável.

No que se refere às características de personalidade associadas por alguns autores a pacientes coronarianos, R. e S. demonstram traços que se aproximam da TPA, como impulsividade e agressividade exacerbada, enquanto J. e C. demonstram traços mais característicos da TPD, com inibição de sentimentos e afetividade negativa. Os resultados apontam que os pacientes com traços característicos de TPD parecem ter mais flexibilidade nas relações afetivas, fornecendo bom suporte emocional que pode favorecer melhor capacidade de enfrentamento diante da doença e do CDI. Em função da impulsividade e agressividade exacerbadas, as relações estabelecidas por R. e S. demonstraram conflitos intensos mal elaborados, prejudicando o apoio suportivo e o coping.

As reações humanas têm caráter imprevisível, porém estudos estatísticos desenvolvidos por Horowitz, Wilner e Alvarez (1979) (apud NETO, 2005) procuraram estabelecer cinco fases características de respostas à situações traumáticas, com possíveis desfechos resolutivos mais ou menos completos, influenciados pelo tipo de estressor. As fases corresponderiam a:

- 1 - fase de choque, onde a reação pode ser tanto de medo intenso como de incapacidade de absorver o sentido da experiência.
- 2 - fase da negação, onde após o evento traumático, algumas pessoas podem vivenciar negação dos fatos e conflitos relacionados a ele por tempo indeterminado, até que apresentem respostas emocionais ao episódio.
- 3 - fase intrusiva, onde a negação é postergada e substituída pela “emergência súbita de sintomas como resposta de alarme exagerada, pensamentos intrusivos, preocupação, afeto instável, estado de excitação crônica e ansiedade considerável” (p.54).
- 4 - fase de elaboração do trauma, onde o indivíduo consegue fornecer significado ao evento traumático, elabora as perdas decorrentes do episódio e analisa planos para enfrentar o futuro.
- 5 - fase de aceitação, que corresponde ao momento em que o indivíduo reconhece as repercussões emocionais enfrentadas em função do evento traumático e consegue demonstrar capacidade de planejar o futuro e retomar as atividades cotidianas.

Essas fases corroboram a definição de processo adaptativo apresentada nesse trabalho assim como também aproximam-se da fase de crise, descrita por Simon (2010) referente à sua teoria da adaptação. Conforme apontado anteriormente, “a crise é uma manifestação intensa e repentina, com uma ruptura brusca de equilíbrio psíquico, que cria um estado de desordem emocional diante da percepção do indivíduo da sua

incapacidade de resolver o problema com os recursos que usualmente ele utiliza.” Entretanto, superado o momento de crise, pode haver uma variação progressiva na qualidade da adaptação, sendo mais ou menos eficaz de acordo com as respostas satisfatórias ou não encontradas pelo ego, assim como os mecanismos defensivos utilizados diante dos conflitos vivenciados. A partir da escala desenvolvida por Simon (2010), o quadro abaixo demonstra de maneira global o grau de adaptação dos pacientes no momento da entrevista:

Paciente	Pontuação	Classificação Diagnóstica
Caso 1 – J.	3,0	Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada
Caso 2 – C.	5,0	Grupo 5 – Adaptação Eficaz
Caso 3 – R.	3,0	Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada
Caso 4 – S.	4,0	Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve

A partir dos dados coletados, foi possível perceber que todos pacientes vivenciaram momentos de crise quando a doença se manifestou e quando foram submetidos ao implante de CDI ou ao choque, porém atualmente os pacientes demonstram ter superado esse momento crítico.

No caso de J., os conflitos existentes no setor Afetivo-Relacional são intensificados pelos conflitos no setor da Produtividade, fazendo-o perceber o adoecimento, o CDI e o choque de forma pouco realista e onipotente. Sua maneira dependente de estabelecer relações tende a enfraquecer o ego, assim como sua dificuldade na expressão dos sentimentos hostis, desencadeando respostas pouco adequadas diante dos conflitos e demonstrando adaptação ineficaz moderada. O acompanhamento psicoterápico e informações sobre os sentimentos mais relacionados ao CDI e ao choque, por parte de outros portadores, pode contribuir com a qualidade da adaptação, possibilitando uma percepção mais realista.

C. demonstrou que a experiência do adoecimento e do CDI proporcionou uma importante modificação psíquica em seu ego, contribuindo para que fosse possível a integração dos afetos relativos aos eventos atuais e anteriores, além da capacidade de integração dos dados de realidade. O fato de estar vivendo uma relação que atende suas expectativas amorosas contribuiu para que ele se conectasse a boas perspectivas de futuro e, conseqüentemente, fosse considerado adaptado. Como não teve experiência de choques, não se pode avaliar qual o impacto do episódio em sua vida caso ele ocorra. A partir de suas reações diante do adoecimento e do implante, pode-se supor que o choque será vivido com angústia intensa, porém com boas probabilidades de que C. retome sua rotina gradativamente. Para C., a intervenção adequada estaria relacionada a informações a respeito dos sentimentos de outros portadores com relação ao choque, incluindo questões sobre a sexualidade, bem como a funcionalidade do dispositivo (durabilidade da bateria e restrições reais relacionadas ao dispositivo).

A adaptação de R. ao adoecimento, ao CDI e ao choque é considerada ineficaz moderada pois, apesar do setor da Produtividade mostrar-se satisfatório e adequado, os conflitos vivenciados no setor Afetivo-Relacional são muito intensos, com comportamentos onipotentes e impulsivos que dificultam suas relações afetivas e suportivas e o distanciam de uma percepção mais realista sobre o CDI. O acompanhamento psicoterápico demonstra ser essencial para ele, além de informações específicas sobre as restrições e funcionamento do dispositivo.

S. demonstra ter adaptação ineficaz leve ao adoecimento, ao CDI e ao choque em função de perceber o dispositivo de maneira realista e estar adaptado adequadamente no setor da Produtividade. Entretanto, existem conflitos significativos no setor Afetivo-Relacional relacionados à onipotência e à severidade, os quais dificultam as relações suportivas. O acompanhamento psicoterápico também é indicado como intervenção no

caso de S. As informações seriam uma maneira de reforçar sua percepção realista e poderiam aproximá-lo das vivências de outros pacientes.

Assim, considera-se que todos os pacientes possuem recursos para adaptar-se positivamente ao CDI e ao choque mostrando-se distantes, no momento da entrevista, da má adaptação correspondente à adaptação ineficaz grave segundo a EDAO-R.

Do ponto de vista psicodinâmico, os quatro pacientes demonstraram que seus conflitos psíquicos precoces importantes influenciaram suas relações afetivas, profissionais e sociais, além da relação que estabeleceram com a doença, com o CDI e com os choques. Os mecanismos defensivos utilizados por eles, bem como a forma de enfrentamento das situações mais angustiantes de suas vidas, correspondeu a um padrão similar que reforça a ideia de Freud (1937), descrita anteriormente, de que cada pessoa utiliza um mesmo grupo de mecanismos defensivos repetindo um padrão de reação diante de situações análogas.

Os mecanismos defensivos mais utilizados pelos pacientes desse estudo aproximam-se dos descritos pela literatura psicanalítica relacionada a pacientes coronarianos: repressão, onipotência, deslocamento, negação e racionalização (RUSCHEL, 2006). A cisão foi observada mais intensamente no caso de J., mas mostra-se presente também nos outros três casos de maneira mais branda em função das vivências traumáticas. Diante de experiências muito dolorosas, o ego pode dissociar o afeto para tentar manter-se estruturado. Os sentimentos relatados pelos pacientes também se aproximam dos referenciados na literatura: ansiedade intensa, medo da morte e da dor, incerteza sobre o futuro, vivências de perdas significativas e suspensão de diversas atividades habituais (RUSCHEL, 2006).

Estes sentimentos foram recorrentes em todos os pacientes durante o processo de adoecimento e implante do CDI. O medo de retomar as atividades habituais, de realizar

as manutenções da casa, de se relacionar sexualmente, do choque, a incerteza sobre o funcionamento do dispositivo e sobre o futuro parecem se referir de fato ao medo da morte. Não há possibilidade de se pensar na própria morte, porém esses pacientes convivem com a possibilidade de ameaça real. O medo direcionado a vários objetos e eventos pode estar deslocando a angústia para um lugar onde é possível dar sentido à experiência.

Após os eventos traumáticos relacionados ao adoecimento (IAM, CDI e choques), os quatro pacientes apontaram o medo como a razão para a interrupção de praticamente todas as atividades cotidianas, independente do tempo de duração. Essa ‘paralisia’ parece uma tentativa de reação ao trauma, onde a libido narcísica precisa ser reinvestida no ego para encontrar respostas emocionais que possibilitem o retorno do equilíbrio psíquico e a consequente adaptação. A adaptação depende, no entanto, da luta e integração interna entre Eros (pulsão de vida) e Tânatos (pulsão de morte), onde a libido representada por Eros precisa se vincular a objetos construtivos que lhe deem esperança e segurança, integrando seus afetos, ao passo que Tânatos, representado pelo instinto de morte, busca a desintegração e a cisão como forma de aplacar a angústia levando o indivíduo a uma busca de ausência de tensão. O equilíbrio ou adaptação ocorre quando, tanto a libido quanto a pulsão de morte, estão entrelaçadas e vinculadas aos objetos.

Dessa forma, adaptar-se se refere à capacidade de ir transformando a reação inicial impactante, bem como as defesas intensas e arcaicas em defesas mais elaboradas, que possibilitem a ampliação do ego e aumentem a complexidade de seu funcionamento. Ao modificar as formas de percepção do mundo interno e externo transformando a forma de relacionar-se, as respostas emocionais vão adquirindo mais agilidade, favorecendo que se apreenda a partir do que foi experienciado e que se busque novas conexões com o futuro, distanciando-se da fixação no trauma.

Os médicos parecem esperar que os pacientes reconheçam imediatamente os benefícios do CDI e que sejam gratos por terem recebido um dispositivo que protegerá suas vidas. Porém, talvez seja correto inferir que é perfeitamente compreensível quando eles se comportam, inicialmente, de forma pouco adequada para os nossos padrões sociais, com reações intensas, suspensão de atividades cotidianas importantes em função do medo da morte e pela vivência da situação traumática. Bergeret (1988) utilizou o termo ‘aberrante’ para descrever comportamentos que parecem denotar patologia, mas que na verdade apenas expressam a intensidade da angústia do indivíduo em momentos altamente conflituosos onde o desequilíbrio egóico é inevitável. Esse desequilíbrio terá a duração compatível com a capacidade adaptativa dos indivíduos e tanto os familiares quanto a equipe médica, precisam entender que apoio e suporte informativo tranquilizam o paciente e que sua reação intensa não só deve ser compreensível como, de certa forma, esperada. Ao poder identificar-se a outros pacientes com sentimentos e reações análogas, a angústia tende a diminuir pois percebe-se que outros já vivenciaram situações similares e as superaram.

Conclusões

O CDI mostra-se atualmente um aliado importante na proteção da MSC, porém suas repercussões demonstram ser intensas e conectadas ao adoecimento como um todo. Mesmo não tendo a pretensão de indicar tendência, os resultados obtidos nesse estudo buscaram fornecer indícios a respeito dos mecanismos psíquicos que envolvem a capacidade adaptativa dos pacientes submetidos ao implante e o sentido que eles conferem a experiência do adoecimento, do CDI e do choque.

A informação demonstra ser uma ponte fundamental entre o paciente, a família e a equipe médica, podendo modificar ou desconstruir crenças, fantasias e atitudes referentes ao dispositivo e suas limitações. Ela deve ser fornecida pré e pós implante do CDI, ampliando assim a relação de confiança e transparência com a equipe multidisciplinar e a compreensão e o respeito à subjetividade dos pacientes. Além da informação, o acompanhamento constante desses pacientes são aspectos que parecem ter relação direta com a qualidade da adaptação.

Em termos adaptativos, C. parece ser o único dos pacientes que encontra-se adaptado ao adoecimento e ao CDI porém, em função da ausência de choques, não se pode avaliar qual o impacto do episódio em sua vida caso ele ocorra. A partir de suas reações diante do adoecimento e do implante, pode-se supor que o choque será vivido com angústia intensa, porém com boas probabilidades de que C. retome sua rotina gradativamente. J., R. e S. demonstram estar em um processo adaptativo, onde já conseguiram superar a fase da suspensão da maioria das atividades e retomaram boa parte de sua rotina habitual, distanciando-os da má adaptação. Porém, os conflitos relacionados as áreas Afetivo-Relacionais para R. e S. e na área da Produtividade e Afetivo-Relacional para J., podem desencadear comportamentos onipotentes, que os afastam dos dados de realidade e dificultam o processo adaptativo diante de novo

choque. Nessas situações, o acompanhamento psicoterápico é fundamental, associado às informações e ao suporte familiar/multidisciplinar, pois fornece espaço para que os pacientes possam ressignificar conflitos primitivos que se conectam aos atuais, possibilitando assim ampliação e fortalecimento do ego, além de perspectivas realistas de futuro.

Dessa forma, este estudo buscou compreender as questões orgânicas e psicodinâmicas que influenciam diretamente a capacidade adaptativa dos pacientes portadores de CDI e fornecer indícios que favoreçam o manejo do processo adaptativo.

REFERÊNCIAS

ABREU-RODRIGUES, M., SEIDL, E. M. F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, 2008, 18.40: 279-288.

AVID. The Antiarrhythmics Versus Implantable Defibrillators Investigators. A comparison of antiarrhythmic-drug therapy with implantable defibrillators in patients resuscitated from near-fatal ventricular arrhythmias. *N Engl J Med*. 1997;337:1576–1583.

BERGERET, J. A personalidade normal e patológica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BLEGER, J. La entrevista psicológica (Su empleo en el diagnóstico y la investigación) Buenos Aires: Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires, 1964.

BIOTRONIK SE & Co. KG. Manual do Paciente: Impulsos para uma longa vida com o CDI. 2009. www.biotronik.com

BONOMO, A.M.S., ARAUJO, T.C.C.F. Psicologia aplicada à cardiologia: um estudo sobre emoções relatadas em exame de holter. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília , v. 25, n. 1, Mar. 2009 .

BURG, M.M., LAMPERT, R., JOSKA T., BATSFORD, W., JAIN, D. Psychological traits and emotion-triggering of ICD shock-terminated arrhythmias. *Psychosom Med*. 2004; 66:898–902.

CAMPOS, E.P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia *In* MELO FILHO, J. (Org.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992; 234-252.

CARNEIRO B.V., PIRES H.H.M., NOGUEIRA, A.C.C., BRICK A.V. Arritmias: fisiopatologia, quadro clínico e diagnóstico. *Rev Med Saude Brasilia* 2012; 1(2): 93-104.

CARROLL, S.L., ARTHUR, H.M. A comparative study of uncertainty, optimism and anxiety in patients receiving their first implantable defibrillator for primary or secondary prevention of sudden cardiac death. *International Journal of Nursing Studies* 47. 2010; 836–845.

CARVALHO A.C.C., SOUZA J.M.A., Cardiopatía Isquêmica. *Revista Brasileira de Hipertensão* vol 8(3): julho/setembro de 2001.

COSTA R., SILVA K.R., MENDONÇA R.C, NISHIOKA S., SIQUEIRA S., TAMAKI, W.T., CREVELARI, E.S., MOREIRA, L.F.P., MARTINELLI FILHO, M. Incidência de choques e qualidade de vida em jovens com cardioversor-desfibrilador implantável. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2007. 88(3), 258-264.

DATASUS. <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>

DECAT, C. S. A., LAROS, J. A., ARAÚJO, T. C. C. F. Termômetro de distress: Validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico USF*, 2009; 14(3), 253-260.

DE HOOGH, A.H.B., DEN HARTOG, D.N., & KOOPMAN, P.L. Linking the Big Five-Factors of personality to charismatic and transactional leadership; perceived dynamic work environment as a moderator. *Journal of Organizational Behavior*, 2005. 26(7), 839-865.

DENOLLET, J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic medicine*, 2005, 67.1: 89-97.

DENOLLET, J., PEDERSEN S., VRINTS C.J., CONRAADS V.C. Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *The American journal of cardiology*, 2006, 97.7: 970-973.

DENOLLET J., CONRAADS V.M. Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2011; 78(Suppl 1):S13-S19.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS ELETRÔNICOS IMPLANTÁVEIS (DCEI). *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(6) : e210-e238.

DOUGHERTY, C.M. Psychological reactions and family adjustment in shock versus no shock groups after implantation of internal cardioverter defibrillator. *Heart and Lung: Journal of Critical Care* 24 (4), 1995. 281–291.

DUNBAR, S.B., et al. Educational and Psychological Interventions to Improve Outcomes for Recipients of Implantable Cardioverter Defibrillators and Their Families A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 2012, 126.17: 2146-2172.

DUNBAR, S.B., WARNER, C.D., PURCELL, J.A. Internal cardioverter defibrillator device discharge: Experiences of patients and family members. *Heart Lung* 1993; 22:494-501.

DUNBAR, S.B., JENKINS, L.S., HAWTHORNE, M., KIMBLE, L.P., DUDLEY, W.N., SLEMMONS, M., et al. Factors associated with outcomes 3 months after implantable cardioverter defibrillator insertion. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care* 28 (5), 1999. 303–315.

EBHAID, C., ANDREIS, M. A intervenção do psicólogo junto a pacientes cardiopatas. *Arq. bras. cardiol*, 55(2), 1990. 133-5.

FREUD, S. As Neuropsicoses de defesa (J. Salomão, Trad.), Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol III. 1984, Rio de Janeiro: Imago. 2006.

_____ Os três ensaios da teoria da sexualidade. (J. Salomão, Trad.). Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. VII. 1905. Rio de Janeiro: Imago. 2006.

_____ Luto e melancolia (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XIV. 1917. Rio de Janeiro: Imago. 2006.

_____ Reflexões para os tempos de guerra e morte. (J. Salomão, Trad.). Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XIV . 1915. Rio de Janeiro: Imago. 2006.

_____ Além do princípio do prazer (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XVIII. 1920. Rio de Janeiro: Imago. 2006.

_____ O ego e o id (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XIX. 1923. Rio de Janeiro: Imago. 2006.

_____ Inibições, sintomas e ansiedade (J. Salomão, Trad.), Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XX. 1926 [1925]. Rio de Janeiro: Imago. 2006.

_____ Esboço de Psicanálise (J. Salomão, Trad.). Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XXIII. 1940 [1938] Rio de Janeiro: Imago. 2006.

_____ Análise terminável e interminável. (J. Salomão, Trad.). Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XXIII. 1937. Rio de Janeiro: Imago. 2006.

FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R.H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*. 1959; v. 169, n. 12, p. 1286-1296.

GARCIA-ROZA, L. A. Freud e o Inconsciente, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

GAVINA, C., PINHO, T. Enfarte agudo do miocárdio. QuidNovi, 2007.

GIANNOTTI-HALLAGE, A. Papel das emoções e das situações psicologicamente estressantes na gênese das arritmias cardíacas e morte súbita. Em B. W. R. Lamosa (Org.). *Psicologia aplicada à cardiologia*. 71-78. 1990. São Paulo: Fundo Editorial Byk.

GILTAY, E.J., GELEIJNSE, J.M., ZITMAN, F.G., HOEKSTRA, T., SCHOUTEN, E.G. Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*. 2004, 61 (11), 1126–1135.

GUIMARAES, L. P. M., YOSHIDA, E. M. P. Doença de Crohn e retocolite ulcerativa inespecífica: alexitimia e adaptação. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v.10, n. 1, jun. 2008.

GUYTON A.C., HALL J.E. *Tratado de Fisiologia Médica*, 11a edição. 2006. Elsevier.

HALLSTROM A.P., EISENBERG M.S., BERNER L. The persistence of ventricular fibrillation and its implication for evaluating EMS. *Emerg Health Serv Q* 1983; 1: 41-47. In *Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI)*. *Arq Bras Cardiol* 2007; 89(6) : e210-e238.

HELENO, M.G.V. Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes diabéticos do tipo 2/ Maria Geralda Viana Heleno. – São Paulo, s.n., 2000 – 110 p. Tese (doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica. Orientador: José Tolentino Rosa.

HOLAHAN, C., MOOS, R. Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987; 52(5), 946-955.

HOUSSAY, B.A. *Fisiologia Humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1984.

JAMES, J. The psychological and emotional impact of living with an automatic internal cardioverter defibrillator (AICD): How can nurses help? *Intensive and Critical Care Nursing*, 13, 316–323.1997.

JANG, K. L., McCRAE, R. R., ANGLEITNER, A., RIEMANN, R., LIVESLEY, W. J. Heritability of facet-level traits in a cross-cultural twin sample: support for a hierarchical model of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998; 74, 1556-1565.

KUBZANSKY, L.D., SPARROW, D., VOKONAS, P., KAWACHI, I. Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine*. 2001; 63, 910–916.

KUBZANSKY, L.D.; KAWACHI, I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of psychosomatic research*. 2000; v. 48, n. 4, p. 323-337.

LANE, R.D. et al. Psychological stress preceding idiopathic ventricular fibrillation. *Psychosomatic medicine*. 2005; v. 67, n. 3, p. 359-365.

LEE, C.H., NAM, G.B., PARK, H.G., KIM, H.Y., PARK, K.M., KIM, J., KIM, Y.H. Effects of antiarrhythmic drugs on inappropriate shocks in patients with implantable cardioverter defibrillators. *Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society* 2008, 72(1), 102.

MAGYAR-RUSSELL, G., THOMBS, B.D., CAI, J.X., BAVEJA, T., KUHL, E.A., SINGH, P.P., ... & ZIEGELSTEIN, R.C. The prevalence of anxiety and depression in adults with implantable cardioverter defibrillators: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2011; 71(4), 223-231.

MARCOLINO, M.S., BRANT, L.C., ARAUJO, J.G., NASCIMENTO, B.R., CASTRO, L.R., & MARTINS, P. Implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no município de belo horizonte. *Arq Bras Cardiol*, 2013; 100(4), 307-14.

MARTINELLI FILHO, M., SIQUEIRA, S.F., ZIMERMAN, L.I., NETO, V.Á., MORAES JR, A.V., FENELON, G. Sudden cardiac death in Brazil: study based on physicians' perceptions of the public health care system. *Pacing Clin Electrophysiol*. 35(11):1326-31, 2012.

MATOS, A.J. Análise da relação custo-efetividade do tratamento com DCI-Desfibrilador Cardioversor Implantável. 2007. Tese de Doutorado. Universidade São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996. 269p.

MIOTO, B.M., VIANA, C.B., CÉSAR, L.A.M. Como Diagnosticar e Tratar Cardiopatias isquêmicas crônicas. *Rev Bras Med*; 2009; 66(12)dez (pp.21-30).

MORETTO, M. L. T. O que pode um analista no hospital? Casa do Psicólogo, 2001.

V NETO, O; VIEIRA, CMS. Transtorno de estresse pós-traumático: uma neurose de guerra em tempos de paz. São Paulo: Vetor, 2005.

OLIVEIRA, D.V.R., SILVA, M.F. Cardioversor-desfibrilador implantável: principais dúvidas dos pacientes no que se refere ao autocuidado após o implante. *Relampa* 2010;23(1):18-23.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. www.who.int/country/bra/es

PAULI P., WIEDEMANN G., DENGLER W., BLAUMANN-BENNINGHOFF G., KÜHLKAMP V. Anxiety in patients with an automatic implantable cardioverter defibrillator: What differentiates them from panic patients? *Psychosom Med* 1999; 61:69–76.

PEDERSEN, S.S.; DENOLLET, J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European journal of cardiovascular prevention & rehabilitation*, 2003, 10.4: 241-248.

PEDERSEN, S.S., HOOGWEGT, M.T., JORDAENS, L., THEUNS, D.A.M.J. Pre implantation psychological functioning preserved in majority of implantable cardioverter defibrillator patients 12 months post implantation. *International Journal of Cardiology*, Available online 8 November 2011.

PEDERSEN, S. S.; VAN DEN BROEK, K. C.; SEARS, S. F. Psychological intervention following implantation of an implantable defibrillator: a review and future recommendations. *Pacing and Clinical Electrophysiology*. 2007; v. 30, n. 12, p. 1546-1554.

PEDERSEN S.S., VAN DOMBURG R.T., THEUNS D.A., JORDAENS L., ERDMAN R.A. Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosom Med* 2004; 66:714–719.

PEDERSEN S., THEUNS D., MUSKENS-HEEMSKERK A., ERDMAN, R.A., JORDAENS L. Type-D personality but not implantable cardioverter-defibrillator indication is associated with impaired health-related quality of life 3 months post-implantation. *Europace* 2007; 9(8): 675-680 first published online April 13, 2007.

PEIXOTO, G. D. L., MARTINELLI FILHO, M., & COSTA, R. Morte súbita no Brasil: soluções a vista?. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 23(1), 21-24, 2013

PIMENTA, J. Morte súbita: causas, identificação de pessoas sob risco e prevenção. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. ISSN (impresso) 1517-8242 (eletrônico) 1984-4840, 2002, 4.1-2: 6-12.

PROCLEMER A., DELLA BELLA P., FACCHIN D., et al. Indications for dual-chamber cardioverter defibrillators at implant and at 1 year follow-up: A retrospective analysis in the single-chamber defibrillator era. *Europace* 2001; 3: 132-5.

RODRIGUES, A.; CAMPOS, E.; *In* MELLO FILHO, J.; MIRIAM, B. U. R. D. *Psicossomática hoje*. Artmed, 2010.

RODRIGUES, A.L. O “stress” no exercício profissional da medicina – uma abordagem psicossocial. Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Programa de Pós Graduação em Psicologia Social. São Paulo – 1988.

RUSCHEL, P. P. Quando o luto adoece o coração: luto não-elaborado e infarto. Edipucrs, 2006.

SAAD, E.B. Portal www.arritmiascardíacas.com.br.

SALES L. S. Fantasia e teorias da sedução em Freud e em Laplanche. *Psic.: Teor. e Pesq.* Brasília Sept./Dec. 2002; vol.18 no.3.

SAUNDARRAY, D., THAKUR R.K.; GARDINER, J.C., KHASNIS, A. Jongnarangsin K. Inappropriate ICD therapy: Does device configuration make a difference? *Pacing Clin Electrophysiol* 2006; 29: 810-5.

SEARS, S.F.; CONTI, J.B. Understanding implantable cardioverter defibrillator shocks and storms: medical and psychosocial considerations for research and clinical care. *Clinical cardiology*, 2003, 26.3: 107-111.

SEARS, S.F., CONTI, J.B. Quality of life and psychological functioning of ICD patients. *Heart*. 2002; 87(5):488–493.

SEARS, S.F.P., SERBER, E.R.M., LEWIS, T.S.P., WALKERS, R.L.M., CONNERS, N.R., LEE, J.T.M., et al. Do positive health expectations and optimism relate to quality-of-life outcomes for the patient with an implantable cardioverter defibrillator? *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 2004; 24 (5), 324–331.

SEARS S.F., SOWELL L.D., KUHL E.A., KOVACS A.H., SERBER E.R., HANDBERG E., et al. The ICD shock and stress management program: a randomized trial of psychosocial treatment to optimize quality of life in ICD patients. *Pacing Clin Electrophysiol* 2007; 30:858–64.

SEARS S.F., CONTI J.B., CURTIS A.B., SAIA T.L., FOOTE R., WEN F. Affective distress and implantable cardioverter defibrillators: cases for psychological and behavioral interventions. *Pacing Clin Electrophysiol* 1999; 22:1831–4.

SIMON, R. *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU, 2008.

SIMON, R. *Psicoterapia Psicanalítica: Concepção Original – Teoria, Técnica, Pesquisa e Ilustrações Clínicas*. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2010.

SIMON, R.; YAMAMOTO, K. A onipresença da onipotência - consequências psicoterápicas e meditativas. In: 16º Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica: Desdobramentos Clínicos em Psicoterapia Psicanalítica, 2012, São Paulo. 16º Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica: Desdobramentos Clínicos em Psicoterapia Psicanalítica. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP e Casa do Psicólogo, 2012. v. 1. p. 11-26.

SOWELL L. V., SEARS S. F., WALKER R. L., KUHL E. A., CONTI J. B. Anxiety and marital adjustment in patients with implantable cardioverter defibrillator and their spouses. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2007; 27:46–9.

ST JUDE MEDICAL. br.sjm.com/

STEINKE, E.E., GILL-HOPPLE, K., VALDEZ, D., WOOSTER, M. Sexual concerns and educational needs after an implantable cardioverter defibrillator. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2005; 34(5), 299-308.

SVANSDOTTIR E., VAN DEN BROEK K.C., KARLSSON H.D., GUDNASON H., DENOLLET J. Type D personality is associated with impaired psychological status and unhealthy lifestyle in Icelandic cardiac patients: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 2012, 12:42.

TAMAGNINI, E.J.G. Transplante cardíaco: sistema tensional inconsciente dominante e diagnóstico adaptativo operacionalizado de mulheres candidatas ao enxerto. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

TAMAGNINI, E.J.G. A Psicodinâmica do Paciente Cardiopata: Contribuições da Psicanálise à Cardiologia / Elisabete Joyce Galhardo Tamagnini; orientadora Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues. -- São Paulo, 2014. 228 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

TEIXIERA, A.M., CASTRO, G.C.Y., DAHER, L., BRASILEIRO, M.E. Retardando a entrada de pacientes sob risco de infarto do miocárdio na Unidade de Terapia Intensiva: um protocolo de prevenção. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line] 2010 jan-jul 1(1) 1-16.

NYHA - The Criteria Committee of the New York Heart Association. Diseases of the Heart and Blood Vessels: Nomenclature and Criteria for Diagnosis. 6th ed. Boston - Mass: Little Brown; 1964.

TURATO, E.R. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico- Qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Revista de Saúde Pública, vol 39, nº 3, p. 507-514, 2005.

URSO JR, J. Stress e personalidade: “overview” e avaliação crítica de revisões sistemáticas sobre padrão comportamental tipo A e personalidade tipo D com desfechos coronarianos / João Urso Junior; orientador Esdras Guerreiro Vasconcellos. -- São Paulo, 2011.190 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

VAHLE, M.A. O trauma na obra de Freud: ramificações conceituais e consequências clínicas / Marina de Andrade Vahle; Orientador Daniel Kupermann. -- São Paulo, 2012.124f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

VAN REES J.B., BORLEFFS C.J., DE BIE M.K., STIJNEN T., VAN ERVEN L., BAX J.J, SCHALIJ M.J. Inappropriate Implantable Cardioverter-Defibrillator Shocks: Incidence, Predictors, and Impact on Mortality. *J Am Coll Cardiol*. 2011; 57(5):556-562.

VICKERS, R.R., HERVIG, L.K., RAHE, R.H., & ROSENMAN, R.H. Type A behavior pattern and coping and defense. *Psychosomatic Medicine*, 1991; 43(5), 381- 396.

VIEIRA, C. M. S. *In* V NETO, O; VIEIRA, C. M. S. Transtorno de estresse pós-traumático: uma neurose de guerra em tempos de paz. São Paulo: Vetor, 2005.

WILSON P.W. Established risk factors and coronary artery disease: the Framingham Study. *Am J Hypertens* 7: 7S:-12S, 1994.

YOSHIDA, E.M.P. Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicol. Esc. Educ. (Impr.)*, Campinas, 1998 v. 2, n. 2.

YOSHIDA, E. M. P. EDAO-R: precisão e validade. *Mudanças*, 1999; v. 7, n. 11, p. 189-213.

YOUNES, J.A. Psicoterapia breve operacionalizada na crise adaptativa por perda: um estudo exploratório. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ZAYAC, S., & FINCH, N. Recipients' of implanted cardioverter-defibrillators actual and perceived adaptation: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2009; 21(10), 549-556.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Artmed. Porto Alegre: 2010.

ANEXO 1

Quadros Diagnósticos da EDAO-R

Grupo I – Adaptação Eficaz

- Descrição Clínica: Personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos.

- Classificação Quantitativa:

A-R adeq. + PR adeq. = 3 + 2 = **5 (pontuação)**

Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve

- Descrição Clínica: Sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições.

- Classificação Quantitativa:

A-R pouco adeq. + PR adeq. = 2 + 2

Ou = **4 (pontuação)**

A-R adeq. + PR pouco adeq. = 3 + 1

Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada

- Descrição Clínica: Alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos.

- Classificação Quantitativa:

A-R pouco adeq. + PR pouco adeq. = 2 + 1

Ou

A-R adeq. + PR pouquíssimo adeq. = 3 + 0,5 = **3 ou 3,5 (pontuação)**

Ou

A-R pouquíssimo adeq. + PR adeq. = 1 + 2

Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa

- Descrição Clínica: Sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos.

- Classificação Quantitativa:

A-R pouquíssimo adeq. + PR pouco adeq. = 1 + 1

Ou **= 2 ou 2,5 (pontuação)**

A-R pouco adeq. + PR pouquíssimo adeq. = 2 + 0,5

Grupo 5 - Adaptação Ineficaz Grave

- Descrição Clínica: Incapacitantes, borderlines, psicóticos não agudos, extrema rigidez caracterológica.

- Classificação Quantitativa:

A-R pouquíssimo adeq. + PR pouquíssimo adeq. = 1 + 0,5 = **1,5 pontuação**

ANEXO 2

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

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

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA “Estudo Descritivo e Compreensivo da Capacidade Adaptativa de Pacientes Adultos Submetidos ao Implante de Cardioversor Desfibrilador Implantável

PESQUISADOR PRINCIPAL: Martino Martinelli Filho

CARGO/FUNÇÃO: Supervisor da Unidade de Estimulação Cardíaca Artificial – Incor CRM: 27.133

PESQUISADOR PRINCIPAL: ANDRÉA CRISTINA BOLDRIM PINTO GOMES

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga Clínica INSCRIÇÃO CONSELHO: CRP Nº 6º - 95.423

UNIDADE DO HCFMUSP: INSTITUTO DO CORAÇÃO – UNIDADE DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X ☒ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 1 ANO

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

REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

O objetivo desse estudo é descrever e compreender como os pacientes entrevistados vivenciaram e se adaptaram ao implante do CDI a partir das quatro variáveis possíveis relacionadas ao funcionamento do dispositivo: ausência de choques, presença de choques apropriados, presença de choques inapropriados e presença de choques mistos (apropriados e inapropriados). Para isso, você passará por uma entrevista clínica psicológica semi-estruturada, com duração de 90 minutos, em média. **As entrevistas serão gravadas para facilitar a análise posterior dos dados.** Caso, eventualmente, surja algum desconforto emocional durante a entrevista, este será trabalhado na própria entrevista, pela pesquisadora. Caso haja necessidade e desejo de realizar um trabalho psicoterapêutico, você poderá ser encaminhado(a) para um serviço de atendimento em psicoterapia posteriormente.

ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

Com a assinatura deste termo estará garantido para você, a qualquer tempo:

- O acesso às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas;
- A liberdade de retirar seu consentimento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência no IC;
- A salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;
- A disponibilidade de assistência no Instituto de Psicologia da USP, por eventuais danos à saúde psíquica, decorrentes da pesquisa.
- O direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA PARA ESCLARECIMENTOS DE DÚVIDAS.

- Prof. Dr. Martino Martinelli Filho
Tel. 2661-5000
Unidade de Estimulação Cardíaca Artificial - INCOR
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 – Cerqueira Cesar – São Paulo
Cep: 05403-900 – SP - www.incor.usp.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br ou Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - Av. Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP - E-mail: ceph.ip@usp.br - Telefone: (11) 3091-4182

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o “Estudo descritivo e compreensivo da capacidade adaptativa em pacientes adultos submetidos ao implante de cardioversor desfibrilador implantável”. Eu discuti com o Dr *Martino Martinelli Filho* e com a Psicóloga *Andréa Cristina Boldrim Pinto Gomes* sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha Data ____ / ____ / ____

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

(Somente para o responsável do projeto)

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

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____