

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO**

JANAÍNA DE CARVALHO

**COMPREENSÃO DO FUNCIONAMENTO MENTAL DE PACIENTES  
COM ACIDENTE CEREBROVASCULAR: UMA CONTRIBUIÇÃO DA  
PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**A health psychology comprehension of the mental functioning patients with  
stroke**

São Bernardo do Campo  
2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JANAÍNA DE CARVALHO

**Compreensão do funcionamento mental de pacientes com Acidente Cerebrovascular: uma contribuição da psicologia da saúde**

**A health psychology comprehension of the mental functioning patients with stroke**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Tolentino Rosa

São Bernardo do Campo  
2008

## FICHA CATALOGRÁFICA

C253c	<p>Carvalho, Janaína Compreensão do funcionamento mental de pacientes com acidente cerebrovascular: uma contribuição da psicologia da saúde / Janaína Carvalho. 2008. 154 f.</p>
	<p>Dissertação (mestrado em Psicologia da Saúde) –Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2008. Orientação de: José Tolentino Rosa</p>
	<p>1. Acidente cerebral vascular 2. Reabilitação 3. Psicologia da saúde 4. Medicina psicossomática I. Título</p>
	CDD 157.9

**JANAÍNA DE CARVALHO**

**COMPREENSÃO DO FUNCIONAMENTO MENTAL EM PACIENTES COM  
ACIDENTE CEREBROVASCULAR: UMA CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA DA  
SAÚDE**

**A health psychology comprehension of the mental functioning patients with  
stroke**

**Banca Examinadora**

Presidente: Prof. Dr. José Tolentino Rosa: \_\_\_\_\_

Titular (UMESP): Profa. Dra. Eda Marconi Custódio: \_\_\_\_\_

Titular (Fundação Santo André) Profa. Dra. Ivete Pellegrino Rosa: \_\_\_\_\_

**Dissertação aprovada em 21/ 01/ 09**

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

São Bernardo do Campo

2008

Dedico este trabalho às pessoas que estão com suas vidas paralisadas. Não falo somente de corpo paralisado, mas sim da consciência.

## AGRADECIMENTOS

*“Agradeço, alma fraterna e boa o amor que no teu gesto se condensa, deixando ao longe a festa, o ruído e o repouso para dar-me a presença. Sofres sem reclamar enquanto exponho minhas idéias diminutas e anoto quanto é grande o teu carinho no sereno sorriso em que me escutas. Não sei dizer-te a gratidão que guardo pelas doces palavras que me dizes, amenizando as lutas que carrego em meus impulsos infelizes.*

*Auxilia-me a ver sem barulho ou reproxe dos trilhos para o bem, o mais certo e o mais curto. Sem cobrar pagamentos ou louvores pelo valor do tempo que te furto. Aceita-me como um todo como sou, nunca me perguntaste de onde vim nem me solicitaste qualquer conta da enorme imperfeição que trago em mim. Agradeço-te ainda o socorro espontâneo que me estendes à vida estrada afora para que as minhas mãos se façam mensageiras de consolo a quem chora. Louvado seja Deus, alma querida e bela pelo conforto de teu braço irmão por tudo que tem sido em meu caminho, por tudo me dás ao coração.”*

**(Maria Dolores)**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, SEMPRE, aos meus pais, **Anivaldo Tadeu de Carvalho** e **Maria Aparecida Logrado de Carvalho**, que sempre me incentivaram e investiram financeiramente e afetivamente para que eu prosseguisse meus estudos, e souberam dividir o prazer da companhia com as minhas solitárias horas de estudo;

Ao meu marido, **Ivan Prudencio Martinez**, por me alimentar de cuidados e carinho neste período, e pelas privações que sei que passamos para que esse estudo se concluísse; por seu amor companheiro, pela sua paciência e espera;

À minha irmã, **Juliana Logrado de Carvalho**, pelas horas em que estive ausente das suas alegres conversas;

À minha **avó Anita**, quem quando eu era criança, carregava minhas malas pesadas de livros, me incentivando aos estudos desde o início;

Ao meu orientador, **prof. Dr. José Tolentino Rosa**, pelas sábias palavras, orientações e contribuições para que o trabalho se realizasse; por toda a sua sabedoria, não somente teórica, mas pela sua alma calma e tranqüila para conduzir os momentos mais estressantes, pelo olhar de confiança no outro, pela bondade em seu coração; ao meu mestre, com carinho;

À profa. **Dra. Marília Martins Vizzoto**, por suas excelentes aulas de metodologia da pesquisa, pela sua paixão por pesquisa, pelas conversas que tivemos, pelo seu bom humor e ensinamentos;

À **profa. Dra. Mirlene Maria Matias Siqueira**, pela coordenação do curso e confiança em mim depositada como bolsista CAPES;

À **profa. Tânia Elena Bonfim**, pelas horas de supervisão, por todos os seus ensinamentos, que ajudaram no meu desenvolvimento profissional, para que eu pudesse chegar até o mestrado;

À psicóloga **Eliana Pintor**, por toda escuta e desenvolvimento pessoal;

À **Dra. Terezinha Rosane Chamlian**, diretora técnica do Lar Escola São Francisco, por ter permitido que esse trabalho se realizasse nessa instituição;

À minha mestra e chefe, **Cristina Martins Torres Masiero**, coordenadora do setor de Psicologia, por todo o incentivo e confiança depositados para que eu fizesse o mestrado; mas não somente por isso, agradeço também por todas as oportunidades com que me presenteia, especialmente a confiança e reconhecimento pelo meu trabalho na equipe de psicologia do LESF;

Às minhas amigas psicólogas **Sandra Regina Rodrigues** e **Lydiane Fabretti** pelas longas horas de escuta teórica, pelas contribuições e incentivo, mas também e principalmente pela nossa amizade;

À **Dra. Milene Silva Ferreira**, meus agradecimentos, e minha admiração pela paixão por lesão cerebral e respeito pelo meu trabalho, mas também por tudo que me ensina diariamente no trabalho em equipe;

À toda equipe de Lesão Encefálica Adquirida do Lar Escola São Francisco, em especial às fisioterapeutas **Patrícia Neuman** e **Márcia Nardi**, terapeutas ocupacionais **Rosa Elvira** e **Rosemeire Zanchim**, e às amigas **Dulcimar Batista Alves** e **Maria Carolina Lizzana Monreal**, por todo o apoio na rotina de trabalho, tornando nossas horas mais enriquecedoras e prazerosas;

À minha mais nova amiga, **Isabel Paegle**, pelos momentos que dividimos durante o processo de mestrado, e pela oportunidade de nos conhecermos e dividirmos mais do que o mestrado, mas também a amizade;

Ao meu amigo **Denilson Grecchi**, pelas demonstrações de amizade, principalmente nas horas mais difíceis do mestrado;

Aos meus amigos **Marília**, **Ana Lúcia**, **Fábio**, **Luciane** e **Melissa**, pela doce amizade;

À **Universidade Metodista de São Paulo**, pelo acolhimento e por toda minha trajetória de formação desde o colégio nessa instituição; à **CAPES**, pelo apoio financeiro.

E a **Deus**, não o último, mas o proporcionador de tudo.

*“Muitas pessoas não são felizes porque, apesar de terem todas as possibilidades e serem física e mentalmente perfeitas, estão fazendo justamente o contrário daquilo que gostariam. Outras transformam um simples probleminha em um problemão. Em ambos os casos, elas se esquecem de lutar pelos seus ideais e acabam tendo que conviver com as migalhas que a vida lhes reserva. O ser humano cria disfarces para impressionar os outros, dá pouco valor à vida, preenche seu tempo com futilidades, torna-se um dependente químico ou perde a noção de si mesmo, porque não é capaz de conviver com a frustração causada pela desistência de um objetivo, um ideal, um sonho. Por isso, aprendi a definir meus objetivos e caminhar até eles nem que seja um passo por dia, até porque esse foi o ritmo que a vida me impôs (...). Faço isso porque já caminhei pelo outro lado do sol. Fui companheira das sombras, mas optei por irradiar novamente minha luz...”*

(KÁTIA YURIKO ITO,

sofreu duas lesões cerebrais, e conta sua biografia em “Do outro lado do sol”)

*“Para ser franco, eu tinha esquecido (...). A lembrança dessa história acaba de acudir à minha memória, deixando um rastro duplamente doloroso. A saudade de um passado que não volta e, principalmente, o remorso pelas oportunidades perdidas. (...) são as mulheres que não soubemos amar, as chances que não quisemos aproveitar, os instantes de felicidade que deixamos escapar. Hoje me parece que toda minha existência não terá sido senão um encadeamento desses pequenos fiascos. Uma corrida cujo resultado conhecemos, mas cujo páreo somos incapazes de embolsar.”*

(JEAN-DOMINIQUE BAUBY, sofreu AVC e  
escreveu sua biografia em “O escafandro e a borboleta”)

CARVALHO, J. *Compreensão do funcionamento mental em pacientes com Acidente Cerebrovascular: uma contribuição da Psicologia da Saúde*. 2008, 154f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo. Orientador: Prof. Dr. José Tolentino Rosa, 2008.

## RESUMO

O acidente cerebrovascular é uma doença de grande incidência no Brasil e no mundo. As pessoas que sofreram este tipo de acometimento podem apresentar seqüelas variadas, como motoras, cognitivas, sensoriais, sociais, afetivo-emocionais e transtornos psiquiátricos, levando a graus variados de dependência. Sendo assim, um estudo psicológico se faz importante, pois estas pessoas sofrerão mudanças em suas rotinas e no seu mundo interno. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa clínico qualitativa, e teve como objetivos investigar as repercussões psicológicas de pacientes adultos que sofreram acidente cerebrovascular; compreender o funcionamento mental, a deterioração neuropsicológica e a adaptação humana desses pacientes, através da Escala de Avaliação Global do Funcionamento, do Desenho da Figura Humana, e da Escala do Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado; compreender o sofrimento psicológico em narrativas da entrevista psicológica dessas pessoas e investigar como os indivíduos contam sua própria história numa compreensão psicossomática e psicanalítica. Para isso, utilizou-se o referencial teórico da Psicanálise e as concepções de Neuropsicanálise e Psicossomática. Foram analisados os relatos de cinco pacientes em tratamento num centro de reabilitação. Observou-se que por tratar-se de uma lesão cerebral, as repercussões psicológicas de quem sofreu acidente cerebrovascular devem ser observadas do ponto de vista neuropsicológico e a dinâmica afetivo-emocional. Os dados do Eixo V do DSM-IV, Escala de Avaliação Global do Funcionamento, e da Escala do Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de Ryad Simon apresentaram forte correlação estatística, embora a última seja mais compreensiva do ponto de vista psicanalítico; todos os pacientes apresentaram Adaptação Ineficaz. Quanto ao Desenho da Figura Humana, questionou-se a fidedignidade deste tipo de técnica nessa população, uma vez que os dados de organicidade interferem bastante. A história construída foi um instrumento importante para investigar como o indivíduo que sofreu acidente cerebrovascular contou sua própria história, seus mecanismos de defesa e as fantasias inconscientes, surgindo nesses relatos histórias importantes de depressão. Os mecanismos de defesa predominante no funcionamento mental desses pacientes foram a repressão e a desvalorização, no funcionamento neurótico, e a onipotência no funcionamento psicótico.

*Descritores:* acidente cerebrovascular; reabilitação; psicologia da saúde; psicossomática.

CARVALHO, J. *A health psychology comprehension of the mental functioning patients with stroke*. Master Dissertation, adviser: Dr. José Tolentino Rosa. Post-graduate Course in Health Psychology, Sao Paulo State Methodist University. São Bernardo do Campo, SP, Brazil, 2008.

## ABSTRACT

The cerebrovascular accident (stroke) is a disease of great incidence in Brazil and in the world. The people that suffered this attack can present multiples sequels, like motors, cognitive, sensorial, social, emotional-affective and psychiatric, taking to varied degrees of dependence. For that, a psychological study is important, because these people will suffer changes in their routines and internal world. The present work is a qualitative clinical research, and had the objectives to investigate the adult patients' psychological repercussions that suffered stroke; to understand the mental operation, the deterioration neuropsychological and the human adaptation of those patient ones, through the Global Functioning Evaluation, the Drawing of Human Figure Test, and the Ryad Simon's Adaptive Operational Diagnostic Scale; to understand the psychological suffering in narratives of those people's psychological interview and to investigate as the individuals tells his own history in a psychosomatic and psychoanalytic theories. For that, it was used the Psychoanalysis theoretical framework and conceptions of Neuropsychanalysis and Psychosomatic. Five patients were analyzed in treatment in a rehabilitation center. It was observed that for treating of a cerebral lesion, the psychological repercussions of which it suffered stroke should be observed of the point of view neuropsychological and the emotional-affective dynamics. The data of the DSM-IV Axis V (GFS) and the Adaptive Operational Diagnostic Scale had shown a strong statistic correlation, although the last is more useful to a comprehensive psychodynamic diagnosis; all the patients presented severe level of adaptation. As for the Drawing of Human Figure, the reliability of this technique type may be low for that sample, once the organic data might play an important role. The 'built history' was an important instrument to investigate the patients' evolution since they suffered stroke and whether it was related to his life history, their defense mechanisms and unconscious fantasies, as well how important histories of depression appearing in their narratives. The predominant defense mechanisms in the mental functioning were repression and depreciation, in neurotic functioning, and omnipotence was the main defense in psychotic level.

*Index-terms:* stroke; rehabilitation; health psychology; psychosomatic.

## SUMÁRIO DE CONTEÚDOS

Lista de Quadros .....	i
Lista de Abreviaturas .....	ii
<b>1 Introdução .....</b>	<b>17</b>
1.1 O AVC .....	18
1.2 A reabilitação .....	19
1.3 Aspectos neuropsicológicos – uma visão da neuropsicanálise.....	21
1.3.1 A confabulação .....	24
1.4 Aspectos psicológicos do paciente adulto com lesão cerebral .....	26
1.4.1 A Imagem corporal de pessoas com lesão cerebral.....	30
1.4.2 Depressão – definições .....	32
1.4.3 Depressão pós- AVC.....	35
1.4.4 Depressão como fator de risco para o AVC.....	40
1.5 Aspectos psicossomáticos – visão da obra de D. W. Winnicott.....	45
1.6 Aspectos psicossomáticos da doença vascular – visão da obra de Luis Chiozza.....	49
1.6.1 O mito de Orestes.....	53
1.7 O atendimento psicológico para pessoas que sofreram AVC .....	53
<b>2 Objetivos.....</b>	<b>57</b>
2.1 Objetivos gerais.....	57
2.2 Objetivos específicos.....	57
<b>3 Método .....</b>	<b>58</b>
3.1 Considerações sobre o método de estudo – os aspectos psicológicos em acidente cerebrovascular .....	58
3.2 Participantes .....	59
3.2.1 Critérios de exclusão.....	60
3.2.2 Critérios de Inclusão .....	60
3.3 Local.....	61
3.4 Instrumentos .....	61
3.4.1 A entrevista semi-dirigida.....	61
3.4.2 A história clínica construída .....	62
3.4.3 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada.....	63
3.4.4 A Escala de Avaliação Global do Funcionamento.....	63

3.4.5	A Escala de Funcionamento Defensivo .....	64
3.4.6	O Desenho da Figura Humana .....	64
3.5	Procedimentos .....	64
3.6	Aspectos éticos.....	65
3.6.1	Riscos x benefícios .....	65
3.6.2	Orçamento.....	65
<b>4</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>66</b>
4.1	Caso 1 – Miranda .....	66
4.1.1	História construída.....	66
4.1.2	Dados do prontuário médico.....	69
4.1.3	EDAO .....	70
4.1.4	AGF .....	72
4.1.5	Escala de Funcionamento Defensivo .....	72
4.1.6	Desenho da Figura Humana (DFH) .....	73
4.2	Caso 2 – Andrei.....	75
4.2.1	História construída.....	75
4.2.2	Dados do prontuário.....	76
4.2.3	EDAO .....	77
4.2.4	AGF .....	78
4.2.5	Escala de Funcionamento Defensivo .....	79
4.2.6	Desenho da Figura Humana (DFH) .....	80
4.3	Caso 3 – Vanessa.....	81
4.3.1	História construída.....	81
4.3.2	Dados do prontuário.....	82
4.3.3	EDAO .....	83
4.3.4	AGF .....	84
4.3.5	Escala de Funcionamento Defensivo .....	85
4.3.6	Desenho da Figura Humana (DFH) .....	86
4.4	Caso 4 – Rubens.....	87
4.4.1	História construída.....	87
4.4.2	Dados do prontuário.....	89
4.4.3	EDAO .....	89
4.4.4	AGF .....	91
4.4.5	Escala de Funcionamento Defensivo .....	91
4.4.6	Desenho da Figura Humana (DFH) .....	92
4.5	Caso 5 – Carlos .....	93
4.5.1	História construída.....	93
4.5.2	Dados do prontuário.....	95

4.5.3	EDAO .....	95
4.5.4	AGF .....	96
4.5.5	Escala de Funcionamento Defensivo .....	96
4.5.6	Desenho da Figura Humana (DFH) .....	97
4.6	Síntese dos resultados.....	99
<b>5</b>	<b>Discussão.....</b>	<b>106</b>
<b>6</b>	<b>Considerações finais e conclusão .....</b>	<b>126</b>
<b>7</b>	<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>128</b>
<b>8</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>138</b>
	Anexo A - Quadro de critérios para o diagnóstico de episódio depressivo.....	139
	Anexo B - Termo de consentimento livre e esclarecido .....	140
	Anexo C - Folha de aprovação do CEP- UMESP .....	142
	Anexo D - Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada .....	143
	Anexo E - Escala de Avaliação Global Do Funcionamento (AGF).....	147
	Anexo F - Escala de Funcionamento Defensivo .....	148
	Anexo G - Desenho da figura humana da paciente Miranda.....	150
	Anexo H - Desenho da figura humana do paciente Andrei.....	151
	Anexo I - Desenho da figura humana da paciente Vanessa .....	152
	Anexo J - Desenho da figura humana do paciente Rubens .....	153
	Anexo L - Desenho da figura humana do paciente Carlos.....	154

## Lista de Quadros

Quadro I – Tipos de AVC, localização cerebral, sequelas e depressão.....	99
Quadro II– Síntese das escalas .....	100
Quadro III – Síntese da confabulação.....	101
Quadro IV – Metapsicologia das fantasias inconscientes.....	103
Quadro V – Síntese dos mecanismos de defesa .....	105

### **Lista de Abreviaturas**

AVC – Acidente Cerebrovascular (AVC)

AVD – Atividades da Vida Diária

AGF – Escala de Avaliação Global do Funcionamento

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DAC – Doença arteriocoronariana

DFH – Desenho da Figura Humana

EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

LCT – Lesão Cerebral Traumática

LEA – Lesão Encefálica Adquirida

LESF – Lar Escola São Francisco (centro de reabilitação)

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TM – Traumatismo Medular

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho faz um estudo clínico-descritivo de pacientes que sofreram Lesão Encefálica Adquirida (LEA) por Acidente Cerebrovascular<sup>1</sup> (AVC) e os fatores afetivo-emocionais presentes na história dessas pessoas, relatada por eles próprios durante a psicoterapia num centro de Reabilitação para pessoas com deficiência.

O AVC foi escolhido dentre as lesões cerebrais, por ser o tipo de lesão de maior incidência na população estudada, e uma doença que acomete grande parte da população no Brasil. As pessoas que sofrem este tipo de acometimento podem apresentar seqüelas motoras (principalmente a hemiplegia<sup>2</sup>), cognitivas, de linguagem, sensoriais, sociais, afetivo-emocionais e transtornos psiquiátricos, levando a graus variados de dependência. Sendo assim, um estudo psicológico se faz importante porque estas pessoas sofrerão mudanças em suas rotinas e a compreensão psicológica poderá auxiliar na aceitação do quadro e oferecer mudanças psíquicas na vida interna dessas pessoas.

A problemática desse estudo nasceu da experiência profissional como psicóloga, ocorrida em um centro de reabilitação para pessoas com deficiências físicas, nos atendimentos psicológicos principalmente de pacientes com lesão encefálica adquirida.

No decorrer do trabalho serão discutidos alguns aspectos psicológicos dos pacientes que sofreram AVC com a finalidade de, através da análise qualitativa e revisão da literatura, proporcionar um espaço para reflexão, e uma contribuição científica para os profissionais que trabalham com esses pacientes. Ainda existem poucas publicações brasileiras sobre esse tema, como observaremos no decorrer do trabalho, sendo campo fértil para estudos, não somente para pesquisa, como também para a prática clínica.

Durante a atuação prática com esses pacientes, pude me questionar sobre a forma com que eles expressam o seu sofrimento, a forma como eles significam o adoecimento, qual a importância e significado do corpo e cognição para eles, e também sobre a forma de atuação do psicólogo nessa situação. Isso porque esses pacientes - muitas vezes não só motoramente

---

<sup>1</sup> O termo acidente cerebrovascular foi utilizado por ser o descritor mais atual; entretanto, optou-se por manter a abreviatura AVC.

<sup>2</sup> Caracteriza-se pela paralisia em um hemicorpo, ou seja, em metade do corpo, oposto ao da lesão cerebral (BRUNO; FARIAS; IRYIA; MASIERO, 2000).

prejudicados, mas também em sua linguagem, memória, percepção - têm uma grande dificuldade de serem compreendidos, inclusive pelos próprios profissionais da Reabilitação.

Atualmente, com o psicólogo saindo do consultório e conquistando outros espaços no mercado, cresce também a necessidade de desenvolvimento de metodologias de pesquisa e propostas de intervenção que tratem do tema da psicologia na saúde, tanto em sua promoção, como em sua recuperação, ou reabilitação. Daí a grande relevância do estudo desse tema.

## 1.1 O AVC

O AVC, popularmente conhecido como '*derrame cerebral*', caracteriza-se por ser uma manifestação de insuficiência vascular do cérebro, de início agudo, persistente por mais de 24 horas, causando um déficit neurológico (diminuição de uma função), refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central. (MANUILA; LEWALLE; NICOULIN, 2003). A sua etiopatogenia relata dois grandes grupos: podem ser isquêmicos ou hemorrágicos, sendo que os isquêmicos representam a maioria dos casos.

De acordo com Duncan; Zorowitz; Bates; Choi; Glasberg; Graham; Katz; Lamberty; Reker (2005), dados dos Estados Unidos da América mostram que o AVC é uma das maiores causas de incapacidade no país, estimando-se que 15.000 adultos são hospitalizados com esse diagnóstico por ano, sendo que 70% desses pacientes são acometidos com dificuldades de moderadas a graves.

O AVC é responsável por 10% das mortes em todo o mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008): 15 milhões de pessoas no mundo sofrem AVC anualmente, e destas 5 milhões morrem. O restante em grande parte procura os centros de reabilitação para recuperação de suas seqüelas, o que significa que 6 pessoas em mil vivem com as conseqüências do AVC (OLIVEIRA, 2000). É a terceira causa de morte no ocidente, ficando atrás somente das doenças arteriocoronarianas e do câncer, sendo responsável por um dos maiores índices de incapacidade física e intelectual (SIERRA, 2003).

Já no Brasil, os dados não são menos alarmantes: segundo o Ministério da Saúde (2008), no ano de 2002 o AVC provocou a morte de 87.338 brasileiros. Somente em São Paulo, o AVC é a terceira causa de morte, perdendo somente para as doenças arteriocoronarianas (DAC) e homicídio, segundo CREMESP (2002).

Falcão (1999) descreve que com o avanço da ciência e das técnicas na saúde, é possível uma sobrevida maior, o que aumenta o número de pessoas com incapacidades crônicas. Para a autora, são pessoas com problemas de saúde que não foram a óbito, mas que também não são curados; na maioria das vezes, pela gravidade ou extensão das seqüelas, não respondem às intervenções de curto e médio prazo, constituindo uma demanda desafiadora em atenção na saúde. Ou, quando as suas necessidades são negligenciadas, podem passar despercebidos numa avaliação de condições de saúde da população e permanecerem à margem das estatísticas e da vida social.

As doenças circulatórias são um problema para a saúde pública mundial porque, além de causarem morte e incapacitação, acometem inclusive indivíduos em idades jovens e produtivos. O AVC é a primeira causa de incapacidade entre adultos, pois dentre os que sobrevivem ao acometimento, metade adquire uma limitação permanente (FALCÃO, 1999).

Está associado a fatores de risco e hábitos, o que significa que podem ser controlados e prevenidos muitos desses, como um adequado controle da hipertensão arterial, tabagismo e etilismo, tratamento do estresse e hábitos alimentares, e veremos no decorrer deste trabalho estudos que indicam a depressão também como fator de risco. O aumento da idade é um fator de risco incontrolável, apesar da possibilidade do AVC ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento, sabe-se que sua incidência dobra após os 65 anos.

Este trabalho terá o foco no estudo do acidente cerebrovascular, entretanto sabe-se da existência, em alguns casos, de outras comorbidades clínicas, como a hipertensão e o diabetes.

A seguir será descrita a proposta do tratamento de reabilitação, necessário para esses pacientes que sobreviveram ao AVC.

## **1.2 A REABILITAÇÃO**

A reabilitação de pessoas faz parte, segundo Caplan (1964) da prevenção terciária, e deve englobar o diagnóstico, a inserção social, a rede social e evitar a institucionalização do doente. De acordo com Custódio (2007) a tendência no Brasil, ainda é a de promover mais as prevenções secundárias e terciárias do que primária; por isso, poucos estudos e investimentos são feitos quando as pessoas ainda apresentam os fatores de risco.

Ela opera no nível em que a doença já foi estabelecida, e para Battistella (2003) é o conjunto de medidas e ações na área da saúde, que possibilite a recuperação funcional, a limitação da incapacidade, a prevenção de novas seqüelas incapacitantes, buscando independência e autonomia do indivíduo.

Trata-se de um processo de duração limitada no qual o paciente tem alta após atingir as metas estabelecidas para aquele momento. Segundo Kaihama (2001), os objetivos da reabilitação são: prevenir seqüelas e complicações, das quais as mais comuns são as deformidades; recuperar ao máximo as funções cerebrais comprometidas através de atividades, otimizando o desempenho funcional e possibilitar ao paciente condição de convívio familiar e social, incrementando a independência e qualidade de vida de forma que as limitações sejam minimizadas e as potencialidades sejam a floradas.

Para um processo de Reabilitação é necessário o trabalho de uma equipe multidisciplinar, no qual o psicólogo está inserido assim como outros profissionais da área da saúde: médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, enfermagem, nutricionista, dentista, entre outros que se fizerem necessário.

É de extrema importância o suporte psicológico no processo de reabilitação. De acordo com D'Almeida; Pinna; Martins; Siebra; Moura (2005) o psicólogo na reabilitação visa construir, junto com o paciente, uma nova visão de mundo e de si mesmo, melhorando a adesão ao tratamento global, adquirindo hábitos de vida mais saudáveis, diminuindo o estresse do indivíduo em relação à doença e/ou deficiência e tomando consciência das suas capacidades remanescentes, o que implica uma mudança na percepção de si e nas formas de lidar com sua realidade.

O papel do psicólogo no centro de reabilitação é de prestar atendimento às pessoas com deficiência física e seus familiares, na modalidade de psicoterapia breve, individual ou grupal, e participante de uma equipe multidisciplinar.

Todo esse trabalho da psicologia inserida dentro de um centro de reabilitação está contextualizado também no que chamamos de Psicologia da Saúde. Segundo a APA (2008) a Psicologia da Saúde objetiva a compreensão da interação dos fatores biológicos, comportamentais e sociais e sua influência na saúde e na doença, utilizando-se de um modelo biopsicossocial. Sendo assim, a presente pesquisa está dentro das questões abordadas pela Psicologia da Saúde.

### 1.3 ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS – UMA VISÃO DA NEUROPSICANÁLISE

Sabe-se que o AVC pode causar várias seqüelas neuropsicológicas, desde leves défices de atenção, memória, orientação, até graves distúrbios na linguagem (afasias), funções executivas e na compreensão. A análise dessas funções torna-se complexa e difícil metodologicamente, devido ao próprio polimorfismo dos quadros clínicos e à imprecisão associada aos processos cognitivos (OLIVEIRA, 2001).<sup>3</sup>

Os défices cognitivos podem causar tanta ou mais incapacitação e dependência que os défices motores, problemas laborativos, sociais e nas relações familiares, além de prejuízos na vivência interna desses indivíduos.

D’Almeida *et al.* (2005) ressaltam que os pacientes se adaptam com mais facilidade às seqüelas motoras do que às cognitivas, pois estas são mais imprevisíveis e de evolução variável, além do que despertam simbolicamente no indivíduo núcleos muito fortes para sua existência.

Percebe-se que embora as funções da consciência estejam prejudicadas, o inconsciente permanece ativo, inclusive aspectos da motivação inconsciente, instinto de vida e de morte, percepções (SOLMS, 1997). Portanto, para uma compreensão global do paciente com lesão cerebral, especificamente com acidente cerebrovascular, é necessário compreendê-lo do ponto de vista fisiológico (motor), neuropsicológico e psicológico.

Estudos modernos tentam unir aspectos biológicos e emocionais; uma dessas tentativas de união se faz por uma área de conhecimento que hoje é conhecida por Neuropsicanálise. Medeiros (2005, p.33) fez na análise e atendimento de seus pacientes uma junção da Psicanálise à Neurociência e afirma: “A neurociência e a psicanálise podendo atuar conjuntamente em casos como este (AVC) podem ter efeito sinérgico na recuperação destes pacientes”.

A Psicanálise sempre discutiu e estabeleceu conexões com outras ciências, desde Biologia, até História, entre outras. Agora, a neurociência e psicanálise tentam estabelecer um diálogo, ainda muito recente, e unir mente e cérebro, trazendo importantes mudanças na Psicologia. A neurociência caminha com a descoberta da subjetividade, e como dizem

---

<sup>3</sup> Dificuldade observada na prática clínica também.

Winograd e Sisson (2006), ainda está aprendendo a sentir, querer, desejar e se comportar; já a Psicanálise estranha todo o aparato tecnológico para mapear a mente, mas dispõe de conceitos para explicar e entender o que durante um século foi estudado apenas por ela: o psiquismo humano. Existe também nesse campo a Neuropsicologia, que segundo Thiers; Argimon; Nascimento (2005), baseados na visão de Luria, é a ciência que estuda a expressão comportamental das disfunções cerebrais, abordando as relações entre funções cerebrais e comportamento. Lechevalier (2002) questiona se tais linhas teóricas já nos permitem compreender os conteúdos da vida mental. Talvez ainda não por completo, mas cada vez mais dispomos de ferramentas para isso.

O importante, do ponto de vista psicológico, é a compreensão da dinâmica dos processos mentais, mais do que a compreensão da localização destes (LECHEVALIER, 2002). Solms (1993) nos lembra que o próprio Freud, no século passado, não era muito adepto do método de correlação clínico anatômica, pois acreditava que este método, bastante utilizado atualmente pela Neurociência, subestima a complexidade das funções mentais e não leva em conta a natureza dinâmica dos processos mentais; entretanto, ele mesmo tinha esperanças de um dia a Psicanálise, e o que hoje chamamos de Neurociências, estabelecerem um diálogo e uma integração.

Atualmente, muitos estudos são realizados na área da Neuropsicanálise, a fim de compreender as lesões cerebrais e os aspectos emocionais. Por exemplo, no estudo de Carvalho (1997), investiga-se se a depressão por AVC é diferente de outros tipos de depressão, devido às lesões neuronais e todo o processo fisiológico.

Heilman (2007) discute em seu fórum a investigação da anosognosia<sup>4</sup> e aspectos da negação psíquica. Refere que acredita que os pacientes com anosognosia tenham mais propensão a dificuldade em lidar com situações difíceis, mas acredita que não seria somente esse o fator da anosognosia, e sim a soma da lesão cerebral e localização dessas, além de outros fatores cognitivos e perceptuais que influenciam esses indivíduos a desenvolverem esse quadro.

Outros estudos nessa área também tentam associar as lesões cerebrais às características de personalidade dos indivíduos. Langer; Pettigrew; Wilson; Blonder (1998) estudam características de personalidade de pessoas com lesão cerebral em hemisfério direito

---

<sup>4</sup> Alteração da consciência de si próprio; 'negação' da doença; dificuldade para perceber conscientemente seus défices; desconhecimento patológico da doença ou distúrbio (GIL, 2002).

e esquerdo, e pessoas sem lesão cerebral. Essas pessoas são filmadas enquanto interagem com seus cônjuges e entrevistador, e observou-se que as pessoas com lesão cerebral em qualquer hemisfério são socialmente mais prejudicadas do que as pessoas sem lesão cerebral, entretanto as pessoas com lesão cerebral no hemisfério esquerdo são mais prejudicadas socialmente do que as que têm lesão em hemisfério direito.

Gainotti (2005) traz em seu estudo uma compreensão biológica das emoções e dos processos inconscientes, e conclui que o hemisfério direito possa estar mais envolvido na geração de processos emocionais inconscientes, inclusive a produção dessas recordações emocionais inconscientes que podem ser reativadas e se refazerem durante a psicoterapia. Isto faz mais sentido quando se trata de processos inconscientes, porém não reprimidos.

Oppenheim-Gluckman (2006) fala sobre a lentificação encontrada nas pessoas com lesão cerebral, refletindo nesses indivíduos outra forma de ser e de pensar. Na parte motora, o indivíduo experimenta a sensação de não dominar seu corpo ou partes dele, e na cognição experimenta um descompasso entre si e os outros, tanto para entender as mensagens vindas do mundo externo quanto para responder aos estímulos dessa realidade. Segundo o autor, é uma experiência tão perturbadora para os indivíduos que dificilmente será transmissível.

Os trabalhos que envolvem as considerações de Neuropsicanálise são muito complexos, pois tratam de conceitos profundos e ainda misteriosos para a ciência. No decorrer deste trabalho serão observados diversos estudos que têm esse tipo de foco. O objetivo de iniciar essa discussão é pensar se a psicoterapia psicanalítica poderá auxiliar os pacientes que sofreram lesão cerebral, incluindo o acidente cerebrovascular. O'Gormann (2000), psicoterapeuta que trabalha em centro de reabilitação neurológica em Londres, acredita que as alterações neuropsicológicas não são contra-indicações para o trabalho psicodinâmico. Pelo contrário, as questões emocionais que podem contra-indicar os tratamentos físicos, uma vez que os pacientes com problemas psicológicos mais graves não se beneficiam das outras terapias, podendo apresentar grave apatia e retraimento, estilos interpessoais mal adaptados, sabotagem ativa dos esforços para ajudá-los, entre outras questões levantadas pela autora.

Solms (1993) também se utiliza dos dois campos de conhecimento (Psicanálise e Neurociência) para tratar de seus pacientes e em áreas de pesquisa. Propõe, assim como Medeiros (2005) tarefas (muitas vezes tarefas interventivas, como escrever um diário, trazer fotos, ler jornal, pesquisar acontecimentos relacionados à determinada época significativa

para o paciente, etc.) e interpretações ao paciente baseadas neste tipo de compreensão, principalmente para tornar consciente o inconsciente. Ou como diz na análise de um de seus pacientes com déficit de memória: “repetindo para elaborar o que não foi possível recordar” (MEDEIROS, 2005, p. 33).

Essas diversas formas de pensar o ser humano “São problemáticas para as quais, no momento, não é possível, nem mesmo passível, chegar a soluções definitivas. Esperamos, todavia, deixar uma contribuição ao estudo das funções mentais, em suas formas mais arcaicas, para um esclarecimento parcial do assunto” (ROSA, 1997, p. 104).

Existem muitas alterações neuropsicológicas, entretanto neste trabalho será aprofundado a confabulação, fator que foi avaliado nos pacientes, além da alteração neuropsicológica que cada indivíduo apresentar.

### **1.3.1 A confabulação**

A confabulação é uma das alterações nas funções neuropsicológicas, e que muitas vezes engloba outras funções cognitivas, interferindo diretamente na psicoterapia. Vale ressaltar que aqui se discute a confabulação em paciente com lesão cerebral, especificamente por acidente cerebrovascular; não trataremos das condições de confabulação em quadros demenciais, nem de quadros psiquiátricos.

Esta pode estar associada ou não a outras alterações neuropsicológicas. Pesquisas são feitas para investigar a confabulação relacionada à desorientação (DELUCA, 2000) e alterações na memória (GILBOA; ALAIN; STUSS; MELO; MILLER; MOSCOVITCH, 2006).

A confabulação ainda enfrenta um problema na sua própria definição (DELUCA, 2000). O autor utiliza em seu artigo a definição de confabulação de Mosocovitch e Mello (1997 *apud* DELUCA, 2000, p.119) “são estados ou ações que envolvem distorções óbvias, mas sem a intenção”. O DSM-IV (1995) descreve a confabulação como eventos imaginários que preenchem lacunas da memória. Ela envolve distorções temporais, muito comuns de serem observadas em pacientes com lesão cerebral; eles podem adicionar, elaborar ou distorcer eventos que realmente aconteceram; mas eles nunca percebem que estão confabulando, pois não possuem crítica suficiente para perceber a inconsistência do seu

discurso. No Quadro III, mostrado mais adiante nesse trabalho<sup>5</sup>, pode-se observar as variáveis importantes para a compreensão da confabulação.

O’Gormann (2006) relata que o terapeuta precisa estar atento à possibilidade de invenção ou confabulação, porque ambos são sintomas comuns e desafiadores na lesão cerebral, e necessários trabalhá-los na psicoterapia. Oppenheim-Gluckman (2006) e Solms (1993) apresentam do ponto de vista psicanalítico, que as confabulações são a expressão do processo primário descrito por Freud, com a emergência do espaço do sonho, trazendo um rico material do inconsciente, possível de ser manejado a favor da saúde mental do paciente.

Nesta maneira de funcionamento mental, os pacientes são introduzidos a múltiplos espaços: o espaço do inconsciente e do sonho, no qual predominam desorientações temporais, alterações de atenção, de memória imediata e recente. A relação com o tempo nesses casos é estabelecida pelo inconsciente e não pelo tempo social, já discutido por Freud e retomado por Oppenheim-Gluckman (2006). Entende-se que esses pacientes estão presos no espaço de sua história inconsciente, com retorno, vivido como atual, de períodos anteriores significativos, esquecidos mas não ultrapassados, e atualização de antigos conflitos infantis recalcados que aparecem aqui como se o tempo jamais tivesse escoado.

Para Solms (2000) as funções cognitivas superiores são criadas a partir das funções mais primitivas em conjunto com o desenvolvimento do ego e se tratam, portanto das funções do ego. Quando ocorrem défices/ lesões que afetam essa estrutura o sistema inconsciente pode emergir, em diferentes graus, pois as estruturas das defesas do pré-consciente e consciente estão também abaladas. Assim, as características implícitas do sistema inconsciente da vida mental normal parecem ficar explícitas na sintomatologia confabulatória, e devem ser trabalhadas na psicoterapia. Relata que esse tipo de compreensão, não limitada somente à fisiológica e cognitiva, nos dá margem a entender que a confabulação tem vários níveis, podendo variar desde estados mentais normais (onde ocorrem pequenas distorções de lembranças ruins, nos sonhos ou até mesmo em brincadeiras, desejos e fantasias) até estados mais patológicos e confusionais, que não são descritos nesse trabalho.

Não existem testes que capturem a confabulação do paciente; somente a entrevista psicológica é capaz de detectá-la. Para isso, é necessário que o terapeuta tenha uma escuta apurada, um bom vínculo com seu paciente para que esse possa lhe contar seus pensamentos e

---

<sup>5</sup> Ver capítulo 4, item 4.6.

crenças, e que o terapeuta tenha formação em psicologia e compreenda o funcionamento mental dos pacientes com lesão cerebral.

A seguir, será descrito o levantamento bibliográfico dos aspectos psicológicos dos pacientes com alterações neuropsicológicas, para que se pense numa compreensão global desses pacientes.

#### **1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE ADULTO COM LESÃO CEREBRAL**

É necessário que o psicoterapeuta ao trabalhar com esse tipo de pacientes, esteja numa equipe multidisciplinar e saiba diferenciar os défices cognitivos causados pela lesão e os aspectos defensivos, além de trabalhar com o material inconsciente fornecido pelo paciente. Pensar nos aspectos afetivos que podem estar por baixo dessa sintomatologia cognitiva complexa é papel do profissional de psicologia (O´GORMANN, 2000; SOLMS, 1993).

Rabelo e Neri (2006) descrevem que sofrer um AVC é um episódio inesperado, e que por si só já apresenta alto potencial para ser vivenciado de forma estressante, ameaçando o senso de controle pessoal do indivíduo. Sendo assim, exige um grande esforço adaptativo. A adaptação é um “conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que a cada momento o modificam permitindo a manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida” (SIMON, 1983, p. 15). Esta adaptação diz respeito ao organismo quer em relação ao ambiente, quer em relação a si mesmo. Todo comportamento tem um significado adaptativo, consciente ou inconsciente.

Em seu estudo, Rabelo e Neri (2006) observam que idosos com graves seqüelas físicas podem sentir-se infelizes algum tempo depois do AVC, mas podem se adaptar rapidamente, experimentando decréscimo nas emoções desagradáveis e aumento nas emoções agradáveis, recuperando o seu nível original de bem-estar, se previamente era adequado. O problema psíquico maior surge quando não havia bem-estar antes do AVC, e é destas pessoas que trataremos com mais profundidade neste trabalho.

Inicialmente, quando a pessoa sofre um AVC pode apresentar complicações hospitalares prévias à reabilitação, como por exemplo, uso de fraldas devido incontinência, alimentação por um tubo de gastrostomia, auxílio para tomar banho, entre outros. Essa

experiência pode reavivar sua experiência de dependência absoluta ou relativa (WINNICOTT, 1965), esperando-se assim um momento regressivo tanto do ponto de vista físico quanto emocional, pois existe uma regressão real que incita a regressão psíquica. O’Gormann (2000) descreve através de sua experiência clínica, que alguns pacientes buscam voltar à situação de dependência absoluta inconscientemente, quando sua fragilidade psicológica é confirmada pela fragilidade física resultante da lesão cerebral. Assim, se a capacidade deles para auto-reflexão e insight também for prejudicada pelo nível de regressão mental, nessa fase o trabalho psicodinâmico se faz inviável, mas somente nesses casos.

Todos os pacientes experimentam o fato de terem seus corpos alterados pelo AVC, alteração num corpo que antes funcionava normalmente. Essa alteração corporal trará alterações psíquicas também: “O AVC acarreta mudança fundamental em vidas e identidades, como se os corpos se separassem da personalidade” (RABELO; NERI, 2006, p. 173). Isso pode causar, segundo Solms (1995); O’Gormann (2006), um dano narcisista profundo associado a uma perda irreparável, acompanhado por uma consciência de dependência do objeto. As defesas narcisistas são utilizadas pelos indivíduos a fim de evitar entrar em contato com a depressão, em momentos em que se sentem ameaçados pelos sentimentos de seu mundo interno num evento traumático. A força da defesa narcisista depende de fatores como força de ego, e a provisão, ou não, das primeiras relações objetais.

Retomando a teoria kleiniana (KLEIN, 1947), num adoecimento agudo como o AVC, o indivíduo poderá sentir-se abandonado pelos objetos protetores e sentir-se dominado pelos objetos ruins e persecutórios, desacreditando na provisão do mundo e na proteção dos objetos bons. Esse sentimento pode ser reforçado caso o paciente tenha vivenciado isso na própria infância.

Daí a importância também de uma compreensão do desenvolvimento humano, a fase em que esse indivíduo se encontra e como foi o seu desenvolvimento prévio, principalmente do ponto de vista emocional. De acordo com Kovács (1997), o período em que o indivíduo desenvolveu-se sem a deficiência terá relação com as formas de lidar quando esta acontecer. Tratando-se de uma deficiência adquirida (que podem surgir pelas seqüelas do AVC), faz com que a pessoa tenha perdas ou deteriorações de parte de seu organismo, o que pode ser associado a uma vivência de morte em vida. Accacio (2004) também é favorável a este conceito, percebendo que muitas reações psicológicas que acontecem com o indivíduo ao adquirir uma deficiência, também acontecem como uma reação de um indivíduo face à morte.

Isso porque a ocorrência de uma lesão cerebral na fase adulta poderá interromper o desenvolvimento do ciclo vital, modificando os planos tanto do paciente quanto de sua família (CARVALHO; KAIHAMI; ALVES, 2005). Devido essas questões, enfatiza Kovács (1997, p. 95): “É importante verificar em que fase do desenvolvimento instala-se a deficiência, e os recursos do sujeito para enfrentá-la, pois em cada fase há aspectos críticos que serão afetados”.

O’Gormann (2000) narra sobre a importância de explorar os efeitos da lesão cerebral no mundo interno do paciente. Reflete sobre quanta perda é capaz de suportar um ser humano, pois a experiência de uma lesão cerebral traz uma perda muito profunda: o luto da perda da identidade anterior, que pode ser uma experiência de desalento e esvaziamento interno, principalmente quando há diminuição nas habilidades cognitivas. Estas perdas alcançam o paciente em seu sentimento de identidade e de existência, porque esse sentimento é sustentado pela cognição: memória, imagem do corpo, esquema corporal, relação com o espaço e a temporalidade, e principalmente pela continuidade da relação com o outro e manutenção dos processos de inter-reconhecimento entre si mesmo e o outro, ou seja, pela cognição funcionando como um todo, de forma íntegra no indivíduo, para que ele possa estar pleno no relacionamento (OPPENHEIM-GLUCKMAN, 2006).

À luz da interpretação de Winnicott (1975), esses indivíduos com lesão cerebral e défices cognitivos vivenciam o que ele chamou de “*medo do colapso*”, que corresponde à ameaça da organização do eu: todos os seres humanos teriam esse medo dentro de si, entretanto esses pacientes vivenciam-no de forma real, experimentando uma desorganização interna, proporcionada pela desorganização cognitiva e corporal; principalmente as enfermidades cognitivas ameaçam o self. Para o autor, a existência do indivíduo é baseada no desenvolvimento do ‘eu integrado’, ou como ele chama, do ‘self’. A integridade do self depende não somente da psique do indivíduo, mas de toda a sua relação com seu corpo e o ambiente que o envolve, além do cérebro saudável.

Nos atendimentos aos pacientes com lesão encefálica, pode-se observar o quanto a cognição tem uma função de suporte interno para a integridade do ser, com as representações individuais de si e do mundo (OPPENHEIM-GLUCKMAN, 2006).

Assim como algumas deficiências motoras, que inclusive podem ocorrer pelo AVC, os défices cognitivos deixam o indivíduo em situação de dependência física, social, e em

algumas casos, em situações de dependência psíquica, pois podem ficar impossibilitados de se sustentarem em suas próprias percepções ou lembranças, de si e do ambiente (O’GORMANN, 2000; OPPENHEIM-GLUCKMAN, 2006). Dependendo da seqüela, que podem ser alterações sensoriais, perceptuais, na linguagem (verbal e não verbal), funções executivas, memória, desorientações, inabilidades no reconhecimento de rostos ou objetos, entre outras, o indivíduo não poderá mais confiar no seu sistema de representações internas, necessitando recorrer às representações de outras pessoas, provavelmente dos seus cuidadores, como *‘próteses de representação’* (OPPENHEIM-GLUCKMAN, 2006, p. 53). Isso significa que o paciente se sustenta em elementos externos a si mesmo numa tentativa de representar, por exemplo, o acidente cerebrovascular para si mesmo, seu coma, suas conseqüências, sua biografia, o mundo que o rodeia, em falta de representação interna. Isso pode variar em graus dependendo do paciente, e quanto mais utiliza as próteses, menos é autêntico e menos próximo está do seu self.

As pessoas próximas ao paciente que lhe dão sustentação, tanto interna quanto externa, representam o que Winnicott (1965) denominou *“mãe suficientemente boa”*. Entretanto, se essas pessoas não puderem por algum motivo desempenhar esse papel, e se apresentarem, por exemplo, muito invasivas ou superprotetoras, podem causar alienação no paciente com lesão cerebral, proporcionando a progressão do que Winnicott (1975) chamou de *‘falso self’*, distanciando assim o indivíduo cada vez mais do seu verdadeiro self. Observa-se a importância do papel do cuidador, seja mãe, pai, marido ou esposa, a responsabilidade que tem sobre a vida emocional desses indivíduos que sofreram, por algum motivo, uma lesão cerebral.

Esses pacientes são próximos e distantes de si mesmo: distante porque não se reconhecem em sua identidade, em suas percepções, em sua intersubjetividade; próximos porque estão em contato direto com o inconsciente. Porém a proximidade consigo só será efetivada através da psicoterapia (OPPENHEIM-GLUCKMAN, 2006).

Outro fator que sofre importantes alterações do ponto de vista psicológico é a imagem corporal. Existe uma alteração real, mas também as alterações cognitivas podem influenciar o indivíduo na integração do seu corpo.

### 1.4.1 A Imagem corporal de pessoas com lesão cerebral

O corpo tem uma série de funções para a saúde física e mental. Para Galhardo e Lima (2004) o corpo é um meio de comunicação do indivíduo com o mundo e consigo próprio. Ele constitui uma via para a interpretação dos comportamentos sociais, sentimentos físicos e emocionais.

Estudos (ELLIS; SMALL, 1993) mostram que a imagem corporal pode estar ligada ao mecanismo de defesa da negação, juntamente com fatores de personalidade pré-morbida em lesão cerebral ocasionadas por AVC, além de outros mecanismos de defesa psicodinâmicos utilizados. A negação é um mecanismo de defesa muito utilizado em pessoas com AVC, assim como a defesa narcísica, que também está diretamente relacionada com a imagem corporal (O´GORMANN, 2006; SOLMS, 1995).

Do ponto de vista da neuropsicologia, a propriocepção<sup>6</sup> está diretamente ligada à imagem corporal, e pode sofrer alterações com a lesão cerebral, assim como a percepção, principalmente espacial e agnosias<sup>7</sup> visuais; algumas lesões no hemisfério direito deixam indivíduos incapazes de reconhecer o lado esquerdo do corpo como próprio.

É fato que adoecimentos que causam deficiência física interferem diretamente na imagem corporal. Luborsky (1995) descreve como um homem que sofreu AVC tem seu senso de identidade, experiências e qualidade de vida alterados pelo AVC. Rubio e Van Deusen (1995) referem que alterações na imagem corporal são seqüelas comuns em quem sofre esse tipo de lesão cerebral, e interfere diretamente na reabilitação e no treino das AVD's. Essas autoras sugerem mais pesquisas nesta área.

Howes; Edwards; Benton (2005) investigaram a imagem corporal em homens com lesão cerebral adquirida, em comparação com a imagem corporal de homens sem lesão. Os resultados dessa pesquisa indicaram que os homens com LEA apresentaram significativamente baixa auto-estima e descontentamento com o corpo no que se refere ao desempenho físico e sexual; apareceram diferenças significativas nos resultados de lesão cerebral por AVC e TCE, mas o autor atribuiu também ao fator idade.

---

<sup>6</sup> é a capacidade em reconhecer a localização espacial do corpo, sua posição e orientação, a força exercida pelos músculos e a posição de cada parte do corpo em relação às demais, sem utilizar a visão (GIL, 2002).

<sup>7</sup> perda da capacidade de reconhecer objetos ou símbolos utilizando um dos cinco sentidos, neste caso a visão (MEDICINA GERIÁTRICA, 2008).

Howes *et al.* (2005) também investigaram a imagem corporal em mulheres com lesão cerebral adquirida, encontrando resultados parecidos com a pesquisa masculina: maior descontentamento com o corpo que o grupo controle, pior auto-estima e mais depressão, variáveis que os autores relacionaram diretamente à imagem corporal, e que esta variável interfere diretamente na qualidade de vida após a lesão cerebral. Em ambas as pesquisas Howes *et al.*(2005), utilizaram como instrumento o questionário auto-dirigido.

Um dos instrumentos utilizados para a investigação da imagem corporal em Psicologia é o DFH. Quanto ao seu estudo em adultos com problemas neurológicos, o trabalho de Freitas Júnior (1979) ainda é uma importante referência, pois não foram encontrados trabalhos mais recentes sobre a questão, nem a atualização deste.

Na década de 20, os trabalhos de Goodenough (*apud* FREITAS JÚNIOR, 1979) apresentaram a primeira tabela objetiva para a medida do desenvolvimento intelectual, baseada no desenho da pessoa. Com o tempo, o desenho da pessoa passou a ser utilizado também como técnica projetiva, visando uma apreensão da personalidade em seus aspectos conscientes e inconscientes. Machover (*apud* FREITAS JÚNIOR, 1979) deu aos desenhos interpretações psicanalíticas, incluindo o conceito de projeção.

O desenho não é uma cópia, mas sim a interpretação da realidade pelo sujeito. De acordo com Van Kolck (1981), um desenho representa uma maneira de ver as coisas, de se colocar diante delas e senti-las, dando-nos indicações da maneira peculiar deste indivíduo. O desenho é uma forma de comunicar-se, pode expressar o desenvolvimento emocional e cognitivo do indivíduo, ou pode expressar sinal de psicopatologia, mas sobretudo é utilizado no diagnóstico psicológico.

O DFH é uma técnica projetiva muito empregada, tanto pela sua praticidade na aplicação, como também pelas possibilidades de projeção da personalidade. De acordo com Fábregas (1999, p.86) “aspectos inconscientes que o sujeito não pode revelar e mesmo aspectos conscientes que possa considerar indesejáveis podem se manifestar através do desenho”.

Quanto à técnica, Hammer (1981) coloca que nesta o paciente defronta-se não somente com o problema de desenhar uma pessoa, mas com o problema de orientar-se, adaptar-se e comportar-se numa situação determinada, engajando-se num comportamento

verbal, expressivo e motor. Todos esses comportamentos, assim como o próprio desenho, fornecem os dados para a análise psicológica.

De acordo com Buck (2003), a qualidade desse desenho reflete a capacidade do indivíduo para atuar em relacionamentos e para submeter o 'self' e as relações interpessoais à avaliação crítica objetiva. Também coloca que os desenhos são os primeiros indicadores clínicos a mostrar sinais de psicopatologia e o último a perder os sinais de doença, porque o desenho atinge o nível do pensamento primitivo pictórico, que está no mesmo plano que o do próprio pensamento inconsciente, mais próximo do que a própria linguagem.

No caso do DFH, este expressa o auto-conceito ou auto-imagem do indivíduo. Quando solicitado a desenhar, o indivíduo é defrontado com seus referenciais internos, que em algum momento da atividade acontecerá um processo de seleção com os referenciais externos, implicando em mecanismos de identificação através da projeção e introjeção. Van Kolck (1981) ainda afirma que o corpo e o próprio 'eu' são os pontos mais íntimos do indivíduo.

Assim, conclui Fábregas (1999) que a figura desenhada está relacionada com o indivíduo que está desenhando, portanto totalmente ligado ao conceito de Imagem Corporal e ao conceito de si mesmo, por projeção.

Não foram encontrados estudos além de Freitas Júnior (1979) que proponham a sistematização do desenho da figura humana para pessoas com lesão cerebral.

Outro aspecto psicológico importante de ser estudado neste trabalho diz respeito à depressão, devido à sua incidência na população com acidente cerebrovascular.

#### **1.4.2 Depressão – definições**

Para Winnicott (1960), a depressão, apesar de ter dois significados distintos (psiquiatria e psicologia), possui semelhança entre as suas definições. É algo que merece ser estudado, pois a pessoa que está deprimida sofre, pode arruinar a si mesmo ou até chegar a colocar fim em sua vida. Dentro disso, há um espectro imenso de sentimentos que o indivíduo pode experimentar quando deprimido.

A depressão para o autor está totalmente ligada com a estrutura do ego, a segurança do self e com o descobrimento da identidade pessoal, além da dificuldade em lidar com

sentimentos de ódio, embora desde 1960 o autor já falasse na resistência em aceitarem as explicações inconscientes para depressão, e na existência de uma tendência às explicações bioquímicas, existentes até hoje.

Ela surgiria, para Winnicott (1960) da experiência de destrutividade e suas idéias que acompanham o amor, num desenvolvimento normal, e poderia ser superada espontaneamente pela estrutura interna do indivíduo (ou não), saindo desta situação de depressão ainda mais fortalecido, mais sábio e estável do que era anteriormente. Ela pode denotar, em alguns momentos, um evento disparador para a recuperação de um funcionamento psicológico mais adaptativo, principalmente frente algumas situações de adoecimento (PEREIRA; ROSA; HADDAD, 2007).

Entretanto, existem as psicopatologias da depressão: para o autor, encontram-se nuances, desde a depressão vivenciada como ameaça de desintegração e defesas psicóticas; a depressão com idéias delirantes e persecutórias; a depressão com sintomatologia hipocondríaca; a depressão com defesas maníacas (total negação da depressão); a dissociação entre depressão e mania e por fim, o mau humor e melancolia crônicos.

Assim, a depressão pode ser passageira, ou durar toda a vida, dependendo das condições internas do indivíduo. Está diretamente relacionada com o luto, com a capacidade de lidar com a culpa, e com o amadurecimento individual.

Para a psiquiatria, a depressão é uma síndrome (conjunto de sintomas), que como muitas outras desordens mentais é diagnosticada pelos sintomas descritos pelo paciente. Segundo o DSM-IV (1995), a depressão (episódio depressivo maior e transtorno depressivo maior) pertence à classe dos transtornos do humor, e tem como principal característica o humor triste, persistindo por mais de duas semanas, ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades da rotina deste indivíduo. Também pode apresentar outros sintomas, como alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida (ver anexo A). A depressão pode apresentar sintomas psicomotores importantes para o seu diagnóstico (SOBIN; SACKEIM, 1997); apesar de pouco utilizados, eles são completamente observáveis e muito frequentes, e incluem principalmente nível de atividade motora total, movimento discreto do corpo, dos membros, tronco, cabeça, da fala e tempo de reação motora. No DSM-IV (1995), a depressão

no AVC é caracterizada como Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral, considerada uma conseqüência fisiológica direta de uma condição orgânica do paciente.

A maioria dos estudos de depressão e AVC não distingue o tipo de depressão, nem quais os critérios utilizados para diagnosticá-la; muitas vezes o diagnóstico da depressão não é feito e apenas pequena parte dos pacientes recebe tratamento adequado (FRÁGUAS; CARVALHO, 2001). Os que definem, utilizam os critérios do DSM- III ou DSM-IV (FUJIKAWA; YAMAWAKI; TOUHOUDA, 1993; LEENTJENS; ABEN; LODDER; VERHEY, 2006; LIEBETRAU; STEEN; SKOOG, 2008; STOROR; BYRNE, 2006; WILLIAMS, 2005) ou as Escalas para depressão, como de Zung (OHIRA; ISSO; SATOH; SANKAI; TANIGAWA; OGAWA; IMANO; SATO; KITAMURA; SHIMAMOTO; SIMONS, 2001), Escala de Depressão de Hamilton (DESMOND; REMIEN; MORONEY; STERN; SANO; WILLIAMS, 2003; LEENTJENS *et al.*, 2006; STOROR; BYRNE, 2006), entre outras escalas para depressão ou entrevista (ALEXOPOULOS; MEYERS; YOUNG; KAKUMA; SILBERSWEIG; CHARLSON, 1997; BARNES; ALEXOPOULOS; LOPEZ; WILLIAMSON; YAFFE, 2006; EVERSON; ROBERTS; GOLDBERG; KAPLAN, 1998; JONAS; MUSSOLINO, 2000; LARSON; OWENS; FORD; EATON, 2001; SALYACIK; KELLY-HAYES; BEISER; NGUYEN; BRADY; KASE; WOLF; 2007; STEFFENS; HELMS; KRISHNAN; BURKE, 1999). Esses dados nos mostram que ainda não há um consenso para a avaliação, diagnóstico, tratamento e intervenções para a depressão.

Fráguas e Carvalho (2001), ao estudarem depressão em doenças neurológicas, relatam que algumas características da depressão em neurologia (ou em todo contexto médico) permitem supor tratar-se de uma depressão distinta da depressão encontrada em enfermarias psiquiátricas, e colocam: “dentre essas características podemos salientar: menor incidência de transtornos do humor em familiares, e maior importância dos acontecimentos de vida (fatores de stress) no início da depressão” (FRÁGUAS; CARVALHO, 2001, p. 6). A depressão pós-AVC, por exemplo, tem como especificidade, a labilidade emocional e presença de déficit cognitivo, não encontrada em outras doenças clínicas.

De acordo com Williams (2005), a metodologia é a principal dificuldade para avaliar o funcionamento mental em pacientes com lesão cerebral, pois além de avaliar o transtorno do humor, deve-se estabelecer uma metodologia para avaliá-lo em pacientes com alterações cognitivas, como défices de atenção, de linguagem, entre outras que podem surgir com a lesão.

Trata-se de uma doença incapacitante, que pode prejudicar o desempenho do indivíduo em várias esferas (familiar, trabalho, cuidados com a sua saúde, entre outros). Pellegrino-Rosa (1997) descreve que os sintomas da depressão em idosos podem tornar-se ameaça à pessoa e sua organização psíquica.

Uma grande dificuldade é o indivíduo buscar ajuda para esse tipo de doença: muitas pessoas nem sequer sabem que estão doentes ou sofrendo esse tipo de sintomatologia e, portanto, nem chegam a procurar tratamento. “É bem provável que falte compreensão das relações internas ou psíquicas e das relações com o mundo externo (e suas exigências) para poder interpretar seus sentimentos e, conseqüentemente, se cuidar” (PELLEGRINO-ROSA, 1997, p. 187).

Podemos observar que, independente da definição, como diz Winnicott (1960), esta sempre será uma perturbação dos afetos, e impressiona pela desorganização do eu quando o indivíduo não encontra uma solução para sua ‘guerra interna’.

Será descrito a seguir a depressão após o AVC, para posteriormente introduzirmos a depressão como fator de risco.

### **1.4.3 Depressão pós- AVC**

Vários autores (DESMOND *et al.*, 2003; FRÁGUAS; CARVALHO, 2001; LEENTJENS *et al.*, 2006; O’GORMANN, 2000; ROBINSON; CARVALHO; PARADISO; 1997; ROCHA; CUNHA; GIACOMIN, 1993; SIMIS; NITRINI, 2006; STARKSTEIN; LISCHINSKY, 2002; STEFFENS *et al.*, 1999; STOROR; BYRNE, 2006; TERRONI; LEITE; TINONI, 2003; WILLIAMS, 2005; WILLIAMS; GHOSE; SWINDLE, 2004) mencionam a questão da depressão pós-AVC . Relatam que é o tratamento psiquiátrico mais comum pós-AVC, sendo que 50% dos pacientes apresentarão depressão no primeiro mês após a ocorrência, dependendo do critério que se utiliza para avaliar a depressão. O seu diagnóstico correto constitui-se num grande desafio, pois os sintomas podem sobrepor-se aos sinais de déficit neurológico (STARKSTEIN; LISCHINSKY, 2002). Outros problemas psiquiátricos associados com AVC incluem a ansiedade pós-AVC, a psicose pós- AVC e o riso e choro patológicos. Esses transtornos costumam responder bem às drogas antidepressivas,

ansiolíticos ou antipsicóticos, e podem influenciar positivamente na aceleração da reabilitação e na psicoterapia, quando houver necessidade (ROBINSON *et al.*, 1997).

Sabe-se que a depressão pode ter um efeito negativo na reabilitação e qualidade de vida desses pacientes, tanto para as AVD's, incluindo maior grau de prejuízo funcional, dificuldade na estabilização dos processos cognitivos, retardando o processo de reabilitação, complicações na evolução e inclusive aumentando a mortalidade nos anos seguintes ao AVC (OHIRA *et al.*, 2001; TERRONI *et al.*, 2003).

Utiliza-se muitas vezes um termo próprio para designar a depressão pós-AVC, conhecido como '*depressão vascular*' (ALEXOPOULOS *et al.*, 1997; STEFFENS *et al.*, 1999), que tem como principais sintomas depressivos a perda de interesse (apatia), prejuízo cognitivo e lentificação psicomotora. Este tipo de depressão pode inclusive piorar os processos cognitivos, segundo Alexopoulos *et al.* (1997).

A questão do funcionamento cognitivo e depressão ainda são estudadas quando se trata da lesão cerebral por AVC, e sugerem (CARVALHO, 1997) inclusive que o mecanismo ou fisiopatologia da depressão pós- AVC é diferente de outras doenças, mesmo de outras lesões cerebrais. Foram encontrados outros tipos de pacientes neurológicos com depressões tão ou mais significativas do que o AVC, como a doença de Parkinson e amputações (FRÁGUAS; CARVALHO, 2001; LANGER, 1994).

Alexopoulos *et al.* (1997) investigaram a apresentação clínica da depressão em grupos de pacientes idosos com doença vascular e sem doença vascular. Eles encontraram como única diferença clínica que os deprimidos vasculares possuem mais défices cognitivos do que os deprimidos não-vasculares, principalmente em fluência verbal e nomeação, além de apresentarem-se mais lentificados, menos perspicazes e menos sentimentos de culpa. Eles começaram essa investigação com a hipótese que pacientes com depressão de início tardio na vida possuíam alguma doença neurológica. Encontraram então, estudos que sugeriam que as desordens cerebrovasculares poderiam contribuir para o desenvolvimento de quadros depressivos (KRISHNAN; MCDONALD, 1995 *apud* ALEXOPOULOS, 1997). Essa hipótese foi apoiada na alta porcentagem de indivíduos com depressão em quadros clínicos como diabetes, hipertensão e doenças coronárias, além da alta taxa de pessoas com depressão que sofreram acidente cerebrovascular, sem histórico familiar de depressão.

Barnes *et al.* (2006), quase dez anos após a pesquisa de Alexopoulos (1997), ainda continuam pesquisando a relação da depressão e doenças vasculares. Em recente estudo, Barnes *et al.* (2006) testaram, dentre outras hipóteses, a de que sintomas depressivos em idosos são preditivos de défices cognitivos num futuro breve, como um estado ‘pré-clínico’ que precede uma demência vascular. Concluíram que isso era verdadeiro, independente da doença vascular; ou seja, a depressão em idosos deve ser olhada atentamente para a possibilidade de desenvolvimento de declínio cognitivo, tanto em acidentes cerebrovasculares ou não. Ainda não se sabe se a depressão é um fator de risco para o declínio cognitivo, se é um sintoma precoce da degeneração cerebral ou se é uma reação do declínio cognitivo. Mas sabe-se que a doença vascular é associada com maior declínio cognitivo e demência. Assim, esses autores (BARNES *et al.*, 2006) concluem que a população idosa deve ser monitorada mais de perto, pois a depressão deve ser diagnosticada e tratada, devido possibilidade de desenvolvimento tanto de doenças vasculares ‘silenciosas’ quanto de demências.

Em outro estudo, Fujikawa (1993) observou que grande porcentagem de adultos acima de 50 anos com sintomas depressivos, ao realizarem exames de neuroimagem, apresentavam pequenos ‘*infartos cerebrais silenciosos*’, como chamou. Nos últimos anos, devido a possibilidade de exames que utilizam técnicas mais modernas, como a ressonância magnética, estudos como esse tornarem-se possíveis. Assim, os autores observaram que existem lesões cerebrovasculares assintomáticas, descobertas através deste tipo de exame. Desta maneira, os autores chamam a atenção para a possibilidade de que, embora esses pacientes não apresentem sintomas motores ou cognitivos, apresentem sintomas subjetivos ou psiquiátricos, levando a questão de ‘assintomático’ ser um termo incorreto para tais lesões. Sorensen *et al.* (1989 *apud* FUJIKAWA *et al.*, 1993) relatam que no ataque isquêmico transitório (isquemia cerebral no qual a pessoa recupera-se ‘completamente’ em no máximo 3 dias) ocorre uma diminuição significativa na qualidade de vida da pessoa e no seu desempenho no trabalho, depois de um único evento desses, mesmo que sintomas neurológicos não sejam observados, tais como a hemiplegia. Segundo os autores, há mais de uma década atrás: “um diagnóstico psicológico e tratamento desses pacientes pode ser importante, porque a perturbação do funcionamento mental e social pode ocorrer em tais situações” (FUJIKAWA *et al.*, 1993, p. 1631).

A participação de fatores psicológicos no início do quadro depressivo é difícil de ser investigada (TERRONI *et al.*, 2003). Não observou-se no levantamento bibliográfico pesquisas qualitativas com essas variáveis; a maioria das pesquisas com essas variáveis são

quantitativas. Somente o impacto psicológico gerado pelas limitações impostas pelo AVC pode ser o suficiente para originar um quadro depressivo com um matiz de ajustamento/reactivo. Estudos iniciais, entretanto, já sugeriram que além do aspecto psicológico deveria existir uma contribuição orgânica na etiologia da depressão pós- AVC (TERRONI, *et al.*, 2003; CARVALHO, 1997). Parece haver mais evidência e maior severidade de quadros depressivos em lesões no hemisfério cerebral esquerdo (ROCHA *et al.*, 1993; TERRONI *et al.*, 2003). A pesquisa de Steffens *et al.* (1999) encontrou que lesões no gânglio basal também indicam maior probabilidade de desenvolvimento de depressão. Entretanto, essa pesquisa relata a importância de colher dados detalhados da história de vida do indivíduo, principalmente a sua história psiquiátrica, que não foram colhidos nesse estudo citado pois utilizou-se somente a aplicação de escala e exames de imagem (STEFFENS *et al.*, 1999).

Terroni *et al.* (2003) também pesquisaram fatores de risco para o desenvolvimento da depressão pós- AVC, como por exemplo prejuízo funcional<sup>8</sup>, prejuízo cognitivo, história de depressão no passado, idade, sexo, AVC prévio, hipercortisolemia, precária rede de suporte social<sup>9</sup> e características neuroanatômicas do AVC. Estes dados têm fornecido suporte para formulação de um mecanismo fisiopatológico da depressão pós- AVC. Para Rocha *et al.* (1993), os fatores de risco são: personalidade prévia, história anterior de depressão, história familiar positiva para depressão e história de AVC prévio.

Para Storor e Byrne (2006) o papel das diferenças individuais têm recebido pouca atenção nos estudos de depressão pós- AVC. Eles encontraram um risco aumentado de depressão em pessoas com traços de personalidade neurótica ou história passada de algum transtorno/ desordem mental (metade dos participantes tinha história prévia pessoal e/ou familiar de transtorno mental prévio). Não encontraram nenhuma relação entre local da lesão no cérebro e a depressão.

Williams (2005) questiona a possibilidade de os sintomas depressivos pós-AVC serem super-diagnosticados, devido às queixas de sintomas físicos como alteração do sono e do apetite. Entretanto, quando comparados com pessoas sem AVC e deprimidos, verificaram que o número de queixas somáticas não foi relevante, percebendo assim que não há um

---

<sup>8</sup> Refere-se ao grau de incapacidade para realizar determinadas atividades devido a um comprometimento neurológico (TERRONI, 2003, p. 451).

<sup>9</sup> O autor considera morar sozinho e pobre rede social antes e/ ou depois do AVC.

superdiagnóstico, e sim um grande número de pessoas com depressão (FRÁGUAS; CARVALHO, 2001; WILLIAMS, 2005).

Williams (2005) também pesquisou o suicídio pós-AVC e verificou somente um estudo, na Dinamarca (TEASDALE; ENGBERG, 2001 *apud* WILLIAMS, 2005) que refere um aumento de suicídio duas vezes maior em pessoas que sofreram AVC. Outros estudos pesquisados pela autora referem somente idéias de morte passiva ou vontade de morrer nessas pessoas, muito mais do que uma ideação suicida ativa.

Com exceção dos sintomas depressivos, poucos estudos têm se dedicado a outras variáveis psicológicas (OLIVEIRA, 2000). Vickery *et al.* (2008a) estudaram a importância da auto-estima e amor próprio e a recuperação funcional de pacientes pós-AVC num centro de reabilitação. Apesar de serem questões relevantes para a saúde, poucos estudam trataram do tema até hoje; são tratadas apenas como parte dos sintomas em depressão, sendo que os autores ressaltam a importância na distinção destes fatores que podem estar associados a depressão ou não. Por se tratarem de variáveis psicológicas, é um estudo importante e praticamente único nessa metodologia com 176 pacientes que sofreram AVC, tanto com lesões em hemisfério direito quanto em hemisfério cerebral esquerdo. Concluíram, através de questionários e escalas para avaliação das variáveis (auto-estima; amor próprio), que elas são importantes para a recuperação funcional, ressaltando assim a importância de tratamentos de saúde mental na reabilitação desses pacientes. Pessoas com baixos níveis de auto-estima e amor próprio têm piores desempenhos funcionais na reabilitação, principalmente quando esses fatores vêm associados à depressão, conforme já discutidos anteriormente. Sendo assim, é difícil distinguir o que vem primeiro: pessoas com baixa estima e amor próprio têm pior desempenho funcional, ou então a dificuldade em melhorar, gravidade das seqüelas, abaxam sua estima e amor próprio? Segundo os autores, é possível que ambos sejam verdadeiros e recíprocos.

Isso porque pessoas com amor próprio diminuído podem perceber mais seus fracassos e interpretarem como incompetência, desmotivando-se para tentarem as próximas tarefas, além de pouca motivação para desafios. O estudo de Vickery *et al.* (2008b) apesar de extremamente importante e recente, não considerou a história emocional dessas pessoas, desconsiderando a hipótese de alguns já possuírem baixa estima e amor próprio antes do AVC.

Quanto ao tratamento da depressão pós-AVC, somente nos estudos de Fráguas e Carvalho (2001); Oliveira (2000); Vickery *et al.* (2008b) foram encontrados como sugestão de tratamento para os aspectos afetivo-emocionais de pacientes com AVC a psicoterapia individual combinada com medicações antidepressivas, além de abordarem também a psicoterapia de grupo. Ellis-Hill e Horn (2000) falam da importância dos terapeutas investigaram o significado do AVC dentro da vida de cada indivíduo. Fráguas e Carvalho (2001), relatam que a evidência de organicidade na depressão pós-AVC (ainda obscura) não exclui a possibilidade da influência de fatores psicológicos na depressão, necessitando assim de psicoterapia.

Em nenhum estudo brasileiro pesquisado foi encontrado a importância e efetividade da psicoterapia nesses casos, o que é uma grande lacuna na ciência.

#### **1.4.4 Depressão como fator de risco para o AVC**

Estudos já identificaram vários fatores de risco para o acidente cerebrovascular, como sedentarismo, alto nível de colesterol, etilismo, obesidade, tabagismo, diabetes e hipertensão (DUNCAN *et al.*, 2005; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004). Entretanto, estudos recentes têm revelado a necessidade da avaliação dos comportamentos saudáveis, nos quais a participação do psicólogo é essencial, e também no conhecimento dos fatores de risco dos processos de adoecimento (CUSTÓDIO, 2007).

A depressão sempre foi estudada como consequência do AVC, mas como fator de risco somente na última década houve mais importância para esse tipo de pesquisa: estudos com animais e estudos prospectivos com seres humanos mostram a depressão como um dos fatores de risco para o acidente cerebrovascular estatisticamente relevantes em comparação com outros fatores de risco (COLANTONIO, 1992; JONAS; MUSSOLINO, 2000; LARSON, 2001; LIEBETRAU *et al.*, 2008; MORRIS; ROBINSON; ANDRZEJEWSKI; SAMUELS; PRICE, 1993; OHIRA, 2001; SALAYCIK *et al.*, 2007).

Jonas e Mussolino (2000) fizeram um estudo de coorte para investigar a depressão como fator de risco do acidente cerebrovascular. Também investigaram outras variáveis de risco, como diabetes, hipertensão, idade, raça, nível educacional, tabagismo, índice de massa corpóreo, etilismo, atividade física, colesterol e cardiopatias. O estudo foi realizado com 6095

pessoas, num acompanhamento por 22 anos, e a conclusão foi de a depressão ser um forte fator de risco para o AVC: pessoas com sintomas depressivos tiveram de 50% a 160% de chance de ter acidente cerebrovascular durante os 22 anos de acompanhamento, quando comparados com os sujeitos com pouco ou nenhum sintoma depressivo, principalmente se esses indivíduos tivessem outros fatores de risco associados, e independente da idade. A ansiedade foi outra variável psicológica pesquisada pelos autores, mas não foi encontrada correlação com risco para o AVC, apesar de ela estar muitas vezes associada à depressão.

Esses autores descrevem a dificuldade em avaliar variáveis psicológicas, e referem que não somente a depressão, mas todas as questões que a circundam, principalmente desesperança, podem aumentar o risco para AVC. Colantonio *et al.* (1992) referem que pessoas com cinco ou mais sintomas depressivos têm maior mortalidade por AVC do que pessoas com menos sintomas depressivos. A relação entre sintomas depressivos e mortalidade por AVC já foi investigada em estudos epidemiológicos (EVERSON, 1998). Ohira *et al.* (2001) relatam que a mortalidade no Japão por acidente cerebrovascular é maior do que nos Estados Unidos e Europa.

Liebetrau *et al.* (2008) investigaram a questão da depressão como fator de risco para o acidente cerebrovascular. Apesar de poucos estudos nessa área poderem subsidiar o estudo dos autores, eles investigaram esse fator de risco em idosos com 85 anos. Além do diagnóstico de depressão realizado pelo psiquiatra e baseado nos critérios do DSM, também utilizaram entrevistas com familiares. Os autores concluíram que a depressão pode aumentar o risco para o AVC, chamando a atenção para a importância dos tratamentos precoces da depressão na população anciã como prevenção de acidentes cerebrovasculares. Só o humor deprimido, ressaltam os autores, já é um indicativo da necessidade de tratamento em saúde mental.

Ohira *et al.* (2001) realizou um estudo prospectivo em população japonesa (901 pessoas) e os sintomas da depressão como fatores de risco para o acidente cerebrovascular. A depressão foi investigada através da Escala de Zung, e concluíram que para esta população os sintomas depressivos são preditivos de AVC, principalmente isquêmico.

Durante muito tempo observou-se a depressão pós-AVC como se fosse natural ao processo de adoecimento, sem levar em conta a história pregressa desses indivíduos. Entretanto, os acompanhamentos clínicos observavam também que a mortalidade dos

indivíduos depressivos com AVC era maior dos que dos não depressivos, principalmente dos idosos com deficiência física, independente de outros fatores de risco como sexo, idade, localização da lesão, classe social ou tipo de AVC. A mortalidade aumentava ainda nos deprimidos com isolamento social, cerca de 90% morreram. Os autores concluíram assim que a depressão e o isolamento social tornam os indivíduos mais vulneráveis (MORRIS *et al.*, 1993).

O estudo de Salaycik *et al.* (2007) apontou que os deprimidos também tinham pressão sanguínea mais elevada do que indivíduos não deprimidos, o que igualmente aumentava a chance de um AVC. Esse estudo ao mesmo tempo observou que pessoas com média de 65 anos, o risco de AVC ou ataque isquêmico transitório era 4.21 vezes maior nos que tinham sintomas depressivos, durante um acompanhamento de oito anos. Eles concluíram que os indivíduos deprimidos ficam mais suscetíveis aos fatores de risco para doenças cardiovasculares, como ociosidade, entre outros. Esse estudo, assim como o estudo de Williams (2005), não concluiu a eficácia de antidepressivos na prevenção de AVC.

O mecanismo pelo qual acontece da depressão aumentar o risco do AVC ainda não é bem compreendido pelos autores (JONAS; MUSSOLINO, 2000). Uma das explicações encontradas para a depressão aumentar o risco desses eventos é que está associada à arritmia do miocárdio, aumento da ativação de plaquetas e aumento da resistência à insulina. Esses fatores associados aumentam o risco de AVC (LIEBETRAU *et al.*, 2008). Além disso, a depressão também está associada aos problemas com autocuidados, como tabagismo, etilismo e má aderência aos tratamentos de hipertensão e diabetes, o que também aumenta o risco de problemas cerebrovasculares.

Outra hipótese levantada pelos autores é de que a depressão pode ser um sinal de eventos isquêmicos imperceptíveis nos exames de imagem, ou então que a depressão pode causar grande tensão nesses indivíduos, aumentando a chance de AVC. Os autores ainda levantam a questão de a depressão diminuir a complacência às drogas hipertensivas. Existem também autores que levantam a possibilidade da depressão aumentar o risco de AVC devido atividade adrenérgica aumentada, influenciando o sistema neuroendócrino e imunológico (JONAS; MUSSOLINO, 2000); a atividade adrenocortical mais alta aumenta a chance de aterosclerose, que aumenta a chance de AVC (LARSON *et al.*, 2001).

No estudo de Ohira *et al.* (2001), encontraram uma relação mais consistente entre depressão e AVC isquêmico, levantando hipóteses de que os sintomas depressivos podem contribuir no aumento da pressão arterial, ou então na formação de aterosclerose ou pequenas isquemias cerebrais, que predizem um AVC. Esses autores esperam que, num futuro próximo, esse mecanismo do motivo da depressão como fator de risco para o acidente cerebrovascular seja completamente compreendido quando realizarem estudos epidemiológicos com as avançadas técnicas de neuroimagem.

O fato de a depressão ser um dos fatores de risco para o acidente cerebrovascular não deve nos desmotivar, pois a depressão é clinicamente tratável. Entretanto, serve de alerta para que indivíduos deprimidos tenham o devido tratamento em saúde mental. Essa questão deve ser tratada como um problema de saúde pública, tamanha sua influência não somente no AVC, como em outras situações de adoecimento não discutidas nesse trabalho; um exemplo é o infarto do miocárdio: a chance de um indivíduo deprimido ter um infarto do miocárdio é quatro vezes maior do que indivíduos sem história de depressão (LARSON *et al.*, 2001).

Sabe-se que a depressão pode influenciar o desenvolvimento e/ ou agravamento de outras condições que são risco para o AVC, como a hipertensão (embora os estudos tenham dificuldade de avaliar a depressão como preditor da hipertensão, sabe-se que elas estão coligadas) e as doenças cardíacas. A depressão também está associada, segundo Jonas e Mussolino (2000) com maior prevalência de tabagismo e baixo índice de atividade física. Entretanto, concluem os autores de um estudo prospectivo: “a depressão é um fator de risco para acidente cerebrovascular que parece ser independente de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares” (LARSON *et al.*, 2001, p. 1979).

Apesar de não diretamente relacionada ao AVC, a pesquisa de Pellegrino-Rosa (1997) apontou que relacionamentos afetivos significativos podem contribuir para menor grau de depressão em idosos, e que a depressão nessa população é bastante freqüente. Esse fator foi observado tanto na infância quanto nos relacionamentos atuais, em sua pesquisa intitulada “Variáveis cognitivas e afetivas no envelhecimento”, demonstrando a importância dos relacionamentos estáveis na vida do idoso.

Pereira; Pedrolo; Rosa (2007) falam sobre a relação dos fatores psicossociais com as DAC, um estudo pioneiro no Brasil com estas variáveis. Apontam os fatores psicossociais como fortemente associados ao risco de infarto do miocárdio e outras doenças cardíacas.

Relatam que já existem pesquisas investigando fatores sociopsicossomáticos que possam influenciar na sobrevivência do transplantado cardíaco. Yussuf (2004) levantou a importância dos fatores psicossociais como principais causadores de doenças cardíacas. Estes fatores vão desde relacionamento familiar até hábitos de vida e estresse.

Ainda falando de DAC, Duprat; Custódio; Martinez (2001), baseados em pesquisas que investigavam fatores de risco para DAC, e dentre eles destacavam a raiva e ansiedade, realizaram um estudo para investigar esses traços psicológicos em pacientes com dislipidemias com e sem DAC em 61 pacientes. Apesar dos resultados estatísticos não demonstrarem diferenças relevantes entre os grupos, verificaram que um subtipo de raiva (raiva-out, que é a raiva para fora) demonstrou relevância para ser investigada em grupos maiores, deixando a possibilidade da influência de fatores psicológicos.

Outra questão interessante no que diz respeito às doenças cardíacas, citadas por Pereira *et al.* (2002) é que os pacientes com melhor função cardíaca apresentavam mais queixas psicológicas enquanto os com pior função cardíaca relatavam poucas queixas desta natureza. Isso sugere que os pacientes que não conseguem expressar suas emoções e sentimentos podem adoecer mais ou de forma mais grave.

Alguns poucos estudos investigaram outras variáveis psicológicas como fatores de risco para o AVC. Colantonio *et al.* (1992) investigaram variáveis como estado civil, apoio social, rede social e religiosidade, além da depressão, em 2812 indivíduos acima de 65 anos. Esse estudo encontrou a depressão como fator de risco dentre as variáveis psicológicas estudadas, e religiosidade com a mais baixa incidência de AVC. No caso de pesquisas sobre as possíveis influências, correlações ou associações de fatores psíquicos com a doença cardíaca, são realizadas pesquisas há mais de 50 anos, (DUPRAT; CUSTÓDIO; MARTINEZ, 2001) demonstrando assim que pesquisas que impliquem variáveis psicológicas são complexas na área da saúde.

Williams (2005) em seu artigo intitulado “Depressão e AVC: Causa ou consequência?”, discute a importância do tratamento da depressão e sua alta incidência nessa população e nos seus familiares; relata que nos EUA, há 500 mil novos AVC isquêmicos a cada ano, e estima-se que 150 mil tenham também o diagnóstico de depressão.

No estudo de Steffens *et al.* (1999) é ressaltada a importância de que sintomas depressivos em idosos com outros fatores de risco para doença cerebrovascular podem ser

sinais de “infartos cerebrais silenciosos”, e é necessário um tratamento agressivo contra esses fatores de risco.

Os estudos de psicossomática encontram-se muito atuais e vão ao encontro com esses tipos de estudo sobre depressão, pois mostram a mente e o corpo funcionando em conjunto, e a importância de um tratamento de abordagem multidisciplinar, pois um único especialista não consegue tratar de todas as questões. Entretanto, ainda carecemos de estudos qualitativos, que aos poucos são introduzidos na área da saúde, conforme Custódio (2007).

A seguir será descrita a visão de dois autores da psicanálise e suas concepções da psicossomática.

### **1.5 ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS – VISÃO DA OBRA DE D. W. WINNICOTT**

De acordo com Campos e Rodrigues (2005), a psicossomática (ou sócio-psicossomática, como os autores preferem chamar) define-se como o estudo sistemático das relações existentes entre os processos sociais, psíquicos e os transtornos de funções orgânicas ou corporais, com uma proposta de integração do ser humano.

O termo psicossomática não deve ser utilizado no sentido de causalidade “mas de várias relações existentes entre mente e o cérebro, entre fenômeno e processo a serem observados tanto em termos psicológicos quanto somáticos” (CAMPOS; RODRIGUES, 2005, p. 300). Muitos psicólogos ainda têm a tendência a valorizar os aspectos psicológicos em detrimento da fisicidade (corporalidade) (ROSA, 1997), assim como alguns outros profissionais da área da saúde têm a tendência de valorizar os aspectos físicos em detrimento dos psicológicos, demonstrando nesses dois casos a dificuldade em olhar para o ser humano de forma integrada.

Winnicott (1988) estudou o desenvolvimento dos indivíduos do ponto de vista emocional e em relação com o ambiente e descreve sobre a questão da psicossomática. Para ele, “a natureza humana não é uma questão de corpo e mente, e sim uma questão de psique<sup>10</sup> e soma inter-relacionados, que em seu ponto culminante apresentam um ornamento: a mente” (p.44).

---

<sup>10</sup> Para Winnicott (1988) psique significa a elaboração imaginativa de partes, sentimentos e funções somáticas, isto é, da vivência com o físico.

Em sua obra, Winnicott (1988) fala sobre a formação do self como uma continuidade do ser e totalmente ligada ao corpo; no início da vida do indivíduo, inclusive dependente de cuidados físicos para sobrevivência. A consciência desenvolve-se depois, quando é possível tomar consciência da dependência, e da confiabilidade da mãe e de seu amor, que chegam na criança também através dos cuidados físicos que ela oferece. O reconhecimento da mãe como outro ser humano vai acontecendo gradualmente, até chegar no reconhecimento do terceiro, quando vem o amor e o ódio, e o conflito emocional. Tudo isso, para o autor, é enriquecido pela elaboração imaginativa das funções, e pelo desenvolvimento da psique junto com o do corpo, além do aumento da capacidade intelectual (que depende do funcionamento do cérebro). Assim, o indivíduo vai ampliando seu universo, gradualmente, rumo à independência em relação aos fatores ambientais e rumo à socialização.

(...) a pessoa total é física, se vista de um certo ângulo, ou psicológica, se vista de outro. Existem o soma e a psique. Existe também um inter-relacionamento de complexidade crescente entre um e outra, e uma organização deste relacionamento proveniente daquilo que chamamos mente. O funcionamento intelectual, assim como a psique, tem sua base somática em certas partes do cérebro (WINNICOTT, 1988, p. 29).

Entendemos então que uma pessoa com lesão cerebral por acidente cerebrovascular não está com o funcionamento do seu cérebro de forma saudável, o que poderá prejudicar as suas funções mentais, não somente cognitivas, mas de tudo que diz respeito ao aparato mental: cognição e emoção.

A base da psique é o soma, e este foi o primeiro a chegar.

A psique começa como uma elaboração imaginativa das funções somáticas, tendo como sua tarefa mais importante a interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro. É desta forma que o self passa a existir. A psique não tem, obviamente, existência alguma fora do cérebro e do funcionamento cerebral (WINNICOTT, 1988, p. 37).

Ao falar das doenças, o autor diz que quando a saúde física está garantida, é possível classificar as doenças da psique em neuroses e psicoses. Nas neuroses, surgem problemas nas relações interpessoais familiares, quando a criança tem entre 2 e 5 anos de idade; isto prevê que tudo que antecede esta idade em termos de desenvolvimento emocional ocorreu bem. Já no caso das psicoses, os problemas são pregressos a esta idade, ou seja, antes de a criança se tornar uma pessoa total em relação com outras.

Ao falar dos distúrbios psicossomáticos, o autor articula que esses são alterações do corpo ou do funcionamento deste, associados aos estados da psique. Não descarta como médico que foi, que a base para a psicossomática é a anatomia do que é vivo, a fisiologia, e os tecidos podem sofrer interferências da psique. A partir deste ponto então, podem acontecer as investigações nas mudanças fisiológicas que ocorrem a partir dos afetos, como o desejo e a ira, o amor, o medo, o luto e outras fantasias inconscientes que o indivíduo possa ter.

As fantasias inconscientes, dizem respeito à '*histologia da psique*', e englobam a elaboração imaginativa dos funcionamentos somáticos dos indivíduos. Se duas pessoas estão correndo, para a fisiologia existe uma semelhança nestes indivíduos. Entretanto, para a psicossomática, acrescenta-se o significado da ação para essas pessoas, tornando o ato de correr específico e individual. Por isso, a Psicologia deve estudar os efeitos dos problemas da psique no corpo da pessoa, e para Winnicott (1988) somente a Psicologia pode abranger essas instâncias.

A psique fica encarregada dos relacionamentos, tanto a parte interna destes, quanto com o mundo externo. Assim:

emergindo do que se poderia chamar de elaboração imaginativa das funções corporais de todos os tipos e do acúmulo de memórias, a psique (totalmente dependente do funcionamento cerebral) liga o passado já vivenciado, o presente e a expectativa de futuro uns aos outros, dá sentido ao sentimento do eu, e justifica nossa percepção de que dentro daquele corpo existe um indivíduo (WINNICOTT, 1988, p. 46).

Desta forma, a psique pode ir além das influências ambientais, e pode não somente adaptar-se, como recusar a se adaptar, e fazer escolhas. Sendo o desenvolvimento humano um processo permeado de conflitos, o corpo sofre mesmo quando não existem doenças instaladas.

Para a compreensão do adoecimento é importante estudar o conceito de saúde; Hisada (2000) diz, à luz de Winnicott, que a saúde envolve movimento, criatividade e espontaneidade; ela começa existir quando o indivíduo sente-se real e adquire um senso de self; vivendo experiências que realmente a realidade psíquica interna, enriquecendo-a.

Motta (2005) nos conta sobre a criatividade primária, presente desde o início da vida do bebê, talvez até antes do nascimento, e que diz respeito “a tendência humana em buscar o encontro com o outro, com o que é necessário, com o que é vital ao seu desenvolvimento e constituição” (p. 282).

O indivíduo, ainda quando bebê, na formação do seu ego, se baseia num ego corporal: entretanto, lembra Rouco (2001), somente quando tudo vai bem é que o bebê começa a se relacionar com o corpo e suas funções. Isto depende também do funcionamento saudável do cérebro, principalmente de algumas de suas partes.

Hisada (2000) coloca que a mente está em todo o corpo, não somente na cabeça, pois é o corpo a residência do self. A elaboração imaginativa de partes e funções não pode ser localizada, para a autora.

Para Winnicott (1988) a experiência de continuidade da existência, num ambiente adequado, proporciona o desenvolvimento do psique-soma e do verdadeiro self. Caso o indivíduo adoça, é o resultado final da maternagem precária ou inconstante.

Hisada (2000), em seu estudo sobre os transtornos psicossomáticos numa visão winnicottiana apresenta que a doença psicossomática é conceituada como uma dissociação precoce na personalidade, a partir do conflito de apego e separação; na vida adulta pode significar, para a autora, ausência de movimento e mudanças no mundo interno, cujos sintomas são considerados como um pedido de socorro, como uma tentativa de comunicação do self com o mundo exterior. Desta forma, o paciente fica impedido de perceber a relação entre sua disfunção somática e seu psiquismo, caracterizando uma fraqueza do ego.

Rouco (2001, p. 179) conclui que Winnicott criou um

modelo complexo, dialético, paradoxal, em que a psique e a mente dependem do funcionamento do cérebro e da qualidade do ambiente, ao mesmo tempo que, voltando-se sobre o próprio ser e o elaboram: imaginativamente – psique e a consciência do próprio corpo; e reflexivamente – mente e o self auto-consciente dependente de como os outros a vêem.

Rosa (1997) relata que em alguns pacientes, a falta de relações objetivas satisfatórias na infância, seja real ou fantasiada, pode causar distúrbios psicossomáticos, observando-se uma falta de contato com áreas inteiras da experiência emocional. A pessoa quando consegue assumir a fisicidade abre um espaço mental, no sentido winnicottiano, para uma percepção física do objeto originário concreto, o corpo, e pela fisicidade própria dos outros objetos.

Observa-se que Winnicott fala sobre o desenvolvimento emocional do ser humano, numa perspectiva da psicanálise, introduzindo os conceitos de psicossomática; entretanto, em

sua teoria não observa-se a inclusão do instinto de morte, ponto diferencial na abordagem também psicanalítica, de Chiozza.

## **1.6 ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS DA DOENÇA VASCULAR – VISÃO DA OBRA DE LUIS CHIOZZA**

Chiozza, psicanalista argentino e estudioso da psicossomática, fundamenta sua teoria no que designa '*metahistória*', que seria a história impregnada pelo pensamento freudiano, considerando a teoria dos instintos. O estudo desse autor se faz relevante neste trabalho, pois utilizou-se o seu método para essa pesquisa, além do que Chiozza (1997) pesquisou, dentro da psicanálise, o significado do acidente cerebrovascular.

Dentro desta concepção, o autor propõe a construção da história psicanalítica<sup>11</sup>, no qual recomenda uma maneira diferenciada de realizar a história de vida do paciente juntamente com os modos de pensar implícitos, valorizando as fantasias inconscientes; sugere estudar as alterações físicas do corpo e as vicissitudes históricas da vida anímica. Para ele, toda história traz uma intriga, ou seja, um emaranhado, um nó onde se localizam indecisamente, significados opostos, um complexo nodular.

O autor traz a idéia de que cada afeto tem um processo de descarga específico, e quando ingressa na consciência desprovido do seu significado emocional irá adquirir um processo somático. Assim, os distúrbios corporais '*escondem*' (grifo do autor) afetos. A enfermidade somática constitui uma forma defensiva diferente das neuroses e psicoses, de tornar inconsciente os termos de um conflito que se expressam encobertos desse modo nos sintomas corporais. Sendo assim Chiozza (1997, p.188) define que somático "é o que aparece na consciência com as características da percepção sensorial e isento de um significado psicológico consciente". Assim, Chiozza (2003) coloca que a enfermidade somática pode ser interpretada, enquanto capaz de veicular um significado, como uma das formas da linguagem.

É possível encontrar um significado inconsciente pertencente ao processo somático, mostrando que o corpo tem a capacidade de exercer uma função simbólica, que pode estar associada ao instinto de morte; todo o processo corporal corresponde a uma fantasia

---

<sup>11</sup> O método é explicado profundamente no capítulo 3

inconsciente, única, sendo as doenças um mosaico de diferentes fantasias específicas (CHIOZZA, 1997).

O inconsciente não é psíquico nem somático, pois estas categorias fazem parte da consciência. O inconsciente é algo mais do que ambas as coisas de uma só vez. Já psicossomático é aquilo que se apresenta na consciência através de dupla entrada, como perceptível e inteligível. Sendo desta forma, os processos que nos acometem por uma só porta, seja como processos somáticos desprovidos de um significado psicológico, ou como processo psicológico sem registro nos órgãos, são evidências da insuficiência do indivíduo em um ou outro campo (CHIOZZA, 1998).

Tratando-se de cérebro, simbolicamente é o centro da razão e do pensamento (englobando os processos inconscientes), embora se saiba que as emoções aí se processam, o centro das emoções fica simbolicamente localizado no coração. Para exemplificar essa simbologia, o autor recorre aos seguintes exemplos: quando alguém está pensando de forma concentrada, é natural que sustente a testa com a mão; para demonstrar o surgimento de uma idéia, coloca-se o dedo indicador sobre o ângulo frontotemporal; somente o dedo no temporal indica loucura, ‘falta um parafuso’, além das expressões que utilizamos coloquialmente ‘cabeça fria’, ‘cabeça quente’, este problema está me causando uma ‘dor de cabeça’.

Antes de tornar-se pensamento, no aparelho psíquico, utiliza-se a percepção; desta caminha-se para o pensamento, e por fim ao juízo, que nos permite tomarmos uma ação, levando do pensar ao agir. Todo pensamento, por menor que seja a investidura das representações que utiliza, sempre traz implícita uma descarga motora. Toda descarga de uma pulsão se realiza através da soma de um componente motor vegetativo (que integra o afeto) e um componente motor que pertence à vida em relação (que integra a ação). O exercício de toda ação é acompanhado de uma quota de descarga afetiva e o afeto também ocorre com um componente da ação. O pensamento e ação ocorrem indissolivelmente no inconsciente (CHIOZZA, 1998).

O pensamento como elaboração psíquica, cumpre a importante função de moderar os afetos, diante de um conflito gerado por emoções contraditórias. Quando a intensidade dos afetos é grande, o pensamento é acompanhado de um elevado componente de ação, entorpecendo-se. Assim, o AVC constitui o equivalente, expressivo e simbólico de um dilema

ou de um desconcerto do pensamento que compromete um elevado componente da ação. Entretanto, este dilema permanece inconsciente, como elabora em sua teoria Chiozza (1998).

Para a Psicanálise, os afetos estão ligados às descargas motoras. Rosa (2001) relata que o afeto é definido como um representante psíquico da pulsão; é concebido como energia e sua representação como reprodução de imagens sensoriais que se depositam como traços na memória. Para o autor, os processos ideativos são considerados independentemente dos afetivos, sendo que os ideativos são as forças cujo impacto nos processos afetivos produz a dinâmica psíquica.

Os afetos ainda podem ser interpretados do ponto de vista fisiológico, e também como estrutura funcional, ativa ao modelar cada experiência e determinam como ela é vivenciada e o modo como fica gravada na memória. Assim, o afeto pode tornar-se uma memória, um tipo específico de memória (ROSA, 2001). Pellegrino-Rosa (1997) discute a importância dos afetos na vida das pessoas, inclusive dos idosos, ressaltando a necessidade de pesquisas científicas nessa área.

Quanto às emoções, Rosa (1997, p. 105) refere:

não podemos imaginar a nós mesmos como seres pensantes desprovidos das emoções que, por sua vez, são um produto colateral e automático da capacidade de pensar. As emoções fazem parte da própria natureza do nosso pensamento porque estão na origem da própria capacidade de pensar.

A ação e o afeto constituem atividade complementar: quanto menos eficaz resulta a ação, maior é o remanescente de excitação que se descarrega como afeto no organismo; quanto maior é a eficácia do ato no mundo exterior, menor é o desenvolvimento do afeto (CHIOZZA, 1998).

Através do estudo dos afetos e pensamentos, Chiozza (1997) coloca que, quando a intensidade dos afetos que motivam o pensamento é grande, o pensamento ‘atua’, e vem acompanhado de um forte componente para a ação.

Se o desconcerto implícito na hemiplegia se manifesta como impotência ou paralisia dos movimentos que configuram uma determinada ação, torna-se compreensível que os vários sinais e sintomas motores e sensoriais, pertencentes às diferentes formas clínicas que apresenta esta síndrome, correspondam às diversas ações e afetos implicados no conflito (CHIOZZA, 1997, p. 201).

A pessoa com hemiplegia não pode mexer o braço, não pode andar, fica meio infantilizado, perdendo às vezes até a possibilidade de se comunicar. Esta sintomatologia encobre profundos sentimentos de impotência e indignação, intensos desejos de vingança e expressaria a inibição de uma ação de características violentas e cruéis, devido ao sentimento de ter sido enganado e atraído.

É um exemplo de quando o paciente tenta tratar um conflito afetivo inconsciente como se fosse um problema racional, aparentemente sem grandes aflições. Isso acontece quando o paciente falhou anteriormente, falhou na tentativa de transformar o conflito afetivo num problema racional através de uma representação cognitiva adequada. A representação possibilitaria, através da moderação dos afetos, que o pensamento resolvesse o conflito.

Messina e Granado (2002) relatam que a vida subjetiva é sempre localizada no corpo animado. O corpo é marcado tanto física quanto psicologicamente, um ou vários órgãos, surgindo o fenômeno somático onde não há elaboração psíquica de um acontecimento ou fato, marcando a vida do indivíduo.

Pensando que as doenças vasculares possuem fatores de risco prévios, podemos então pensar nos hábitos de vida e personalidades prévias desses indivíduos. Como lidavam com as doenças prévias? Assim, esses dados já podem fornecer importantes informações sobre a história psicossomática, e qual a relação que o indivíduo estabelecia com a sua vida e com o seu corpo.

O'Gormann (2000) apesar de não utilizar em seu trabalho diretamente o termo psicossomática, relata a dificuldade que os pacientes têm em pensar na possibilidade que a causa da lesão está dentro de si. Acredita que é mais fácil para um paciente elaborar um TCE, pois foi vítima de um acidente, do que imaginar que existe algo dentro de si que era 'imperfeito'.

Oppenheim-Gluckman (2006) realizou um estudo bastante detalhado sobre as questões do inconsciente e atendimento psicanalítico aos pacientes com lesão cerebral adquirida. Embora, assim como O'Gormann, não utilize diretamente a palavra psicossomática, descreve em seus casos uma abordagem a partir da causalidade psíquica inconsciente, deixando de lado toda a causalidade etiológica tanto da organogênese quanto da psicogênese, estabelecendo a leitura dentro da relação transferencial com os pacientes para compreensão da experiência subjetiva que estão enfrentando ao sofrer uma perturbação cognitiva.

Minhas questões são as seguintes: como a lesão cerebral, as doenças, as perturbações cognitivas se integram na vida fantasmática do sujeito e de seu círculo, na sua história familiar pessoal consciente ou inconsciente? Quais são as conseqüências da doença e das perturbações cognitivas sobre a economia psíquica do sujeito? A partir destas questões, busco compreender os modos de organização de processos psíquicos intra e intersubjetivos e, num segundo tempo, confrontá-los com os dados médicos e neuropsicológicos (OPPENHEIM-GLUCKMAN, 2006, p 52).

### **1.6.1 O mito de Orestes**

Chiozza (1997) faz um paralelo da leitura psicanalítica do acidente cerebrovascular com o mito de Orestes. Esse mito simboliza a luta entre a paixão e a razão.

Em resumo, Orestes devia resolver um grave conflito, cumprindo a ordem imposta pelo deus Apolo: vingar a morte de seu pai, Agamêmnon, assassinado por sua mãe, Clímenestra. Trata-se de um dilema-problema, pois ou Orestes matava sua mãe para vingar a morte do pai, ou então protegia a mãe deixando impune a morte do pai. Ele então resolveu agir de acordo com um de seus valores, obedecendo Apolo, que lhe disse que o pai é mais importante do que a mãe. Mas depois de matar a mãe, ele foi perseguido pelas Fúrias, deusas que castigam os crimes cometidos contra as mães, com a tortura e a loucura; ficou vários dias sozinho, com dores no corpo, cabeça e olhos vendados, e foi consumido por um mal. Aqui, há o crime e o arrependimento, as paixões contraditórias de Orestes e a culpa.

Com esse mito, Chiozza (1997) tenta trazer o simbólico dos dilemas possivelmente enfrentados pelas pessoas que sofrem acidente cerebrovascular. Ele sugere que as pessoas passam por um conflito entre razão e afetos, e depois sentem-se consumidas por fortes sentimentos de culpa e arrependimentos, que podem culminar num mal súbito – o AVC.

## **1.7 ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PARA PESSOAS QUE SOFRERAM AVC <sup>12</sup>**

A lesão cerebral adquirida é a destruição ou degeneração de células do cérebro, durante o curso de desenvolvimento humano, que não nos primeiros anos de vida, sendo que um período do desenvolvimento não foi afetado pelas seqüelas. Pode ocorrer devido a uma vasta gama de condições, doenças ou traumas, como por exemplo: tumores cerebrais, acidente cerebrovascular e traumatismo crânio-encefálico, entre outros.

---

<sup>12</sup> - O atendimento psicológico se refere a experiência e a forma de como está organizado o Serviço de Psicologia do Departamento de Fisiatria LESF/UNIFESP, onde se realizou este trabalho.

Não resulta necessariamente numa deficiência ou incapacidade de longo prazo, embora a localização e extensão do dano tenham um efeito significativo na resultante provável.

O paciente que foi acometido por uma lesão cerebral, seja qual for a sua etiologia necessita de um atendimento multiprofissional. Além da equipe médica que o acompanha (fisiatra, neurologista, vascular), precisa também de um acompanhamento variado de terapeutas, como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, enfermeiro, entre outros que se fazem necessário de acordo com as seqüelas. Esse tipo de atendimento, considerado pelo SUS como atendimento de alta complexidade, é encontrado nos centros de reabilitação. Não basta que o indivíduo que sofreu a lesão busque esses profissionais de forma independente num primeiro momento, mas sim que estes profissionais trabalhem de forma integrada e que exista uma comunicação entre eles, sendo os objetivos planejados e seguidos por todos.

Esses pacientes necessitam de atendimento em equipe multiprofissional pela mutiplicidade de seqüelas que podem lhes ocorrer: motoras, cognitivas, emocionais, sensoriais, entre outras.

A queixa inicial é totalmente voltada para as questões motoras, pois existe um problema físico e/ ou neurológico e estão tendo reais dificuldades. É provável que as expectativas do paciente em fazer psicoterapia na instituição de reabilitação sejam diferentes de um paciente que vem buscar psicoterapia no consultório particular. Os pacientes buscam ajuda com o que é vivenciado tão intensamente com suas seqüelas físicas e neurológicas, e suas expectativas centralizam-se em querer restabelecer suas vidas antes da lesão acontecer, apegando-se excessivamente ao passado (D'ALMEIDA *et al.*, 2005; O'GORMANN, 2006).

Assim, a queixa inicial que o paciente traz é o evento externo, e é importante nas primeiras sessões falar e pensar nisso, pois a capacidade para significar internamente acontecerá depois, inteiramente ou parcialmente, dependendo além dos recursos internos, da capacidade cognitiva do paciente.

De acordo com Campos (1995), a pessoa quando busca um atendimento em saúde, seja no hospital ou nos centros de atendimento especializado, leva não somente seu corpo para ser tratado, mas quer receber um atendimento pessoal e global. O paciente neurológico, especificamente com lesão cerebral adquirida, pode encontrar alguns obstáculos para esse tipo

de atendimento, como por exemplo, os pacientes que obtêm seqüelas não somente físicas, mas também cognitivas ou na linguagem.

As doenças neurológicas sempre motivaram investigações, e foram estudadas no século XIX por Freud, neurologista de formação. Mas até hoje, pouco se sabe sobre o tratamento global desses pacientes com características tão específicas; aliás, apesar dos estudos terem avançado muito, ainda pouco se sabe sobre o funcionamento do cérebro normal ou lesionado.

Essas pessoas que são acometidas por lesão cerebral tinham suas vidas saudáveis: trabalho, vida familiar, plano para o futuro. A lesão acomete suas vidas e interrompe abruptamente o seu curso, com prognóstico muitas vezes de cronicidade. As seqüelas impõem grandes mudanças em suas vidas, limitações na vida profissional, planos pessoais e relacionamentos. Assim, o psicólogo deve abordar não somente as incapacidades do paciente e o seu luto, mas também toda a dinâmica que envolve essa situação. Deve considerar aspectos da vida dessa pessoa como auto-estima, emoções, percepção de si, adequação de expectativas de melhora, planos individuais e familiares, entre outras coisas que possam surgir. Muitas vezes ficam apegados à vida anterior e têm a visão somente de quem eram antes, necessitando assim integrar essa identidade (D'ALMEIDA *et al.*, 2005).

A psicologia avança seus estudos na psicossomática, psicologia hospitalar, neuropsicanálise e áreas afins. As neurociências também avançam cada vez mais: estudos sobre a atenção, memória, e até alterações de comportamento e funções executivas. Mas, para o atendimento do paciente com lesão cerebral, é necessário fazer uma cuidadosa união dessas áreas.

Para Accacio (2004), o indivíduo portador de incapacidade adquirida, independente de sua gravidade, apresentará dificuldades com princípios fundamentais à vida, necessitando de vários ajustamentos para poder lidar com essa situação, o que poderá englobar vários aspectos determinantes do funcionamento humano: desde processos vegetativos e autonômicos, respostas corticais, hormonais, intra e interpessoais. Sendo assim, como o indivíduo irá lidar com essa situação dependerá principalmente do que a deficiência significa para esse indivíduo, um sofrimento não apenas físico, mas decorrente da violação da integridade da própria pessoa.

Muitas vezes o atendimento psicológico desses pacientes necessita de flexibilidade para poder funcionar. No *setting* hospitalar existem outras regras para que esse paciente tenha uma recuperação global. Há a necessidade de se trabalhar juntamente com os tratamentos motores que são o foco principal da reabilitação.

O’Gormann (2000) relata que devido à fragilidade física, neurológica e psicológica desses pacientes, a necessidade de flexibilidade no trabalho terapêutico é essencial. Isso significa, para ela, flexibilidade na avaliação inicial, no tempo de atendimento e enquadre, interrupções por outros profissionais ou mesmo por mal-estar clínico desses pacientes. O atendimento psicológico desses pacientes levará em consideração a estrutura de personalidade pré-morbida, os processos inconscientes e os processos cognitivos.

No fim da reabilitação, coloca Prigatano (1986, p. 90) "Talvez a última meta de toda a reabilitação depois da lesão cerebral seja enfrentar a vida como é realmente em lugar de como a pessoa deseja isto que seja". Os escritos de O’Gormann (2000; 2006) vão ao encontro do pensamento de Prigatano (1986). A autora acredita que os prejuízos neurológicos e cognitivos desses pacientes não são um impedimento ao trabalho psicoterapêutico. Pacientes que sofreram lesão cerebral adquirida, embora às vezes apresentando com severos prejuízos cognitivos e físicos, não são uma espécie diferentes de pacientes mais inferiores do que os que não sofreram nenhuma lesão cerebral e que buscam tratamento psicoterapêutico para facilitar mudança psíquica. Pelo contrário, a própria experiência da lesão cerebral poderá proporcionar uma experiência de busca da saúde mental e crescimento, mesmo que as seqüelas permaneçam pelo resto da vida dessas pessoas.

o que é importante e adaptativo para a nossa sanidade mental é a possibilidade de compatibilizar o nosso mundo interno com o mundo externo. De um modo harmonioso, para que não existam desequilíbrios marcados e frequentemente pronunciados, para qualquer um dos lados. Provavelmente não existem equilíbrios perfeitos e imutáveis. E ainda bem, senão onde ficava o aprender com a experiência? A cor e o sabor da vida? O entusiasmo, a vibração? O prazer de estar vivo? (NAVA, 2003, p. 41).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAIS:**

- Investigar as repercussões psicológicas de pacientes que sofreram acidente cerebrovascular;

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Compreender o funcionamento mental, a deterioração neuropsicológica e a adaptação humana de adultos que sofreram acidente cerebrovascular , através da Escala de Avaliação Global do Funcionamento (DSM-IV), do Desenho da Figura Humana (DFH), e da Escala do Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (EDAO);
- Compreender o sofrimento psicológico em narrativas da entrevista psicológica de pessoas que sofreram acidente cerebrovascular;
- Investigar como o indivíduo, que sofreu acidente cerebrovascular , conta sua própria história numa compreensão psicossomática e psicanalítica.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO DE ESTUDO – OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS EM ACIDENTE CEREBROVASCULAR

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, utilizando o método clínico, de abordagem psicanalítica, estudando questões subjetivas dos pacientes que sofreram lesão cerebral por acidente cerebrovascular .

Para pesquisa dos aspectos psicológicos em acidente cerebrovascular, encontramos três importantes autores que utilizam-se do método clínico-qualitativo: O´Gormann (2000; 2006); Oppenheim-Gluckman (2006) e Chiozza (1997; 1998; 2000). Esses autores aprofundaram sobre a condição existencial de pessoas que sofreram AVC.

Os demais estudos pesquisados são quantitativos, e não abordam toda a subjetividade, como os estudos sobre depressão pré e pós-AVC. Alguns falam da própria lacuna que existe devido a falta de estudos qualitativo nessa área e da importância de colher a história do paciente, conforme já discutidos na introdução deste trabalho.

Para Aguiar (2001), o método clínico, em sua raiz histórico-conceitual, segue dois paradigmas importantes: a singularidade do sujeito e a idéia contemporânea entre pesquisa e tratamento. Coloca a importância da investigação sistemática e tão exaustiva quanto possível dos casos individuais. Anzieu (1979 *apud* AGUIAR, 2001) relata que os exames desses casos referem-se às reações verbais e afetivas do sujeito, com entrevistas aprofundadas e aplicações de testes projetivos, quando necessário.

Segundo Rey (2005), a subjetividade é um termo reservado para os processos que caracterizam o mundo interno do sujeito, tendo a Psicanálise tornado-se uma referência universal para o tema da subjetividade.

(...) a subjetividade é um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos produzidos na vida cultural humana, e ela se define ontologicamente como diferente dos elementos sociais, biológicos, ecológicos e de qualquer outro tipo, relacionados entre si no complexo processo de seu desenvolvimento (REY, 2005, p. 37).

Como colocam os autores Fontanella; Campos; Turato (2006) a entrevista da pesquisa qualitativa é um importante instrumento de investigação científica, caracterizando-se por ser

um encontro interpessoal a fim de obter informações verbais, de forma não-dirigida, com o objetivo de gerar conhecimentos novos sobre vivências humanas. Este método é cada vez mais utilizado na área da saúde.

O profissional da área de saúde têm vantagens ao empregar o método qualitativo, segundo Turato (2005), pois devido a sua experiência em assistência, possui inerente as atitudes clínicas e existenciais, permitindo que realize ricos levantamentos de dados e interpretações de resultados com autoridade.

Turato (2000) coloca que a pesquisa clínico-qualitativa compreende de forma aprofundada o comportamento e experiência humanos, sendo assim, de grande importância a sua utilização na Psicologia. O autor define a metodologia clínico-qualitativa da seguinte forma:

é o estudo teórico – e o correspondente emprego em investigação – de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde (equipe de profissionais, familiares, comunidade) (TURATO, 2000, p. 96).

A escolha desse método (clínico-qualitativo) justifica-se por ser o método que proporciona um estudo teórico, porém investigativo, e que permite a descrição e interpretação dos sentidos e significados atribuídos à fenômenos relacionados à vida dos entrevistados; possibilita também a interpretação psicanalítica.

### **3.2 PARTICIPANTES**

Participaram desse estudo cinco pacientes com lesão cerebral adquirida por acidente cerebrovascular na vida adulta, com idade entre 34 e 68 anos, sendo casos representativos (emblemáticos) da população estudada. Estudaram-se somente pacientes com lesão cerebral adquirida na vida adulta, pois foi essa fase do desenvolvimento abordada, o que seria muito diferente das fases de desenvolvimento infância e adolescência, que trazem outros aspectos do desenvolvimento humano. Destes cinco, dois eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Miranda, com 35 anos; Andrei com 68 anos; Vanessa com 34 anos; Rubens 53, anos; Carlos, 61 anos. O estudo foi composto apenas com pessoas que se dispuseram a participar, num único centro de reabilitação, tratando-se assim, conforme Rea e Parker (2000)

de uma ‘*amostra por conveniência*’. O número reduzido de participantes não compromete o estudo, pois se trata de casos representativos do ambulatório, e a relevância desse delineamento de pesquisa encontra-se na compreensão clínico-qualitativa de cada indivíduo, conforme proposto por Turato (2005) e encontrados em outros estudos citados durante a pesquisa.

### **3.2.1 Critérios de exclusão**

Não serão incluídos no estudo os pacientes que não tiverem em condições de participar da entrevista psicológica, no caso os que tiverem grave prejuízo cognitivo ou de linguagem (afasia mista), além de condições que coloquem em dúvida a validade da entrevista (dificuldade de compreensão das situações), detectados na avaliação multidisciplinar<sup>13</sup>; presença de outro evento de AVC prévio, história de demência ou outra doença neurológica (por exemplo esclerose múltipla, traumatismo craniano, doença de Parkinson, entre outras). Também serão excluídos deste trabalho os pacientes com prévio transtorno mental grave, ou que não completaram o tratamento de reabilitação na instituição.

### **3.2.2 Critérios de Inclusão**

Serão incluídos pacientes de ambos os sexos, que sofreram acidente cerebrovascular há no máximo 3 anos, e que procuraram tratamento de reabilitação na instituição, com idades entre 20-70 anos. Um termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue e assinado pelos pacientes que aceitaram participar da pesquisa (Anexo B). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como o projeto da pesquisa, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Metodista de São Paulo, em novembro de 2007, e reavaliadas suas alterações em reunião do CEP- 2009 (Anexo C).

---

<sup>13</sup> Os pacientes passam em avaliação inicial multidisciplinar (médico fisiatra, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo e fisioterapeuta), a fim de decidir em equipe as condutas e tratamentos, o que inclui avaliação clínica, motora, emocional e cognitiva.

### 3.3 LOCAL

A pesquisa foi realizada no Centro de Reabilitação Lar Escola São Francisco – UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). As entrevistas foram realizadas em sala destinada aos atendimentos psicológicos (segundo andar da instituição, acesso via rampa ou escada). A sala é um ambiente arejado, com ótima iluminação, possui uma mesa e cadeiras, armário com materiais gráficos e ventilador. A possibilidade de realizar as entrevistas no ambiente de tratamento natural dessas pessoas é mais uma característica proposta por Turato (2000, p. 98) na pesquisa clínico qualitativa: “consideramos metodologicamente que o contexto físico-estrutural, cotidiano, do local de prestação de serviços clínicos (o setting dos cuidados com a saúde) configura-se num ambiente natural para as pessoas ali envolvidas com processos clínicos”. Essa instituição funciona há 65 anos, com o objetivo de receber pessoas com deficiências físicas de todas as idades, proporcionando-lhes tratamento, educação e profissão, para que possam (re) integrar-se à sociedade. Os tratamentos são realizados por equipe multidisciplinar, que engloba o médico fisiatra, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, enfermeiros e assistentes sociais.

### 3.4 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados neste trabalho foram: a entrevista psicológica semi-dirigida; a história clínica construída; a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO); a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF); Escala de Funcionamento Defensivo; o Desenho da Figura Humana. Esses instrumentos foram utilizados com a finalidade de investigação dos objetivos propostos neste trabalho.

#### 3.4.1 A entrevista semi-dirigida

A entrevista é um instrumento do método clínico, considerada uma técnica de investigação científica em psicologia (BLEGER, 1998). A entrevista semi-dirigida caracteriza-se por sugerir temas específicos ao entrevistado, mas também o deixa livre para falar. Permite que o indivíduo organize seu relato de forma livre, revelando também aspectos de sua personalidade. De acordo com Fontanella *et al.* (2006), o todo da entrevista não está predeterminado e nem as respostas estão preditas. É uma entrevista altamente dinâmica.

Acontece em torno de temas específicos, como no caso desse trabalho, o adoecimento devido ao AVC e a história de vida dessas pessoas, do ponto de vista delas próprias. A qualquer momento da entrevista, o pesquisador pode retomar pontos que não tenham sido claramente expressos, alternando a diretividade da entrevista; quando um ponto foi adequadamente abordado, são introduzidos outros tópicos, que vão ao encontro do objetivo da pesquisa, porém de forma aberta. Ainda segundo os autores acima citados, não se espera que o tema e seus tópicos sejam sempre propostos a diferentes pessoas da mesma maneira, pois variarão de acordo com as características de cada indivíduo. Além das expressões verbais, permite-se que sejam considerados a relação pesquisador-paciente, e todas as expressões não verbais que surgirem na entrevista, como por exemplo apresentação pessoal do paciente, postura corporal, gesticulações, expressões faciais, riso, choro, alterações na fala, entre outras, utilizando o pesquisador o máximo de suas habilidades de observação. A escolha deste instrumento permite a captação de informações mais aprofundadas e menos censuradas do que outras técnicas de entrevista, para que possamos investigar as questões afetivo-emocionais espontâneas do sujeito. Bleger (1998) coloca que a entrevista permite levar a vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica.

### **3.4.2 A história clínica construída**

Chiozza (1997), ao escrever sobre seus estudos em psicossomática, propõe que o profissional de saúde ao perguntar para o indivíduo o que lhe aconteceu, lhe proponha isso de forma situada no tempo. Assim, terá uma história, com dados do estado anterior, atual e possibilidades futuras, orientando-se por um tempo linear e, portanto, cronológico: “trata-se de uma sucessão de fatos que permitem conceber e interpretar a evolução de um processo no qual se postula uma causa antecedente e um efeito consequente” (p.13). Ao introduzir a dimensão temporal, pode ser orientado por um pensamento lógico. Com base na psicanálise, o autor traz que obteremos outro tipo de história cujo significado essencial não emerge de acordo com fatos temporais, e sim uma história que não penetra na consciência como história, mas como drama atual: viva em cada atitude do sujeito, num eterno presente. Por trás da história cronológica trazida pelo paciente, temos então uma história que pode ser narrada em qualquer tempo e lugar, porque sempre se repete, como se fosse nova para o indivíduo, porque “a consciência esquece o que a memória sabe” (p. 14). Além da história linear, teremos então uma história circular, que impossibilita saber quem começou. Temos portanto,

duas histórias: a cronológica e a história que o paciente esconde de si mesmo, terá um drama que percorre toda a sua biografia. Ambas as histórias são legítimas, apesar da concepção diferente de tempo, “já que estamos longe da época em que considerávamos o pensamento mítico uma forma primitiva e insuficiente superada pela lógica” (p. 14), pois uma história não compõe-se somente dos fatos passados, mas dos seus significados, e principalmente dos significados que perdurem até o presente; assim, a história relata aquilo que, no passado, ainda não passou. Para o autor, a experiência psicanalítica mostra que, assim como seu pioneiro relatou- Freud- o indivíduo repete em sua conduta aquilo que é doloroso lembrar. Pensar nessa história não reside na descrição dos sucessivos acontecimentos, mas sim no significado que os vincula. Ainda segundo o autor: “a verdadeira história será, pois, a construída, com o rigor de um método, no processo mesmo de sua interpretação (...)” (p.16). Levando-se em consideração que a história, mesmo construída cronologicamente, é baseada na memória do indivíduo, mas não pura, pois podem sofrer interferências da imaginação, que nascem da fantasia e se confundem no inconsciente.

### **3.4.3 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada**

A EDAO realiza-se através da entrevista clínica, mas possui um esquema referencial para o pesquisador conduzir a entrevista. Avalia a eficácia adaptativa do paciente, investigando quatro setores de funcionamento: setor afetivo-relacional, produtividade, orgânico e sócio-cultural. Sua forma de avaliação e interpretação encontra-se no Anexo D.

### **3.4.4 A Escala de Avaliação Global do Funcionamento**

A Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) pertence ao Eixo V do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV. Segundo o DSM-IV (1995) o eixo V é utilizado para o relato do julgamento do profissional acerca do nível global do funcionamento do indivíduo, sendo muito útil no planejamento do tratamento. Para isso utiliza-se a escala AGF (anexo E). Ela considera o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um continuum hipotético de saúde-doença mental, mas não inclui prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais). Segue pontuação de 0 -100, podendo utilizar códigos intermediários quando apropriado.

### **3.4.5 A Escala de Funcionamento Defensivo**

Também se encontra no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV (1995), no eixo proposto para estudos adicionais. Segundo o Manual (1995), os mecanismos de defesa são processos psicológicos que protegem o indivíduo contra a ansiedade e a conscientização quanto a perigos ou estressores internos ou externos. As pessoas não têm consciência desses processos. A Escala de Funcionamento Defensivo dividiu-os em grupos correlatos, denominados Níveis de Defesa. Para utilização, devem ser listados até sete das defesas, iniciando com a mais proeminente. A tabela e formulário para registro dos níveis de defesa e mecanismos de defesa individuais encontram-se em Anexo F, e eles são discutidos individualmente no capítulo 4.

### **3.4.6 O Desenho da Figura Humana**

O Desenho da figura humana (DFH) consiste em que o paciente desenhe numa folha de papel em branco, uma pessoa, o melhor que ele puder. Os aspectos do desenho foram avaliados segundo Freitas Júnior, que realizou uma pesquisa com desenhos da figura humana de pacientes psiquiátricos e neurológicos, verificando a deterioração da personalidade total (FREITAS, 1979). Segundo esse autor, a observação e o estudo do desenho de doentes psiquiátricos e neurológicos constituiu objeto da atenção de clínicos e pesquisadores desde tempos remotos. Nesse instrumento, as lesões do hemisfério esquerdo conduziram a uma maior primitivização do desenho, alcançando baixos escores em escalas de desenvolvimento; já as lesões do hemisfério direito produziram maior desorganização, sugerindo elevados escores na tabela de deterioração do autor. Também utilizamos para avaliação de aspectos projetivos do DFH, parâmetros de Hammer (1991) e Buck (2003). Para Buck (2003) o desenho da pessoa é a expressão direta da imagem corporal, e sua qualidade reflete a capacidade do indivíduo para atuar em relacionamentos e para submeter o ‘self’ e as relações interpessoais à avaliação crítica e objetiva.

## **3.5 PROCEDIMENTOS**

Os sujeitos foram selecionados dentro da rotina de atendimento do serviço de psicologia da instituição, após triagem por equipe multidisciplinar, desde que tivessem o

diagnóstico médico de AVC. Foi estabelecida uma amostra por conveniência, selecionando casos que fossem representativos da população atendida. Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa através de convite pessoal, realizado pela própria pesquisadora. As entrevistas foram realizadas com horários previamente agendados (fora dos horários da terapia), no local descrito, com a duração de uma hora, e conforme a necessidade foram realizadas outras entrevistas, em torno de quatro entrevistas com cada paciente. Essas entrevistas eram iniciadas com uma breve explicação sobre a pesquisa, e orientações sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, iniciava com a história construída, posteriormente com os dados da entrevista para a EDAO e finalizava a entrevista com o desenho da figura humana. Todos os pacientes estavam em tratamento multidisciplinar na instituição, incluindo psicoterapia.

### **3.6 ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Metodista de São Paulo, em novembro de 2007. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos pacientes interessados em participar da pesquisa. A questão do sigilo foi devidamente explicada, e os nomes utilizados são fictícios para evitar a identificação.

#### **3.6.1 Riscos x benefícios**

A pesquisa não traz riscos para a saúde dos sujeitos, inclusive porque já está incluído na própria metodologia de trabalho prático. Os pacientes terão atendimento psicológico, conforme os critérios estabelecidos pela instituição. Como a pesquisa não envolve danos à saúde dos participantes, não há possibilidade de indenização.

#### **3.6.2 Orçamento**

A pesquisa não apresenta custos para a instituição, tais como compra de instrumentos, recursos humanos, materiais gráficos, impressos ou transportes. Será responsabilidade do pesquisador custear as despesas necessárias com a pesquisa.

## **4 RESULTADOS**

Neste capítulo serão apresentadas as descrições dos resultados dos cinco pacientes, através dos instrumentos utilizados, para posterior discussão. Os resultados estão baseados na coleta de dados feita através da entrevista psicológica e o desenho da figura humana (em anexos), individual, nos anos de 2007 e 2008. As entrevistas para coleta dos dados utilizadas nesse trabalho com cada paciente duraram de três a quatro sessões de uma hora cada. Os dados das entrevistas foram descritos através da história construída, da EDAO, da escala AGF e dos mecanismos de defesa do DSM-IV, além do desenho da figura humana interpretado quantitativamente através da proposta de Freitas Júnior (1979), e qualitativamente através da interpretação projetiva de Hammer (1991) e Buck (2003). Os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e optou-se por preservar ao máximo o sigilo quanto às suas identidades, mudando seus nomes e alguns dados pessoais para preservação.

### **4.1 CASO 1 – MIRANDA**

A paciente Miranda tem 35 anos, e dois irmãos mais velhos. Reside com a mãe e a irmã, o pai é falecido conforme observaremos na história clínica construída pela paciente, a seguir.

#### **4.1.1 História construída**

Miranda inicia sua história antes do seu nascimento: relata que a mãe descobriu que estava grávida dela somente aos quatro meses de gestação.

\* 1972 – nascimento (oito meses); apresentou alergia de leite, fralda, entre outras coisas. Fez tratamento para alergia durante os primeiros sete anos de vida.

\* 1974 – quebrou o nariz.

\* 1976 – foi internada por grave infecção intestinal; lembra-se que ficou sem a mãe no hospital, e que foi muito sofrido para ela.

- \* 1977 – início na escola, chorou muito, vomitava e quando não conseguia provocava o próprio vômito; repetiu o ano escolar; começou a usar óculos.
- \* 1978 – o pai sofreu acidente de carro, foi atropelado e ficou em coma.
- \* 1979 - a mãe interrompeu o tratamento da alergia, pois achava que estava fazendo mal o fato de Miranda tomar muitas medicações (a mãe também era alérgica). Ainda tomava mamadeira e tinha enurese noturna.
- \* 1981 – morreu o tio paterno (cirrose). Ano da primeira comunhão.
- \* 1982 – morreu o pai, de cirrose e anemia profunda, perto do dia dos pais. Acredita que depois do acidente o pai teve muitas complicações clínicas, e após o acidente não conseguiu retomar sua vida, devido às sequelas. A mãe emagreceu muito, ficou revoltada. Miranda lembra-se que chorava muito a morte do pai. Não foi ao enterro, pois o carro em que estava bateu. Desde então, o padrinho mostrou-se bastante presente. Relata que a mãe não gostava do pai, casou-se somente para não ficar sem marido. Após a morte do pai, a mãe levou Miranda para dormir na cama dela, pois ‘ficava quentinho’ para a mãe. Miranda voltou a ter enurese noturna.
- \* 1983 – começou a trabalhar de babá de quatro meninos (o mais novo tinha três meses).
- \* 1985 – iniciou a menstruação e nos primeiros anos desmaiava, escurecia a vista.
- \* 1987 – casamento do irmão. Ele não avisou os familiares em casa, pois a mãe era controladora e não aceitava o casamento, então ele ‘fugiu’. Nascimento do sobrinho. Formatura da 8ª série. Considera que tinha boa vida social, era popular na escola e na rua.
- \* 1989 – iniciou namoro, mas o menino não quis prosseguir o namoro. Ficou decepcionada. Sua primeira experiência como namorada foi, então, negativa.
- \* 1990 – curso técnico de Processamento de Dados.
- \* 1991 – morreu amigo de acidente de moto; luxação no pé.
- \* 1992 – término de um namoro, onde sentiu-se preterida pela melhor amiga; demissão do primeiro emprego. Início de outro trabalho, na recepção de um consultório.

\* 1993 – formatura do colegial. Foi escolhida oradora da turma, mas houve sentimento de rejeição, pois apesar de ser oradora, todo mundo foi ao *show* de uma banda de rock da época, menos ela. Não conseguiu pegar o seu diploma porque a escola perdeu seu relatório de estágio e foi a falência a empresa onde tinha feito o estágio.

\* 1994 – Mudou de recepcionista de consultório para trabalhar como vendedora em uma loja.

\* 1995/ 1996 – fez relatório para uma amiga na faculdade, que lhe pagou com o ingresso de um *show* que ambas não queriam ir. Tinha planos de ir para EspanhaEspanha e fazer a vida lá, trabalhando com informática. A mãe não concordava.

\* 1997 – Foi morar em seu próprio quarto.

\* 1998 – Intensificou os esforços para seguir o plano de ir para Espanha, conseguiu dupla cidadania.

\* 1999 – começou a trabalhar na casa da tia portadora de demência, com a promessa de que o tio lhe ajudaria ir para Espanha em breve. No mesmo ano, o tio tentou suicídio. Miranda ia visitá-lo diariamente no hospital. Entretanto, uma prima pegou uma procuração para transferência dos bens do tio, levando o tabelião ao hospital. Para a paciente, isso foi '*um balde de água fria*', pois pensava ser ela a pessoa indicada para assumir as responsabilidades do tio.

\* 2000 – o tio morreu, por consequências clínicas da tentativa do suicídio. Após a morte dele, queriam internar a esposa dele no asilo, mas Miranda e sua mãe não deixaram. Até hoje a mãe de Miranda dorme na casa dessa tia.

\* 2001 – avó morreu, e com ela as esperanças de ir para Espanha estavam se esgotando, ao seu ver. No mesmo ano, a cunhada fez cirurgia cardíaca e dois meses depois caiu de uma lage. Miranda assumiu os cuidados com a cunhada e a sobrinha, cuidando nessa época da tia e da cunhada. Acreditava estar levando uma vida de '*velha*' (sic), e que sua vida estava uma droga. Iniciou um curso de corte e costura porque o tio havia falado que estavam precisando na Espanha desse ofício.

\* 2005 – fez uma promessa para um santo (ou queria um marido ou queria ir para a Espanha), pois nesses últimos anos em nada sua vida mudara. Refere que tinha a sensação de não estar vivendo, e sim, passando pela vida. Nessa ano, ocorreu a perda de outra avó, de 95 anos, que

morava na Espanha e de um vizinho que havia assumido o papel de *'pai simbólico'*. Segundo seu relato, toma consciência de um processo de depressão, vivia com a sensação de *'nó na garganta'*. Sentia-se limitada e desesperançosa.

\* 2006 – em março desse ano, sofre AVC, perto do aniversário da irmã.

\* 2007 – tratamento de reabilitação num hospital em São Paulo, no qual também fazia psicoterapia.

\* 2008 – tratamento de reabilitação no LESF/ UNIFESP. Refere que nota melhora da depressão, enxergando perspectivas. Percebe também que após seu adoecimento, a família está mais unida. Ainda tem expectativa de ir morar na Espanha, mas não sabe como.

#### **4.1.2 Dados do prontuário**

A paciente é ambidestra. Sofreu AVC isquêmico (artéria cerebral média direita) em 25/03/2006. Por volta das 23:00h estava tentando dormir e não conseguia, com cefálea occipital e vômitos. Foi ao banheiro e caiu da própria altura, sendo levada ao hospital. Como complicação teve somente a incontinência, com melhora total da complicação. No momento utiliza as medicações Plavix e Gardenal (está sendo retirado pelo neurologista). A paciente é independente para as atividades da vida diária.

O diagnóstico fisiátrico é hemiparesia esquerda espástica com predomínio braquial.

Quanto aos aspectos neuropsicológicos observados em avaliação multidisciplinar, constatou-se apenas déficit de atenção<sup>14</sup> no início do tratamento, com melhora progressiva durante a reabilitação global. Isso significa que Miranda, por exemplo, distraia-se com facilidade durante as conversas, mudando o foco, ou então para atravessar ruas e andar corria o risco de cair.

---

<sup>14</sup> A atenção pressupõe a orientação e concentração mental dirigidas para uma tarefa e inibição de atividades concorrentes, segundo definição de Gil (2002).

### 4.1.3 EDAO

Setor Produtividade: começou a trabalhar aos 11 anos como babá de crianças menores; na adolescência, cursou técnico em processamento de dados. Fez estágio durante um ano em empresa, mas refere que não conseguiu pegar o diploma pois o professor “*perdeu o seu relatório de estágio e a empresa faliu*” (sic). Conseguiu empregos no início da idade adulta jovem sempre como auxiliar administrativo, desde CPD (onde lhe prometeram uma vaga na área da informática, que nunca se concretizou) até em consultório. Por volta dos 30 anos, o tio lhe disse para que cuidasse da esposa com demência e dos aluguéis de seus imóveis, e que ele então iria ajudá-la brevemente a ir para a Espanha, onde têm familiares. Esse era o plano, quando então o tio suicidou-se com arma de fogo. Relata que desde então, ocorreram muitas brigas familiares, por herança, cuidado da tia e também frustrações. Nessa época sofreu o AVC. “*Eu estava numa época muito triste, com minha vida no geral. Tinha planos mas eles pareciam distantes, queria ter filhos, sair de casa, ter coisas realmente minhas*”.

Atualmente, Miranda se dedica aos trabalhos manuais, principalmente de costura (bordados, tear). Mas, genuinamente, entra em contato com seu desejo de ter uma profissão e cursar uma faculdade, como Letras ou História (no ano passado isso já havia sido questionado na psicoterapia, incentivado mas sem resposta no momento, e esse desejo foi ignorado pela família).Entretanto, novamente há um boicote, pois a irmã de Miranda a inscreve em curso de vestibular equivocado, e ela resolve não ir fazer a prova. A irmã vai. Está começando a escrever relatos para o jornal da igreja. No começo da idade adulta, queria cursar Arqueologia ou restauração de móveis, mas foi desencorajada pelo orientador vocacional e por familiares.

**Pr → POUQUÍSSIMO ADEQUADA (0,5)**, pois resolve mas não gratifica e gera conflito interno.

Setor Afetivo-relacional: relatou que tinha um amor platônico por uma pessoa que mora em outro estado, mas que tem esperanças que ele um dia volte. Durante o tratamento começou a namorar um rapaz amigo da irmã. Ainda parece um relacionamento imaturo para sua idade.

Muito influenciável pela opinião alheia, submissa e com pouco contato com seus desejos, sempre em função do desejo do outro. Chegou ao tratamento no centro de reabilitação infantilizada, demonstrado vínculo de dependência com familiares, sem autonomia; apesar de ter muito potencial para esse desenvolvimento. Através do desenvolvimento da linha cronológica da sua vida, mostra que sempre cuidou das pessoas doentes da família, mas sentia-se infeliz.

**A-R → POUCO ADEQUADA (2)**, pois resolve, gratifica-se ao agradecer o outro mas isso lhe gera conflito interno.

Setor Sócio-cultural: totalmente isolada em casa após o AVC, só sai acompanhada, embora tenha capacidade motora para sair sozinha, inclusive de ônibus (chegou a ir à terapia uma vez sozinha de táxi). Após início da Reabilitação, tem saído de metrô e enfrentado diversas situações sociais; diz que ainda sente-se muito sozinha e cansada de ficar em casa. Tem amigos de infância, mas participa mais do relacionamento familiar. Apresenta-se um pouco infantilizada para a vida social, por exemplo comemorou seu aniversário como numa festa infantil (bexigas, língua de sogra, chapéu e tema de festa infantil). Antes do AVC, tinha também vida social com prejuízo, pois convivia com pessoas mais velhas, não teve relacionamentos duradouros e aprofundados.

Setor Orgânico: na linha cronológica, apresentou supervalorização dos eventos de adoecimentos seus e dos familiares.

**DIAGNÓSTICO EDAO: ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA, com 2,5 pontos** (sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos). Quanto maior a rigidez do sistema adaptativo, maior a possibilidade de cronificar-se e perpetuar estados depressivos cada vez mais dolorosos e distanciamento progressivo da realidade, predominando o instinto de morte.

#### 4.1.4 AGF

De acordo com a escala AGF, proposta pelo DSM-IV (1995) para avaliação do Eixo 5, observa-se em Miranda pontuação equivalente a 51 pontos: sintomas moderados ou dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar. Pode-se observar que essas dificuldades existiam antes do AVC, pois nem a EDAO nem a AGF não considera os prejuízos devido a limitações físicas, e consideram a totalidade do funcionamento do indivíduo. Observa-se também que a AGF é aproximadamente igual a 20 vezes o número de pontos da EDAO (2,5).

#### 4.1.5 Escala de Funcionamento Defensivo

Os mecanismos de defesa são explicados através da proposta do DSM-IV (1995, p. 711-713), e transcritos neste capítulo na primeira vez em que aparecem. São listados pela ordem alfabética, e não por predominância ou importância no funcionamento mental do indivíduo.

1. Altruísmo – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a dedicação a satisfazer as necessidades de outros. À diferença de auto-sacrifício, por vezes característico da formação reativa, o indivíduo recebe gratificação substitutiva ou a partir da resposta dos outros. Pertence ao nível adaptativo.
2. Anulação – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante palavras ou comportamentos destinados a negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou ações inaceitáveis. Pertence ao nível das inibições mentais.
3. Desvalorização – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo qualidades exageradamente negativas a si mesmo ou a outros. Pertence ao nível de leve distorção da imagem.
4. Fantasia autista – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante devaneios excessivos, como um substituto para relacionamentos humanos, ações mais efetivas ou resolução de problemas. Pertence ao nível de importante distorção da imagem.

5. Formação reativa – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos substituindo seus próprios pensamentos ou sentimentos inaceitáveis por um comportamento, pensamentos ou sentimentos diametralmente opostos (isto em geral ocorre junto com a repressão destes). Pertence ao nível das inibições mentais.

6. Negação – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos recusando-se a reconhecer algum aspecto doloroso da realidade externa ou da experiência subjetiva que seria visível aos outros. Pertence ao nível de negação.

7. Repressão – O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos expelindo da consciência desejos, pensamentos ou experiências perturbadoras. O componente emocional pode permanecer consciente, separado de suas idéias associadas. Pertence ao nível das inibições mentais.

**Nível de defesa atualmente predominante:** nível das inibições mentais. É um funcionamento defensivo, segundo o DSM-IV, que mantém fora da consciência as idéias, os sentimentos, as recordações, os conflitos potencialmente ameaçadores entre os desejos e os sentimentos de ansiedade generalizada e fobias.

#### 4.1.6 Desenho da Figura Humana (DFH)

O DFH de Miranda encontra-se no Anexo G. Apresenta figura humana sem rosto evidente; lados do corpo desproporcionais; figura primitiva e infantilizada.

De acordo com a pontuação de Freitas (1979), podemos observar um total de 19 pontos, com sinais A, B, D, G, L, T, o que sugere que a paciente pertence ao GRUPO DE ORGÂNICOS, Grau I (a ordem do grau é decrescente de acordo com a gravidade da deterioração, sendo o grau I considerado o mais grave). O fato da lesão no hemisfério cerebral direito, de acordo com o autor, produz maior desorganização num sistema de compreensão da realidade psíquica e externa, devendo obter elevados escores na tabela de deterioração.

De acordo com análise baseada na proposta de Buck (2003), observa-se no desenho de Miranda sinais de retraimento, insegurança, descontentamento e regressão, devido ao tamanho do desenho e à falta de detalhes. A assimetria do desenho pode ser interpretada como

inadequação física, além das distorções no desenho que sugerem organicidade. A localização no canto esquerdo superior da folha indica retraimento, regressão e organicidade, preocupação consigo mesmo, fixação no passado, impulsividade, necessidade de gratificação imediata, sentimentos de frustração e satisfação na fantasia. Os braços finos são sinais de organicidade e dependência. Os traços faciais omitidos reforçam a sugestão de retraimento e depressão, e a omissão do pescoço dificuldade em conter a impulsividade.

Os dados da análise pela proposta de Hammer (1991) vão ao encontro dos dados obtidos por Buck (2003), acrescentando-se que Hammer (1991) relatou que desenho de bruxas representam hostilidade às mulheres e pessoas que expressam seus sentimentos extrapunitivamente.

## **4.2 CASO 2 – ANDREI**

Andrei tem 68 anos atualmente. Casado, reside com a esposa (38 anos) e três filhos (17 anos, 13 anos e 12 anos) do segundo casamento. Tem mais duas filhas do primeiro casamento (33 anos e 29 anos). Tem uma irmã quatro anos velha, com quem não tem contato. Os pais são falecidos.

### **4.2.1 História construída**

- \* 1940 - nascimento, em cidade no interior de São Paulo.
- \* 1950 – teve caxumba, entrou em coma por 4 dias, porque teve complicações.
- \* 1952 – mudou do interior de São Paulo para a cidade, pois o pai recebeu uma proposta de ir trabalhar com o tio em estrada de ferro, mas depois da mudança o tio não cumpriu o acordo com o pai. A família de Andrei passou muitas dificuldades até o pai se reestruturar. No começo, Andrei não gostou da idéia da mudança.
- \* 1958 – fez o exército. Tem um amigo dessa época até hoje.
- \* 1959 – morte do avô que era muito próximo. Morreu devido a um AVC. Nesse ano começou a trabalhar, vendendo árvore de Natal, vasos e jóias.
- \* 1960 – tinha uma namorada 10 anos mais velha do que ele. Soube que ela faleceu recentemente. Considera ela uma pessoa importante em sua vida, ficaram juntos por oito anos, apesar de se relacionar com várias mulheres.
- \* 1968 – fim do relacionamento com a namorada. Iniciou novo relacionamento.
- \* 1973 – fim do relacionamento de quatro anos. Relata que foi traído. Iniciou trabalho em uma empresa vendendo saco plástico para construção civil e adubo. Trabalhou aqui por 30 anos. Conheceu a primeira esposa, mas nunca casou.
- \* 1989 – conheceu a segunda esposa (também não casou).

- \* 1990 – voltou com a primeira esposa, mas foi traído. Entrou em depressão grave, pensou em se matar.
- \* 1992 – ainda deprimido, retomou relacionamento com segunda esposa, com quem está até hoje.
- \* 2005 – trocou de emprego, refere que a vida começou a piorar com a troca. Fez dívidas escondido da família para manter o padrão financeiro que um dia teve, acreditando que conseguiria recuperar-se financeiramente. Cirurgia de retirada da vesícula.
- \* 2007 – sofreu AVC, após descoberta de problemas cardíacos.
- \* 2008 – em reabilitação, trabalhando em ritmo menor. Esposa assumiu o controle financeiro, o que o deixa muito frustrado. Relata que predominam sentimentos de fracasso, impotência e depressão.

Observa-se na história construída de Andrei que não trouxe relatos dos filhos, valorizando o relacionamento com as mulheres e a sua vida produtiva/ financeira.

#### **4.2.2 Dados do prontuário**

O paciente é destro. Sofreu AVC hemorrágico em ponte mesencefálica, em 26/06/2007, quando fazia angioplastia. Como complicação, utilizou sonda vesical; ficou nove dias internado. Atualmente possui disartria<sup>15</sup> e ataxia<sup>16</sup>. Utiliza as medicações atenolol, sinvastatina, AAS, bromazepan e medicação homeopática. Resiste ao uso de antidepressivos (sempre para de tomar).

O diagnóstico fisiátrico descreve sequela de AVC hemorrágico com déficit de equilíbrio, incoordenação, disartria e disfonia<sup>17</sup>. É independente para as atividades da vida diária, necessitando apenas de adaptações para algumas atividades.

Quanto aos aspectos neuropsicológicos avaliados, foram observados leves défices ligados ao quadro depressivo (diagnóstico diferencial), como atenção, concentração e

---

<sup>15</sup> Distúrbios da fala ligados à incoordenação dos movimentos (GIL, 2002).

<sup>16</sup> Falta de coordenação dos movimentos podendo afetar a força muscular e o equilíbrio de uma pessoa (GIL, 2002).

<sup>17</sup> Distúrbio na alteração da voz (GIL, 2002).

memória recente, além de dificuldade para tomar decisões, que melhoraram à medida que o paciente aderiu ao tratamento da depressão. Lesões no mesencéfalo costumam ocasionar sequelas predominantemente motoras.

#### 4.2.3 EDAO

Setor Produtividade: começou a trabalhar aos 19 anos de idade, após terminar o exército. cursou ensino médio completo, gostaria de ter feito Engenharia Química, mas nunca tentou dar seguimento a esse sonho, alegando dificuldades financeiras. Vendia árvores de Natal, vasos e depois passou a vender jóias. Aos 33 anos, iniciou numa indústria química, na qual trabalhou por 30 anos vendendo saco plástico para construção civil e adubo. Resolveu pedir demissão porque ‘enjoou’, mas depois refere que financeiramente estava ruim e então recebeu uma proposta em outra empresa química e viu como se fosse a sua última chance de arriscar, pois não imaginava mais poder trocar de emprego devido a idade. Relata que essa mudança de emprego piorou sua situação financeira. No auge de sua profissão, Andrei adquiriu imóveis, fazia muitas viagens, tinha carros e moto, os três filhos estudavam em escolas de alto padrão e oferecia para a família um ótimo padrão de vida; refere que sempre gostou do seu trabalho. Entretanto, sua situação financeira começou a piorar nos últimos anos, e não admitindo para a família (e nem para si), fez várias dívidas, que a esposa só foi descobrir e organizar depois do AVC. Andrei ainda trabalha, mesmo depois do AVC, faz algumas vendas por telefone e a empresa paga a escola de seus filhos. Está tentando se desfazer dos seus imóveis.

**PR → POUCO ADEQUADA (1)** , pois resolve, gratifica mas causa conflito

Setor Afetivo-Relacional: nas entrevistas, Andrei trouxe sentimentos de culpa e arrependimento nesse setor. Primeiro, arrependeu-se da pouca atenção que ofereceu aos seus familiares. Conta a história de que um tio estava muito doente, com câncer e precisava de dinheiro, e lhe pediu ajuda; ele então, pediu em troca o imóvel do tio, pagando um preço bem abaixo do que era o justo; também relata que internou o seu pai num asilo após a morte da mãe, e que o pai lhe pedia para tirá-lo de lá, mas ficou por dez anos (teme que façam o mesmo com ele agora); sempre traiu as suas esposas, mas quando soube que foi traído entrou em

depressão grave, pensando em suicídio. Relata que nunca foi um pai presente, e que seu papel de pai é ligado somente à provisão financeira. Como sua situação financeira está difícil, julga que os filhos não o amam. Também teme que a esposa atual lhe abandone principalmente devido à diferença de idade e limitações físicas agora.

**A-R → POUQUÍSSIMO ADEQUADA (1)** resolve, mas não gratifica e gera conflito.

Setor Sócio-cultural – suas atividades sociais sempre estiveram ligadas à posição social que ocupava. Gostava muito de ir à casa da praia, andar de barco, de moto, ir à restaurantes com a esposa. Têm muitos amigos, que lhe ajudam até hoje. Bom relacionamento no trabalho.

Setor Orgânico – desfrutava de boa saúde, exceto quando teve a caxumba na infância; tinha o colesterol acima da nível normal há dez anos, mas não fazia o tratamento. Fazia exercícios físicos, sentia-se jovem. Havia parado de fumar há cinco anos, após 35 anos fumando. Sofreu AVC aos 67 anos.

**DIAGNÓSTICO EDAO: ADAPTAÇÃO INEFICAZ SEVERA, com 2 pontos** (sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos). Quanto maior a rigidez do sistema adaptativo, maior a possibilidade de cronificar-se e perpetuar estados depressivos cada vez mais dolorosos e distanciamento progressivo da realidade, predominando o instinto de morte.

#### 4.2.4 AGF

De acordo com a escala proposta pelo DSM-IV (1995), observa-se em Andrei pontuação equivalente a 45 pontos, que correspondem a sintomas sérios ou prejuízo no funcionamento social e/ ou ocupacional. Esses prejuízos não foram causados pelo AVC, mas relacionando-os com a história construída pode-se observar que esses sintomas já existiam antes do adoecimento. Novamente, observa-se que a pontuação da AGF equivale a aproximadamente 20 vezes o número de pontos obtidos na EDAO (2,0).

#### 4.2.5 Escala de Funcionamento Defensivo

Os mecanismos de defesa são explicados através da proposta do DSM-IV (1995, p. 711-713), e transcritos neste capítulo na primeira vez em que aparecem, portanto os que não estiverem descritos aqui já o foram no caso 1. São listados pela ordem alfabética, e não por predominância ou importância no funcionamento mental do indivíduo.

1. Atuação (acting out) – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos pela ação, ao invés de reflexões ou sentimentos. Inclui o comportamento que surge tanto dentro quanto fora da relação transferencial, e está relacionada a conflitos emocionais. Pertence ao nível da ação.

2. Cisão – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos compartimentalizando estados afetivos opostos, não conseguindo integrar as qualidades positivas e negativas, próprias ou dos outros, em imagens coerentes. Uma vez que afetos ambivalentes não podem ser vivenciados simultaneamente, as imagens e expectativas mais equilibradas de si próprio e dos outros são excluídas da experiência consciente. As imagens de si próprio e dos objetos tendem a alternar-se entre opostos polarizados. Pertence ao nível de importante distorção da imagem.

3. Desvalorização – pertence ao nível de leve distorção da imagem.

4. Distorção psicótica – nível da desregulação defensiva, caracterizado pelo fracasso da regulação defensiva em conter a reação do indivíduo a estressores, levando a uma ruptura pronunciada com a realidade.

5. Identificação projetiva – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo falsamente a outra pessoa seus próprios sentimentos, impulsos ou pensamentos inaceitáveis. Ele permanece consciente de seus próprios afetos ou impulsos, só que os qualifica incorretamente como reações justas à outra pessoa. Pertence ao nível de importante distorção da imagem.

6. Negação – pertence ao nível da negação.

7. Onipotência – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos sentindo ou agindo como se fosse detentor de poderes ou capacidades especiais e como se fosse superior aos outros. Pertence ao nível de leve distorção da imagem.

**Nível de defesa atualmente predominante:** nível das distorções da imagem, optando por importante distorção da imagem devido à dinâmica global do paciente. É um funcionamento defensivo, segundo o DSM-IV, que caracteriza-se por grave distorções da imagem de si mesmo, do corpo ou de outros.

#### **4.2.6 Desenho da Figura Humana (DFH)**

O DFH de Andrei encontra-se no Anexo H. Apresenta figura humana desproporcional, de tamanho grande, com omissão importante de mãos e pés.

De acordo com a pontuação de Freitas (1979), podemos observar um total de 19 pontos, com sinais A, C, D, E, F, G, I, N, S, o que sugere que a paciente pertence ao GRUPO DE ORGÂNICOS, Grau I (a ordem do grau é decrescente de acordo com a gravidade da deterioração, sendo o grau I considerado o mais grave).

Na proposta de avaliação de Buck (2003) observam-se sinais de compensação e tensão devido ao tamanho da figura em relação à página. A assimetria do desenho corresponde, nesse caso, a inadequação física e organicidade. A organicidade também surge na dificuldade do paciente em adequar-se às margens do papel. No seu desenho das pernas observa-se sinais de desamparo ou perda de autonomia, reforçados pela ausência dos pés. O tipo de tronco e a qualidade da linha geral do desenho denotam sinais de organicidade.

Em Hammer (1991) podemos encontrar sinais de miscelânea, expressando desprezo e hostilidade em relação a si mesmo, além do tamanho grande do desenho sugerir agressividade.

### 4.3 CASO 3 – VANESSA

A paciente Vanessa tem 34 anos, nove irmãos, sendo ela a segunda mais velha (o mais velho tem 36 anos e o mais novo 15 anos). Atualmente reside sozinha, não tem contato com o pai desde a infância. Nasceu em Pernambuco, e vive em São Paulo desde os 15 anos, conforme será notado na sua história a seguir.

#### 4.3.1 História construída

Vanessa apresenta muita dificuldade para contar sua história e falar de suas emoções; relata, ela própria, que a emoção que predomina na sua história é a mágoa.

\* 1974 – nascimento.

\* 1982 – refere que teve bom relacionamento com os irmãos na infância, ia para escola normalmente e acreditava pertencer a uma família normal até o momento. Nesse ano, a mãe foi embora de casa, deixando os sete filhos com o pai. Lembra-se de ter sofrido muito com o ‘desaparecimento’ da mãe, e guarda mágoa dela até hoje.

\* 1988 – com o tempo, descobriu que a mãe havia abandonado a família para morar com outro homem, o que para Vanessa foi imperdoável. Durante anos, ela quem auxiliava o pai a cuidar dos irmãos mais novos, sendo que o pai espalhou os filhos pela família (tios, avós), o que ela vivenciou com muito sofrimento e tristeza. Para ela, outro erro imperdoável dos pais. Lembra-se muito dos irmãos mais novos sofrendo com a ausência da mãe.

\* 1989 – aos 15 anos, veio para São Paulo, morando na casa dos tios por 3 anos, e gostou muito da cidade. Trabalhou como ajudante de costura e em fábrica de produtos de limpeza.

\* 1992 – voltou para Pernambuco, devido dificuldades financeiras.

\* 1993 – voltou para São Paulo, refere que não conseguia mais se acostumar com a vida no nordeste. Em São Paulo, começou a trabalhar cuidando de um casal de idosos, e morava com amigas.

\* 1998 – terminou um namoro de quatro anos. Ainda morava com amigas, mas relata início de quadro depressivo, apesar de não ter percepção disso naquele momento.

\* 2001 – começou a trabalhar como doméstica na casa de uma família, registrada, e também foi morar sozinha.

\* 2004 – começou a freqüentar igreja evangélica, a qual freqüenta até hoje. Neste momento da sua vida trabalhava bastante, pensava em retomar os estudos mas queria antes mudar de trabalho. Ainda pensava no ex namorado, com muitos ressentimentos; relata que após o fim do namoro, nos anos que seguiram, chegou a pensar em suicídio.

\* 2006 – em novembro, sofreu AVC. Relata que tinha problema de hipotireodismo, desconhecido até o momento, e que vinha perdendo muito peso. No dia que sofreu o AVC, sentiu fortes dores na cabeça, mas não procurou o médico. Após a hospitalização, a mãe, que também reside em São Paulo com os irmãos, tentou cuidar da paciente, e Vanessa foi morar com eles nos primeiros meses. Entretanto, não conseguiram reparar e perdoar erros do passado, rompendo o relacionamento em 2007. Conta que uma das irmãs disse na sua hospitalização: *“ela era muito nariz empinado. Isso aconteceu para abaixar a crista dela”*; outro fato que Vanessa não consegue perdoar.

\* 2007 – início do tratamento de reabilitação no LESF/ UNIFESP. Rompimento do relacionamento com a família; volta a morar sozinha, e seu suporte social encontra-se na igreja.

\* 2008 – Refere que nota melhora da depressão, enxergando perspectivas; irá retomar estudos em 2009, pretende fazer curso de informática e comprar um computador; está conseguindo ter melhora no relacionamento interpessoal, apesar de ainda apresentar dificuldades; conseguiu elaborar o luto do relacionamento, e já consegue imaginar-se em novo namoro.

#### **4.3.2 Dados do prontuário**

A paciente é destra. Sofreu AVC isquêmico em 06/11/06. Quando estava indo trabalhar, sentiu forte cefaléia e não conseguiu mais andar, dirigindo-se ao hospital mas foi liberada sem suspeita de acidente cerebrovascular. Dois dias depois apresentou tremores sem perda da consciência, com hemiplegia total.

O diagnóstico fisiátrico é hemiparesia<sup>18</sup> espástica braquial.

Quanto aos aspectos neuropsicológicos avaliados em equipe multidisciplinar, mostraram-se preservados, apresentando apenas prejuízos culturais, devido a escolaridade incompleta.

### 4.3.3 EDAO

Setor Produtividade: já em São Paulo, começou a trabalhar aos 14 anos como ajudante de costura, e ainda na adolescência trabalhou em produção de fábrica de produtos de limpeza. Estabilizou-se no emprego de doméstica numa residência familiar, em 2001, já com 27 anos. Não concluiu o Ensino Médio. Durante o relato de sua história, Vanessa descreve grande insatisfação com o trabalho, principalmente nos últimos anos, permeado por uma falta de perspectiva de mudanças para o futuro. No que diz respeito a produtividade, essa ainda é uma questão, pois embora Vanessa tenha potencial para trabalhar, acredita que sua deficiência física (hemiplegia, principalmente em membro superior) a impede disso, e busca aposentar-se por invalidez.

**Pr → POUQUÍSSIMO ADEQUADA (0,5)**, sendo uma solução paralisante e involutiva, frustrante, originando sentimentos de tensão e insegurança. A paciente não gratificou, e gerou conflitos, principalmente interno.

Setor Afetivo-relacional: observa-se em sua história construída que a paciente sempre apresentou conflitos nessa área; aconteceram difíceis problemas familiares em sua infância, principalmente relacionado ao vínculo materno; Vanessa até hoje não possui uma referência familiar. Descreveu que os sentimentos que predominam a sua vida afetiva são traições, vínculos inseguros, mágoa, ressentimento e raiva. Encontra na igreja uma forma de aliviar esses sentimentos, e uma possibilidade de vínculo.

---

<sup>18</sup> Alterações no movimento voluntário de um hemicorpo (paralisia parcial), como por exemplo perna e braço esquerdos, sendo o membro superior o mais afetado. É considerado menos severo do que a hemiplegia (MEDICINA GERIÁTRICA, 2008).

**A-R → POUQUÍSSIMO ADEQUADA (1,0)**, pois não consegue se gratificar e os conflitos permanecem. O setor afetivo relacional apresenta maior influência na adaptação, e interage de forma decisiva com os outros setores.

Setor Sócio-cultural: isolada de contatos com familiares, e cercada de relacionamentos que ainda não se aprofundaram. Atualmente, sua vida social gira em torno da comunidade da igreja. Entretanto, durante a psicoterapia, ligou para pacientes do grupo terapêutico com quem obteve contato, e pode falar de sentimentos como saudades, que estão ligados ao amor ao invés do ódio. Percebe-se que está tentando modificar a vida social.

Setor Orgânico: na história construída, apresentou desvalorização dos eventos de adocimentos e de cuidados consigo mesmo.

**DIAGNÓSTICO EDAO: ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE, com 1,5 pontos** (Neuroses incapacitantes, *borderlines*, psicóticos não agudos. Extrema rigidez caracterológica.)

#### 4.3.4 AGF

De acordo com a escala proposta pelo DSM-IV (1995), observa-se em Vanessa pontuação equivalente a 21 pontos: inabilidade para funcionar na maioria das áreas, inclusive permeando a classe anterior com perigo de ferir a si mesmo ou aos outros. Podemos observar essas dificuldades desde antes do AVC, pois a AGF não considera os prejuízos devido às limitações físicas, nem a EDAO. A correspondência da EDAO com a AGF seria de 30 pontos no DSM-IV, que corresponde ao mesmo nível dos 21 pontos (o nível descrito varia de 21 a 30 pontos).

### 4.3.5 Escala de Funcionamento Defensivo

Os mecanismos de defesa são explicados através da proposta do DSM-IV (1995, p. 711-713), e transcritos neste capítulo na primeira vez em que aparecem, portanto os que não estiverem descritos aqui já o foram no caso 1, Miranda ou no caso 2, Andrei. São listados pela ordem alfabética, e não por predominância ou importância no funcionamento mental do indivíduo.

1. Cisão – pertence ao nível de importante distorção da imagem.
2. Deslocamento – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos transferindo um sentimento ou uma resposta concernente a um objeto para outro objeto substituto (menos ameaçador). Pertence ao nível das inibições mentais.
3. Desvalorização – pertence ao nível de leve distorção da imagem.
4. Identificação projetiva – pertence ao nível de importante distorção da imagem.
5. Isolamento do afeto – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a separação entre as idéias e os sentimentos originalmente associados a eles. O indivíduo perde o contato com os sentimentos associados com determinada idéia, permanecendo consciente dos elementos cognitivos desta. Pertence ao nível das inibições mentais.
6. Onipotência – nível de leve distorção da imagem
7. Supressão – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos evitando deliberadamente pensar em problemas, desejos, sentimentos ou experiências perturbadoras. Pertence ao alto nível adaptativo.

**Nível de defesa atualmente predominante:** nível de importante distorção da imagem. É um funcionamento defensivo, segundo o DSM-IV, que distorce a imagem de si mesmo, do corpo e de outros.

#### 4.3.6 Desenho da Figura Humana (DFH)

O DFH de Vanessa encontra-se no Anexo I. Apresenta figura humana grande, principalmente o pescoço e braços. Foi a única paciente que quis utilizar cores em seu desenho, o restante, para todos os outros foi oferecido mas não quiseram.

De acordo com a pontuação de Freitas (1979), podemos observar um total de 16 pontos, com sinais A, C, D, E, G, S, o que sugere que a paciente pertence ao GRUPO DE ORGÂNICOS, Grau I (a ordem do grau é decrescente de acordo com a gravidade da deterioração, sendo o grau I considerado o mais grave). A lesão no hemisfério cerebral direito não afeta diretamente a linguagem mas reduz a capacidade de interpretação do mundo, das imagens, diminuindo sua compreensão das totalidades. De acordo com Freitas (1979), estes pacientes apresentam maior desorganização, ficando com elevados escores na tabela de deterioração neurológica.

Na análise segundo Buck (2003), observa-se que Vanessa apresenta traços de tensão e compensação devido ao tamanho grande do desenho; a assimetria de partes do corpo representa sentimentos de inadequação física e confusão de gênero. A ênfase nos braços observadas pelo tamanho exibe a grande necessidade de realização e também certa agressividade; já as pernas, pequenas para o tamanho total do corpo, trazem sentimentos de desamparo e perda de autonomia, e os dedos dos pés desenhados em figuras vestidas reforçam os traços de agressividade. A ênfase no pescoço sinaliza a necessidade de controle.

De acordo com Hammer (1991), a ênfase no pescoço também pode indicar problemas somáticos nessa área, e Vanessa apresenta problemas na tireóide. Os traços de agressividade em relação ao ambiente também são reforçados pelo autor nos itens do tamanho do desenho e braços grandes.

#### 4.4 CASO 4 – RUBENS

O paciente Rubens tem 55 anos, cinco irmãos, sendo ele o mais novo. Reside com a esposa, com quem é casado há 30 anos, e dois filhos, de 29 e 24 anos.

##### 4.4.1 História construída

Descreve-se como sendo uma pessoa sempre ansiosa e nervosa; muito tolerante com as pessoas, deixando-se de lado.

\* 1955 – nascimento. O pai morava numa cidade do interior, e veio para São Paulo devido problemas de saúde. Trabalhou como serralheiro.

\* 1963 – repete o ano escolar. Relata que sua infância foi permeada por carinho materno, considera que teve uma infância feliz apesar de problemas financeiros, que lhe trazem dificuldades para lidar com o dinheiro até hoje. Descreve o pai como uma pessoa repressora dos desejos dos filhos.

\* 1967 – teve grave anemia.

\* 1970 – novamente teve problemas escolares, mas conseguiu enfrentar adequadamente. Sua adolescência foi marcada pela introversão e timidez. Começou a trabalhar em indústria.

\* 1971 – foi promovido no trabalho.

\* 1972 – novamente promovido.

\* 1972 – mudou de emprego, e estudava à noite.

\* 1974 – novamente muda de emprego, sempre em ascensão e por opção, e contra a vontade do pai; este gostaria que o filho se mantesse num trabalho perto de casa, e de simples ofício; de preferência ajudando na serralheria, que foi o que todos os outros irmãos fizeram. Nessa nova empresa, já tinha meta de trabalhar na área de informática, mas a timidez em muitos momentos dificultava seu crescimento, apesar da competência.

\* 1976 – quando terminou o colegial, queria fazer Arquitetura; mas se descreve como uma pessoa que nunca lutou pelo que queria, e rapidamente abandonou a idéia; o pai não

incentivava, achava desnecessário, e queria que ele fosse trabalhar junto com os irmãos na serralheria; brigaram por causa disso. Iniciou faculdade de Administração. Nesse ano conseguiu a promoção para a área de informática.

\* 1978 – casou. Havia conhecido esposa na empresa, dois anos antes começaram a namorar.

\* 1980 – trocou de emprego. Nascimento da primeira filha.

\* 1983 – falecimento do pai devido acidente cerebrovascular. Nascimento do filho.

\* 1984 – compra um terreno e começa ele próprio a construir uma casa, nos finais de semana; a casa ficava localizada na mesma rua que os irmãos e a mãe moravam, e que era a serralheria da família; doou parte do terreno para a irmã construir uma casa.

\* 1985 – continua a construção da casa.

\* 1986 – continua a construção da casa.

\* 1987 – contrata pedreiros para auxiliarem na construção da casa.

\* 1990 – vai morar, com a família, na casa que estavam construindo. Reside nela por cinco anos, depois vende devido briga com irmão que morava ao lado. Acredita que os irmãos, por morarem muito perto, eram invasivos na vida de sua família, e questionavam coisas, como por exemplo, contas, cartas, saídas, etc.

\* 1995 – aluga a casa.

\* 1996 – falecimento da mãe. A mãe teve história de depressão e doença de Alzheimer. O paciente sente-se culpado por nunca ter valorizado e auxiliado na depressão da mãe.

\* 2000 - descobre HAS, mas não é aderente ao tratamento.

\* 2005 – começa enfrentar problemas no trabalho, esconde dívidas da família para tentar manter o padrão da família; começam a emergir problemas na vida conjugal.

\* 2006 - sofreu acidente cerebrovascular. Relata que estava vivenciando momento de depressão por aspectos profissionais e conjugais. Após AVC aumentam problemas financeiros e conjugais.

\* 2006 – enquanto o paciente estava internado no hospital, sem sua autorização, família vende a casa que estava alugada e que ele havia construído durante anos. Isso o deixa muito decepcionado, e o faz pensar nos modos como esses relacionamentos vinham antes.

\* 2007 – começou e parou faculdade de Administração novamente. Continua trabalhando, mas desde o AVC trocou várias vezes de empresa.

\* 2008 – tratamento de reabilitação no LESF.

#### **4.4.2 Dados do prontuário**

Sofreu AVC isquêmico em agosto de 2006. Apresentou quadro súbito de alteração visual, não identificava profundidade de objetos e dificuldade de se locomover, com desorientação espacial. Utiliza as medicações bufferim e fluoxetina (uso prévio).

O diagnóstico fisiátrico consiste em hemiparesia leve esquerda. É independente.

Quanto aos aspectos neuropsicológicos observados em avaliação multidisciplinar, Rubens apresenta déficit perceptual<sup>19</sup>, que influenciam na sua percepção espacial e visuo-constructiva. Esses défices impedem Rubens de dirigir, pois descreve que o seu lado esquerdo do corpo “*tem vontade própria*”: em alguns momentos não percebe que sua mão esquerda pega objetos, às vezes de outras pessoas; outro dia não percebeu que seu sapato ficara preso no piso do ônibus, e foi trabalhar sem ele. Também apresenta transtorno de ansiedade, o que atrapalha sua atenção em atividades do trabalho. Entretanto, as outras funções cognitivas encontram-se preservadas, o que permite inclusive que Rubens adquira crítica em relação às suas dificuldades e consiga aderir às orientações de automonitoramento das suas dificuldades, diminuindo seus riscos e aumentando sua independência e autonomia.

#### **4.4.3 EDAO**

Setor Produtividade: começou a trabalhar na adolescência. Embora sempre envolvido com o trabalho e realizado financeiramente na terceira e quarta décadas de vida, carregou consigo a frustração de não formar-se em arquitetura, que era o que gostaria; relata que até hoje, quando

---

<sup>19</sup> A percepção é uma interpretação da realidade sensorial, através de experiências passadas (GIL, 2002).

passa em frente às construções, pára um minuto para ficar olhando (e contemplando o sonho que não realizou). Ficou muito chateado quando a família vendeu, sem sua ciência, a casa que construiu durante anos. Traz esses fatos em seu discurso espontaneamente, acompanhado dos sentimentos de frustração, arrependimento e fracasso. Pouco antes de sofrer o AVC estava passando por momentos de mudanças financeiras, mas não dividiu isso com a família, sobrecarregando-se sozinho. Após sofrer o AVC, logo retomou o trabalho, mas a esposa quem cuida das finanças atualmente. Relata que não está realizado no trabalho atualmente.

**Pr → POUCO ADEQUADA (1,0)**, pois gratifica com insegurança e tensão, ou consegue gerar menos insegurança, mas gera frustração e paralisa.

Setor Afetivo-relacional: traz em alguns momentos de sua história dificuldades em lidar com relacionamentos interpessoais e com seus sentimentos e emoções. Por exemplo, relata sentimento de culpa na história construída com relação aos cuidados com a mãe; lembra-se de tê-la visto deprimida muitas vezes e, após a morte do pai nenhum dos irmãos a ajudou; também traz dificuldades no diálogo com a esposa; descreve-se como uma pessoa tímida e que ‘aguenta’ tudo que os outros fazem; não consegue elaborar a mágoa que sente dos filhos e esposa por terem vendido sua casa, e atualmente pensa em separação.

**A-R → POUCO ADEQUADA (2,0)**, pois resolve, gratifica-se ao agradar o outro mas isso lhe gera conflito interno.

Setor Sócio-cultural: gosta de ir para sua casa na praia, sozinho, ou passear em parques com esposa. Também gosta de visitar construções e auxiliar em obras nas casas de familiares.

Setor Orgânico: na linha cronológica, apresentou além do AVC, negligência em alguns cuidados consigo quando descobriu a HAS.

**DIAGNÓSTICO EDAO: ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA, com 3,0 pontos**  
(Alguns sintomas neuróticos, inibição moderada e presença de traços caracterológicos).

#### 4.4.4 AGF

De acordo com a escala proposta pelo DSM-IV, observa-se em Rubens pontuação equivalente a 60 pontos: sintomas moderados ou dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar. Podemos observar essas dificuldades desde antes do AVC, mas nem a EDAO nem a AGF consideram os prejuízos devido às limitações físicas. A EDAO multiplicada por 20 corresponde exatamente aos 60 pontos obtidos na AGF, mostrando que a precisão das escalas é muito semelhante.

#### 4.4.5 Escala de Funcionamento Defensivo

Os mecanismos de defesa são explicados através da proposta do DSM-IV (1995, p. 711-713), e transcritos neste capítulo na primeira vez em que aparecem, portanto os que não estiverem descritos aqui já o foram no caso 1, Miranda; no caso 2, Andrei ou no caso 3, Vanessa. São listados pela ordem alfabética, e não por predominância ou importância no funcionamento mental do indivíduo.

1. Anulação – pertence ao nível das inibições mentais.
2. Auto-afirmação – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos expressando seus sentimentos e pensamentos diretamente, de um modo não coercitivo ou manipulador. Pertence ao alto nível adaptativo.
3. Desvalorização – pertence ao nível de leve distorção da imagem.
4. Intelectualização – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante o uso excessivo do pensamento abstrato ou de generalizações, para controlar ou minimizar sentimentos perturbadores. Pertence ao nível das inibições mentais.
5. Negação – pertence ao nível da negação.
6. Onipotência – pertence ao nível de leve distorção da imagem.

7. Repressão – pertence ao nível das inibições mentais.

**Nível de defesa atualmente predominante:** nível das inibições mentais. É um funcionamento defensivo, segundo o DSM-IV, que mantém idéias, sentimentos, recordações, desejos ou temores potencialmente ameaçadores fora da consciência.

#### **4.4.6 Desenho da Figura Humana (DFH)**

O DFH de Rubens encontra-se no Anexo J. Apresenta figura humana sem base de segurança.

De acordo com a pontuação de Freitas (1979), podemos observar um total de 12 pontos, com sinais F, H, I, M, O, Q, T, o que sugere que o paciente pertence ao GRUPO DE ORGÂNICOS, Grau I (a ordem do grau é decrescente de acordo com a gravidade da deterioração, sendo o grau I considerado o mais grave).

Na análise de Buck (2003), apresenta traços de rigidez, fragilidade e retraimento, devido simetria e posição do desenho na folha (perfil total). Apresenta traços de organicidade devido ao estilo de tronco desenhado, além de indicadores de conflitos sexuais pela ênfase na região da cintura/abdominal. A qualidade da linha com fragmentação representa organicidade e também medo e insegurança. A relevância da orelha e o desenho de perfil são indicadores de paranóia.

Segundo Hammer (1991), desenhos de pessoas sentadas podem refletir falta de ânimo, baixo nível de energia e exaustão emocional.

## 4.5 CASO 5 – CARLOS

O paciente Carlos tem 61 anos, três irmãos, sendo ele o segundo mais novo. Reside com a esposa, com quem é casado há 24 anos, e dois filhos, de 22 e 12 anos.

### 4.5.1 História construída

\* 1947 – nascimento, em cidade no interior de São Paulo.

\* 1957 – durante sua infância, o pai trabalhava como comerciante (mercearia). Descreve que o pai não colocava os filhos para trabalhar, e sim priorizou os estudos; descreve o pai como uma pessoa com autoridade dentro da família. Estudou até o colegial. Descreve a infância como período tranquilo e feliz, junto com pais e irmãos. Gostava de brincar com irmãos e sempre assumia a culpa das travessuras da irmã mais nova (que é quem o acompanha hoje no tratamento).

\* 1960 – jogava futebol na seleção da cidade; trabalhava no cartório da cidade para aprender a datilografar.

\* 1965 – aos 18 anos de idade, vem para a capital de São Paulo, juntamente com seus irmãos mais velhos que estavam aqui estudando. Vem para seleção pois queria estudar na Marinha. Não passou devido aos problemas na coluna. Ficou muito triste, não sabia o que fazer.

\* 1966 – após pensar na não aceitação na Marinha, decidiu estudar e trabalhar na área de Ciências Contábeis.

\* 1967 – começou a estudar e trabalhar na área de Ciências Contábeis.

\* 1968 – trabalhou por 19 anos num banco.

\* 1969 – o paciente, junto com os irmãos, compraram uma casa para os pais, que vieram morar em São Paulo. Os pais ficaram contentes, pois além da casa no interior ser bastante simples, aqui em São Paulo ficariam perto dos filhos.

\* 1982 – casou, aos 34 anos. Relata que teve um namoro de 11 anos que não deu certo, pois ela quis estudar Medicina e eles quase não se viam mais. Terminaram namoro, a mãe dela faleceu de acidente cerebrovascular e ele conheceu atual esposa.

- \* 1987 – após 19 anos trabalhando no mesmo banco, sempre na área de Exatas, fez cursos de aprimoramento/ treinamento e chegou ao cargo de Auditor.
- \* 1988 – troca de emprego, trabalhando por mais 5 anos em outro banco, e saiu devido ‘mudanças políticas’;
- \* 1993 – trabalhou por 3 anos em outro banco, também como auditor.
- \* 1996 – trabalhou por mais 5 anos como auditor em outro banco.
- \* 1998 - mãe faleceu de tumor no tronco cerebral.
- \* 2001 – foi demitido do emprego em banco. Relata que aí começaram as suas dificuldades, pois devido a idade não conseguiu se recolocar no mercado de trabalho formal. Resolveu investir num comércio de bebidas. Esse comércio estava lhe trazendo lucros, quando em menos de um ano ele e o sócio resolveram vender, por uma boa oferta.
- \* 2002 – investiu em outros comércios, que lhe trouxeram prejuízos.
- \* 2003 – devido aos prejuízos, encontrava-se em situação de falência financeira, com dívidas. Isso lhe deixa muito deprimido e traz problemas na relação conjugal.
- \* 2004 – decide ir trabalhar no Japão em indústria de alimentos. Morava num alojamento para estrangeiros funcionários dessa empresa. Começa a viver situações muito diferentes das quais já havia experimentado anteriormente. O filho foi junto para guardar dinheiro para terminar a faculdade.
- \* 2005 – inicia período de grande stress (consciente) pois a empresa estava passando por mudanças na produção. O filho volta para o Brasil.
- \* 2006 – continua com sintomas depressivos e vivendo situação de estresse (distância da família).
- \* 2007 – procurou outro emprego, e na semana que iria começar novo emprego no país, sofreu acidente cerebrovascular, no Japão. Relata que sua principal angústia era ao se olhar no espelho não se reconhecia como “eu”. Voltou para o Brasil em poucos meses, o filho foi lhe buscar.

\* 2008 – inicia tratamento de Reabilitação no LESF. Vem sempre acompanhado da irmã mais nova (a quem defendia na infância). Todos os dias faz caminhadas sozinho, relata estar bem e o que mais o incomoda é a dificuldade de linguagem. A esposa não participa do tratamento e vivencia problemas conjugais, os quais o paciente ainda não quer entrar em contato.

#### 4.5.2 Dados do prontuário

Sofreu acidente cerebrovascular hemorrágico temporal subcortical em 17/07/2007. Fez cirurgia para drenagem de hematoma. Tem HAS.

O diagnóstico fisiátrico é hemianopsia<sup>20</sup> direita e afasia<sup>21</sup>.

Quanto aos aspectos neuropsicológicos observados em avaliação multidisciplinar, observa-se predominância da afasia, tanto no que se refere à dificuldade em expressar seus pensamentos e idéias, quanto na compreensão de conversas, principalmente em grupos ou televisão, limitando, dentre outras coisas, o retorno de Carlos ao trabalho.

#### 4.5.3 EDAO

Setor Produtividade: formado na área de Ciências Contábeis, começou a trabalhar desde a adolescência em cartório; já em São Paulo, trabalhou por muitos anos em banco, chegando ao cargo de auditor. Em 2004, desempregado, após falência financeira, decidiu ir ao Japão sem a família; morava em alojamento. Lá trabalhou por quase três anos em indústria.

**Pr → POUCA ADEQUADA (1,0)**, pois gratifica com insegurança e tensão, ou consegue gerar menos insegurança, mas gera frustração e paralisa.

---

<sup>20</sup> perda da visão do objeto abrangendo a metade dos campos visuais, ou apenas de um só quadrante (MEDICINA GERIÁTRICA, 2008).

<sup>21</sup> Desorganizações da linguagem que se referem tanto à expressão, quanto à recepção, tanto dos aspectos falados quanto dos aspectos escritos (GIL, 2002).

Setor Afetivo-relacional: afetuoso com a família, foi sozinho ao Japão pois não conseguia pensar na possibilidade de não trabalhar, atitude que lhe trouxe um conflito. Comunicava-se com familiares somente pela Internet. Pouco fala de seus relacionamentos, sentimentos e emoções. Mas demonstra querer resolver os problemas sozinho, sem consultar a família, o que gera conflitos familiares.

**A-R → POUCO ADEQUADA (2,0)**, pois resolve, gratifica-se ao agradar o outro mas isso lhe gera conflito interno.

Setor Sócio-cultural: gosta de fazer caminhadas, e ficar com a família.

Setor Orgânico: na linha cronológica, apresentou o AVC. Antes não apresentava outros problemas orgânicos.

**DIAGNÓSTICO EDAO: ADAPTAÇÃO INEFICAZ MODERADA, com 3,0 pontos.**  
(Alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos).

#### 4.5.4 AGF

De acordo com a escala proposta pelo DSM-IV (1995), observa-se em Carlos pontuação equivalente a 60 pontos: sintomas moderados ou dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar. Podemos observar essas dificuldades desde antes do AVC, pois a AGF não considera os prejuízos devido às limitações físicas. A EDAO com 3 pontos corresponde exatamente 20 vezes aos 60 pontos da AGF.

#### 4.5.5 Escala de Funcionamento Defensivo

Os mecanismos de defesa são explicados através da proposta do DSM-IV (1995, p. 711-713), e transcritos neste capítulo na primeira vez em que aparecem, portanto os que não

estiverem descritos aqui já o foram no caso 1, Miranda; no caso 2, Andrei; no caso 3, Vanessa ou no caso 4, Rubens. São listados pela ordem alfabética, e não por predominância ou importância no funcionamento mental do indivíduo.

1. Antecipação – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a experiência antecipada de reações emocionais ou antecipação das consequências de possíveis eventos futuros, considerando respostas ou soluções alternativas e realistas. Pertence ao alto nível adaptativo.

2. Idealização – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo a outros qualidades positivas exageradas. Pertence ao nível de leve distorção da imagem.

3. Intelectualização – pertence ao nível das inibições mentais.

4. Isolamento do afeto – pertence ao nível das inibições mentais.

5. Onipotência – pertence ao nível de leve distorção da imagem.

6. Racionalização – o indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos encobrindo as verdadeiras motivações para seus próprios pensamentos, ações ou sentimentos, através da elaboração de explicações confortadoras ou satisfatórias, porém incorretas. Pertence ao nível da negação.

7. Repressão – pertence ao nível das inibições mentais.

**Nível de defesa atualmente predominante:** nível das inibições mentais. É um funcionamento defensivo, segundo o DSM-IV, que mantém idéias, sentimentos, recordações, desejos ou temores potencialmente ameaçadores fora da consciência.

#### **4.5.6 Desenho da Figura Humana (DFH)**

O DFH de Carlos encontra-se no Anexo L.

De acordo com a pontuação de Freitas Júnior (1979) observa-se um total de 15 pontos no DFH de Carlos, com sinais F, G, J, L, N, P e T, o que sugere que o paciente pertence ao GRUPO DE ORGÂNCOS, Grau I (a ordem do grau é decrescente de acordo com a gravidade da deterioração, sendo o grau I considerado o mais grave).

Na avaliação de acordo com a proposta de Buck (2003), constata-se, de acordo com o tamanho da figura em relação à folha, sinais de retraimento, insegurança, descontentamento e regressão. Nota-se também sentimentos de inadequação física, devido assimetria. A localização do desenho na página mostra traços de esforço irrealista, satisfação na fantasia e frustração, além de extrema angústia. O desenho dos pés trazem sentimentos de desamparo e perda de autonomia. O traçado apresenta sinais de organicidade. Os dados de Hammer (1991) corroboram aos achados de Buck (2003).

## 4.6 SÍNTESE DOS RESULTADOS

**Quadro I – Tipos de AVC, localização cerebral, sequelas e depressão.**

Nomes	Idade (anos)	AVC	data	localização	sinais de depressão prévia	sequelas motoras	sequelas cognitivas
ANDREI	68	hemorrágico	jun-07	ponte mesencefálica	SIM	ataxia	confabulação
CARLOS	61	hemorrágico	jul-07	temporal subcortical	SIM	não	afasia/ confabulação
MIRANDA	35	isquêmico	mar-06	artéria cerebral média direita	SIM	hemiparesia	atenção
VANESSA	34	isquêmico	nov-06	artéria cerebral média direita	SIM	hemiparesia	não
RUBENS	53	isquêmico	ago-06	fronto-temporo-parietal direito	SIM	hemiparesia	percepção

Observa-se nessa tabela, que analisou-se dois pacientes do sexo feminino, e três pacientes do sexo masculino. As idades variam entre 34 e 68 anos, e os tipos de acidente cerebrovascular variam entre isquêmico (três) e hemorrágicos (dois). Alguns pacientes apresentam sequelas cognitivas, e outros não. As sequelas cognitivas presentes nesses pacientes foram a confabulação simples, afasia, déficit de atenção e percepção. A localização da lesão cerebral também é variada, sendo duas lesões em artéria cerebral média direita, uma lesão na ponte mesencefálica, uma lesão temporal subcortical e uma em região fronto-temporo-parietal direita. As sequelas motoras apresentadas foram a hemiparesia, presente em três pacientes, e a ataxia, presente em um paciente. O outro não apresentou sequelas motoras. Independente do sexo, da idade, do tipo de lesão ou de sua localização, ou da capacidade cognitiva, todos os pacientes apresentam história de provável depressão prévia, observada na história construída.

Quadro II– Síntese das escalas.

	<b>Miranda</b>	<b>Andrei</b>	<b>Vanessa</b>	<b>Rubens</b>	<b>Carlos</b>
<b>Nível Mecanismo Defesa</b>	inibições mentais	importante distorção da imagem	importante distorção da imagem	inibições mentais	inibições mentais
<b>AGF</b>	51	45	21	60	60
<b>EDAO</b>	Adaptação Ineficaz Severa	Adaptação Ineficaz Severa	Adaptação Ineficaz Grave	Adaptação Ineficaz Moderada	Adaptação Ineficaz Moderada
<b>DFH</b>	Grau I – Orgânicos	Grau I – Orgânicos	Grau I – Orgânicos	Grau I – Orgânicos	Grau I – Orgânicos

Nota-se neste quadro que os dois níveis de mecanismo de defesa utilizados por esses pacientes foram o nível das inibições mentais e o nível de importante distorção da imagem; nenhum paciente apresentou o mecanismo de alto nível adaptativo. Nota-se também que as escalas de adaptação, tanto a AGF quanto a EDAO, apresentam indivíduos com dificuldades de adaptação, sendo que dois indivíduos apresentaram Adaptação Ineficaz Moderada e AGF 60 pontos; dois indivíduos Adaptação Ineficaz Severa e AGF 45 e 51 pontos, e um Adaptação Ineficaz Grave e AGF 21 pontos. Quanto ao DFH, na análise quantitativa de Freitas Júnior (1979), todos os pacientes mostraram sinais de organicidade em seus desenhos, e pertencem ao mesmo grupo.

Quadro III – Síntese da confabulação.

	Miranda	Andrei	Vanessa	Rubens	Carlos
<b>Consciência vs. Inconsciência</b>	Cs	Cs	Cs	Cs	Cs
<b>Deslocamento temporal vs. Distorção de conteúdo</b>	Deslocamento temporal, <u>sem</u> distorção do conteúdo	Deslocamento temporal, <u>com</u> distorção de conteúdo	Deslocamento temporal, <u>com</u> distorção de conteúdo	Deslocamento temporal, <u>sem</u> distorção do conteúdo	Deslocamento temporal, <u>com</u> distorção de conteúdo
<b>Fatores de personalidade pré-morbida</b>	Depressão Dependência emocional	Depressão Narcisismo	Depressão Agressividade	Depressão Introversão	Depressão Empreendedor
<b>Prejuízo no juízo de realidade</b>	Não	Às vezes	Não	Não	Às vezes
<b>Requer coexistência de Amnésia vs. Não existência de amnésia</b>	Não	Não	Não	Não	Não
<b>Disfunção do lobo frontal (Ação) apenas o suficiente para a confabulação</b>	Não	Não	Não	Não	Não
<b>Estado confusional diferenciado do Agudo</b>	Não	Não	Não	Não	Não
<b>Dano da memória estratégica</b>	Não	Sim	Não	Não	Sim
<b>Síndrome de Desconexão</b>	Não	Não	Não	Não	Não
<b>Subtipos de Confabulação</b>	Simples	Simples	Simples	Não	Simples
<b>Indiferença ou Apatia vs. Enganado ou Abandonado</b>	Não	Enganado/abandonado	Enganado/abandonado	Enganado/abandonado	Não

Quanto aos dados da confabulação, podemos observar que nem todos os pacientes apresentaram confabulação; os que apresentaram, não foram confabulações graves nem persistentes. Três pacientes apresentaram confabulação do tipo deslocamento temporal com distorção de conteúdo; outros dois pacientes apenas deslocamento temporal. Todos tinham

como fatores de personalidade pré-morbida a depressão. Nenhum deles apresentou prejuízo total no juízo de realidade; nenhum desses pacientes tinha amnésia, nem qualquer tipo de disfunção do lobo frontal e nem estado confusional. Dois pacientes apresentaram danos na memória estratégica. Nenhum paciente apresentou síndrome de desconexão associada, e quatro pacientes tem confabulações simples, sendo que um não apresentou nenhum tipo de confabulação. Predomina a fantasia de enganado ou abandonado.

**Quadro IV – Metapsicologia das fantasias inconscientes.**

	<b>Miranda</b>	<b>Andrei</b>	<b>Vanessa</b>	<b>Rubens</b>	<b>Carlos</b>
<b>Fantasias Inconscientes</b>	Infantilização/ dominaçãoXsubmissão/ dependência absoluta (pessoas próximas )	Onisciência, ubiquidade e onipotência	Simbiose/ posição viscocárica	Ser olhado	Incapacidade de cuidar de si e do outro/ embotamento da criatividade
<b>Medos e Sentimentos</b>	Abandono/ solidão/ crescimento	Impotência/ castração	Abandono/ solidão	Ser olhado	Fracassar no cuidado de si e do outro/ não ser criativo
<b>Desejos Inconscientes</b>	Ser preferida/ ser amada	Controle/ sedução do outro	Fusão com o objeto amado	Ser olhado	Ser criativo/ empreendedor/ cuidador
<b>Mecanismo de Defesa</b>	Repressão, negação	Identificação projetiva/ escotomização da realidade psíquica	Identificação projetiva/ cisão/ isolamento do afeto	Negação	Submissão/ idealização
<b>Nível Funcionamento</b>	Neurótico	Psicótico	Psicótico	Neurótico	Neurótico
<b>Gênese</b>	Infância	Infância	Infância	Infância	Infância

Através do Quadro IV pode-se perceber parte do funcionamento mental dos pacientes: Miranda possui as fantasias inconscientes de infantilização/ dominação e submissão, predominando a dependência absoluta de pessoas próximas; seus medos e sentimentos estão relacionados ao abandono, solidão e crescimento; os desejos inconscientes de ser preferida e amada; predominando o mecanismo de defesa da repressão e negação, com funcionamento neurótico. Andrei possui fantasias inconscientes de onisciência, ubiquidade e onipotência; medos e sentimentos de impotência e castração; desejos inconscientes de controle e sedução do outro; com mecanismo de defesa predominante da identificação projetiva e o seu funcionamento é psicótico. Vanessa também tem funcionamento psicótico, com fantasias inconscientes de simbiose e medos, assim como Miranda, de ser abandonada ou da solidão, entretanto o seu desejo inconsciente é a fusão com o objeto amado, predominado os mecanismos de identificação projetiva, cisão e isolamento do afeto. Rubens apresenta a fantasia inconsciente de ser olhado, mas com também medo de ser olhado, e ao mesmo tempo o desejo de ser olhado. O mecanismo de defesa predominante é a negação, com

funcionamento neurótico. Carlos também tem funcionamento neurótico, com a fantasia inconsciente de incapacidade de cuidar de si e do outro e embotamento da criatividade; seus medos e sentimentos são de fracassar no cuidado de si e do outro e de não ser criativo, com o desejo inconsciente de ser criativo, empreendedor e cuidador, com o mecanismo predominante de idealização e submissão. Todos os pacientes têm a gênese de seus conflitos na infância.

**Quadro V – Síntese dos mecanismos de defesa, segundo DSM-IV (1995).**

Mecanismo de Defesa	Miranda	Andrei	Carlos	Vanessa	Rubens
Altruísmo	X				
Antecipação			X		
Anulação	X				X
Atuação		X			
Auto afirmação					X
Cisão		X		X	
Deslocamento				X	
Desvalorização	X	X		X	X
Distorção psicótica		X			
Fantasia autista	X				
Formação reativa	X				
Idealização			X		
Identificação projetiva		X		X	
Intelectualização			X		X
Isolamento do afeto			X	X	
Negação	X	X			X
Onipotência		X	X	X	X
Racionalização			X		
Repressão	X		X	X	X

Através do Quadro V pode-se observar que os mecanismos de defesa predominante no nível neurótico foram a repressão e a desvalorização; no nível psicótico temos a onipotência, presente em quatro pacientes. Já o altruísmo, a antecipação, a atuação, a auto afirmação, o deslocamento, a distorção psicótica, fantasia autista, formação reativa, idealização e racionalização estiveram presentes somente em um paciente, não caracterizando assim os pacientes estudados. A anulação, cisão, identificação projetiva, intelectualização e isolamento do afeto estiveram presentes em dois pacientes. E, por fim, a negação, mostrando-se como mecanismo importante dos pacientes estudados, esteve presente em três pacientes.

## 5 DISCUSSÃO

Serão discutidos nesse capítulo os pacientes Miranda, Andrei, Vanessa, Rubens e Carlos, de acordo com os autores e com os dados encontrados, dentro dos objetivos propostos nesse trabalho: investigar as repercussões psicológicas de pacientes que sofreram acidente cerebrovascular; compreender o funcionamento mental, a deterioração neuropsicológica e a adaptação humana de adultos que sofreram acidente cerebrovascular, através da Escala de Avaliação Global do Funcionamento (DSM-IV), do Desenho da Figura Humana (DFH), e da Escala do Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (EDAO); compreender o sofrimento psicológico em narrativas da entrevista psicológica de pessoas que sofreram acidente cerebrovascular; investigar como o indivíduo, que sofreu acidente cerebrovascular, conta sua própria história numa compreensão psicossomática e psicanalítica.

As cinco pessoas estudadas neste trabalho sofreram acidente cerebrovascular, e segundo o Ministério da Saúde (2008) estavam inseridas num grupo das primeiras doenças que mais matam o ser humano, perdendo somente para as doenças coronarianas e para o homicídio, no Brasil (CREMESP, 2002). Entretanto, essas pessoas sofreram o AVC e não foram à óbito, mas também não foram curadas: fazem parte do grande número de pessoas que procuram o centro de reabilitação para recuperação e tratamento das suas sequelas (FALCÃO, 1999; OLIVEIRA, 2000), mas que provavelmente terão que aprender a conviver com parte dessas sequelas desse momento da sua vida em diante, apesar de muitas pessoas não terem consciência disso quando chegam para o tratamento.

As doenças circulatórias fazem parte de um problema de saúde pública mundial (FALCÃO, 1999), pois além de causarem morte ou incapacitação, principalmente para o trabalho, como observado nesse estudo, acometem pessoas em idades jovens e produtivas, como o caso de Miranda e Vanessa, que estão em processo de aposentadoria por invalidez (devido sequelas motoras); Rubens e Andrei conseguiram retomar de forma parcial o trabalho, não com o mesmo desempenho de antes e Carlos pretende retomar algum tipo de ofício, apesar de ainda não ter conseguido. As doenças circulatórias estão associadas a fatores de risco e hábitos, e com os pacientes aqui estudados nota-se a presença principalmente da depressão e hipertensão como fatores de risco; a depressão presente em todos, e a hipertensão presente em Andrei (além de doença cardíaca também), Rubens e Carlos.

O fato de ser uma doença associada a muitos fatores de risco e hábitos, quer dizer que muitos casos poderiam ser prevenidos, e não chegariam na prevenção terciária, a qual a reabilitação faz parte, devendo realizar-se trabalho nas esferas de prevenções primárias e/ ou secundárias (CAPLAN, 1964; CUSTÓDIO, 2007). Sendo assim, trabalhos interventivos devem ser realizados com as pessoas que possuem hipertensão, diabetes, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e depressão, além de intervenções em populações saudáveis; essas intervenções deveriam incluir não somente o atendimento médico, mas intervenções psicológicas também. Os pacientes Andrei, Carlos e Rubens eram hipertensos não aderentes a tratamentos prévios, e isso já traz um dado importante de como essas pessoas se olhavam anteriormente, e qual a relação que estabeleciam com o corpo, além da influência do instinto de morte.

A reabilitação é procurada em um nível no qual a doença já foi estabelecida, e no caso da reabilitação de pessoas que sofreram acidente cerebrovascular, diz respeito a um tratamento de alta complexidade, que envolve vários recursos do SUS inclusive uma equipe com diversos profissionais. A equipe multidisciplinar trabalha nestes centros de reabilitação objetivando a recuperação funcional, a limitação da incapacidade, a prevenção de novas sequelas, buscando a independência e autonomia do indivíduo (BATTISTELLA, 2003). A autonomia e independência não somente motoras, mas também da maturidade emocional do paciente para ir em busca dos seus desejos e tomadas de decisões, além de todo o aparato cognitivo necessário para isso.

O psicólogo faz parte dessa equipe multidisciplinar, trabalhando juntamente com a equipe, visando os objetivos da reabilitação, no que diz respeito aos aspectos psicológicos, construindo junto com o paciente uma nova visão de mundo e de si mesmo, melhorando a adesão ao tratamento global, visando adquirir hábitos de vida mais saudáveis, diminuindo o estresse do indivíduo em relação à doença e/ou deficiência e tomando consciência das suas capacidades remanescentes, o que implica uma mudança na percepção de si e formas de lidar com sua realidade (D'ALMEIDA *et al.*, 2005). Para isso, é necessário ter uma compreensão do funcionamento mental do paciente, que foi uma das propostas de estudo desse trabalho: como o psicólogo poderá investigar o funcionamento mental de pacientes que sofreram acidente cerebrovascular, além das repercussões psicológicas que este pode causar em suas vidas, já que um dos objetivos da reabilitação é autonomia e independência, como se pode investigar o quanto os pacientes já tinham isso antes.

O acidente cerebrovascular pode ocasionar sequelas importantes no funcionamento cognitivo desses pacientes, e esse é um dos aspectos no qual o psicólogo tem um importante papel, pois diz respeito ao funcionamento mental e a forma do paciente perceber o mundo. A análise dessas funções é complexa e difícil metodologicamente, devido ao próprio polimorfismo dos quadros clínicos e à imprecisão associada aos processos cognitivos, como diz Oliveira (2001). Essa dificuldade é observada na prática clínica também, somando-se a isso toda a comunicação da emoção com a cognição e a influência dos mecanismos de defesa e da depressão, e o relacionamento disso tudo. São esses motivos que tornam o funcionamento mental muito específico, e justificam a importância de pesquisas qualitativas como essa, pois o funcionamento de cada paciente é único e individual, e mesmo com défices cognitivos e motores esses indivíduos trazem um sofrimento importante de ser escutado, interpretado e ressignificado.

Os testes psicológicos são importantes ferramentas de avaliação, mas a entrevista clínica (um dos instrumentos utilizados nesse trabalho) se mostra como uma importante, completa e precisa ferramenta de investigação tanto dos aspectos psicológicos, neuropsicológicos e familiares do indivíduo, desde que o psicólogo tenha um bom preparo técnico, com conhecimentos na áreas de Psicologia, Psicopatologia, Neuropsicologia entre outras ciências que se somem ao conhecimento da mente humana.

A entrevista psicológica é altamente dinâmica, e no caso da entrevista semi dirigida pode acontecer em torno de temas específicos, como no caso desse trabalho, o adoecimento devido ao AVC e a história de vida dessas pessoas, do ponto de vista delas próprias, podendo o entrevistador interagir com o entrevistado na forma de perguntas que julgar necessário (BLEGER, 1998; FONTANELLA *et al.*, 2006). Quando um ponto foi adequadamente abordado, são introduzidos outros tópicos, que vão ao encontro do objetivo da pesquisa. Ainda segundo os autores, não se espera que o tema e seus tópicos sejam sempre propostos a diferentes pessoas da mesma maneira, pois variarão de acordo com as características de cada indivíduo, dando flexibilidade ao método na obtenção do objetivo, considerando a subjetividade, que é considerada na pesquisa qualitativa. A EDAO, a AGF e os mecanismos de defesa podem ser investigados na própria entrevista, mostrando a riqueza dos dados que podemos obter com este instrumento.

Para a compreensão de parte do funcionamento psicológico desses indivíduos, além dos atendimentos, se fez necessário um levantamento bibliográfico sobre estudos da

Neuropsicanálise, que objetiva unir dados biológicos do funcionamento mental com a teoria do inconsciente não localizado anatomicamente (MEDEIROS, 2005; SOLMS, 1993; 2000) e da Psicocossomática (CHIOZZA, 1997; 1998; WINNICOTT, 1988). Para a Psicologia, o importante é a compreensão da dinâmica dos processos mentais, muito mais do que a localização destes (LECHAVALIER, 2002; O’GORMANN, 2000; SOLMS, 1993), o que torna o trabalho do psicólogo muito mais complexo, pois além das questões neuropsicológicas se faz necessário a compreensão da dinâmica mental segundo a psicanálise.

Deste modo, compreende-se que Miranda, Vanessa, Carlos, Rubens e Andrei tiveram alterações em suas vidas que despertam simbolicamente no indivíduo núcleos muito fortes para sua existência, devido às alterações motoras e cognitivas que sofreram com o AVC; entretanto, as suas histórias de vida não começaram e não param por aí; há que se considerar o passado, o presente e as perspectivas futuras desses indivíduos, que foram acometidos em sua integridade.

Como pode-se observar no Quadro I, todos os pacientes, exceto Vanessa, possuíam além das sequelas motoras ocasionadas pelo AVC, sequelas em alguma ordem do funcionamento mental do ponto de vista neuropsicológico: Miranda possuía déficit atencional, Andrei aspectos da confabulação, Carlos possuía afasia e também aspectos da confabulação e Rubens déficit perceptual. Isso significa que o corpo, como intermediador das relações desse indivíduo com o mundo interno e externo, sofreu alterações, e quer comunicar algo ao mundo e principalmente ao próprio indivíduo, além da cognição, que é também intermediadora desse indivíduo com o mundo, mas principalmente com o seu mundo interno. Como será agora que esses indivíduos percebem a si mesmo, ao outro, a sua própria história de vida, e como fará o psicólogo para auxiliá-los? Aliás, precisam de auxílio para quê? Esse tipo de sintomatologia ativa no indivíduo sentimentos de desalento e esvaziamento interno, alcançando o indivíduo nos seus anseios existenciais. Todos os sentimentos são sustentados pelo bom funcionamento da cognição (OPPENHEIM-GLUCKMAN, 2006), portanto quando essa possui alguma alteração, os sentimentos também terão problemas em seu percurso.

O’Gormann (2000) acredita que não existem contra-indicações para o atendimento psicoterapêutico de pacientes com lesão cerebral; observa-se nesses cinco pacientes que também não existem contra-indicações, pelo contrário, que existe uma grande necessidade de atendimento psicológico para essa população, auxiliando-os na importante missão de tornar consciente o inconsciente que apresentam-se (ambos) de forma tão desorganizada.

Nota-se, assim como aponta a literatura (O'GORMANN, 2000; OPPENHEIM-GLUCKMAN, 2006; SOLMS, 1993) que são necessárias mudanças no enquadre e flexibilidade: por exemplo, no caso de Miranda com déficit atencional, foi comum no início ela não conseguir manter o foco na entrevista, falando de vários assuntos mas não os concluindo, tornando a história construída mais difícil de ser colhida e demorando mais tempo, assim como Carlos que possui afasia. Nesses casos o psicólogo deve conduzir a entrevista de forma diferente do que outros pacientes, retomando os assuntos para poder concluí-los. No caso de Andrei, como possuía disartria, além das entrevistas demorarem por seu ritmo na fala, interrompia muitas vezes o atendimento para tomar um copo de água, o que nem sempre era resistência, mas uma necessidade fisiológica devido ao seu esforço para falar, intensificado pelas medicações que estava utilizando. A sua ataxia fazia com que demorasse para caminhar, ao entrar e sair dos atendimentos, sendo necessário um planejamento do terapeuta no término da sessão pra não atrasá-lo na próxima terapia, e para que o terapeuta não invadisse o tempo do outro atendimento. Tudo isso mostra a flexibilidade que o psicólogo deve ter no atendimento aos pacientes neurológicos.

É necessário que o psicólogo saiba diferenciar os défices cognitivos causados pela lesão e os aspectos defensivos, para trabalhar com o material inconsciente fornecido pelo paciente. Pensar nos aspectos afetivos que podem estar por baixo dessa sintomatologia cognitiva complexa é papel do profissional de psicologia.

Uma das alterações cognitivas comuns em pacientes com lesão encefálica adquirida é a confabulação. É uma alteração neuropsicológica que pode interferir diretamente na psicoterapia, e que pelo menos quatro dos cinco pacientes (exceto Rubens) apresentaram essa alteração, ainda que de forma simples. Observa-se que a confabulação pode ou não envolver outras alterações do funcionamento cognitivo, como por exemplo as distorções temporais, adicionar, elaborar ou distorcer eventos que realmente aconteceram, sem a percepção de confabularem (DELUCA, 2000). O autor propôs algumas variáveis que podem ser avaliadas na entrevista com o paciente, variáveis essas que pudemos observar no Quadro III. Por tratar-se de confabulação simples, muitos critérios não foram preenchidos pelos pacientes desse estudo.

De acordo com O'Gormannn (2006); Oppenheim-Gluckman (2006); Solms (1993) as confabulações podem ser expressão do processo primário, com a emergência do espaço do sonho, trazendo um rico material do inconsciente, possível de ser manejado a favor da saúde

mental do paciente. Essa alteração foi percebida somente no decorrer das entrevistas, e não foi capturada na avaliação inicial da equipe multidisciplinar. Por exemplo, com o vínculo terapêutico, Miranda contou que tinha um namorado de infância, que havia mudado de estado mas que ainda vivia apaixonado por ela, há mais de 20 anos, e por isso ela não se relacionava com ninguém mais, na espera dele, e ele também não se relacionava mais com ninguém, embora nunca tivessem conversado nesses 20 anos. Andrei contava sobre relacionamentos extraconjugais da esposa e apresentava sofrimento como se isso fosse real; o que estava por trás dessa confabulação eram sentimentos de baixa estima e impotência diante da esposa 30 anos mais nova do que ele, além da inveja da saúde que ela desfrutava. Vanessa trouxe inveja relacionada a uma das irmãs e confabulava várias histórias sobre como esta era uma irmã má, não aceitando a ajuda que lhe oferecia. Carlos, dominado pela impotência financeira e de trabalhar, chegou a afirmar em alguns momentos que estava trabalhando numa quitanda perto de sua casa.

Percebe-se com esses relatos o aprisionamento no espaço de suas histórias inconscientes, (principalmente na história construída) com retorno, vivido como atual, de períodos anteriores significativos, esquecidos mas não ultrapassados, e atualização de antigos conflitos infantis recalcados que aparecem aqui como se o tempo jamais tivesse escoado (OPPENHEIM-GLUCKMAN, 2006). Como os autores sugerem (O'GORMANN, 2000; OPPENHEIM-GLUCKMAN, 2006; SOLMS, 2000) esses aspectos devem ser trabalhados na psicoterapia, e após a significação da história construída, nota-se que Miranda conseguiu iniciar um relacionamento real com um rapaz, amigo de sua irmã, embora o relacionamento apresentasse ainda traços de imaturidade devido sua dinâmica afetivo-emocional; Andrei conseguiu melhorar o relacionamento com a esposa, sofrendo menos, ao perceber que os sentimentos eram provocados por fantasias internas e não pelo ambiente externo; Vanessa decidiu não aceitar a ajuda da irmã, em contrapartida não precisava mais 'inventar' o quanto a irmã tinha planos ruins contra ela; e Carlos pôde contar o seu sofrimento de não trabalhar na atualidade, e que seu déficit de linguagem, naquele momento, o impedia até do trabalho simples na quitanda.

Assim, por tratarem-se de confabulações simples, tanto quanto as outras alterações cognitivas apresentadas nesse trabalho podem ser entendidas, segundo a compreensão de Solms (2000) como funções do ego. Quando ocorrem lesões que afetam essa estrutura o sistema inconsciente passa a emergir, em diferentes graus, assim como Oppenheim-Gluckman (2006) relata que a cognição sustenta os sentimentos. E após o paciente conseguir organizar-

se (e a história construída ajuda nessa organização) pode deixar de confabular, nesses casos estudados.

O fato de sofrer um AVC pode ser estressante para os indivíduos, ameaçando o senso de controle pessoal, exigindo um grande esforço adaptativo (RABELO; NERI, 2006). A adaptação exige do indivíduo um mínimo de organização compatível com a vida (SIMON, 1983), quer seja em relação ao ambiente, quer seja em relação a si mesmo; todo comportamento tem um significado adaptativo para o autor, seja consciente ou inconsciente. Para isso é importante investigar como esses pacientes lidavam com as situações que exigiam adaptação antes do AVC, e não somente à adaptação nesse evento.

A EDAO é uma escala que permite averiguar a eficácia adaptativa através de entrevistas com os indivíduos, e considera não somente os eventos presentes, mas investiga os pacientes nas áreas produtivas, afetivo-relacional, social e orgânica. Para coleta de dados nesse trabalho utilizamos a EDAO somada à história construída. Assim, pudemos observar nesses pacientes estudados graves falhas em seus processos adaptativos, em várias situações da suas vidas, não somente para lidar com o AVC.

A pesquisa de Rabelo e Neri (2006) mostrou o quanto idosos com AVC sentiam-se infelizes após o adoecimento, mas também se adaptavam rapidamente desde que houvesse um sentimento de adequação prévio ao AVC. Nos pacientes aqui analisados através da EDAO observamos que todos, antes do AVC já tinham sentimentos de inadequação, fator que conseqüentemente dificultou a adaptação às sequelas do acidente cerebrovascular: Rubens e Carlos apresentaram Adaptação Ineficaz Moderada, Miranda e Andrei apresentaram Adaptação Ineficaz Severa, e Vanessa apresentou Adaptação Ineficaz Grave.

A escala AGF também permite perceber que os indivíduos tinham prejuízos no seu funcionamento global, todos apresentando sintomatologia de alguma ordem, com prejuízos também em áreas de suas vidas. Apesar da AGF ser uma escala considerada simples e não muito sensível na avaliação de determinadas situações, observou-se que ela tem forte correlação com a EDAO nesses pacientes estudados, sendo a pontuação da AGF equivalente a aproximadamente 20 vezes o número de ponto obtidos na EDAO.

A amostra utilizada nesse estudo é pequena para conclusões a este respeito, mas nos faz pensar que a AGF pode ser utilizada com confiabilidade em momentos de rápida avaliação com os pacientes como por exemplo em casos de triagem, que exigem rápida

entrevista e breves relatórios. Através dessa escala pode-se depois abordar, no decorrer dos atendimentos em psicoterapia breve, às sinalizações sugeridas pela AGF. Mais estudos podem ser realizados, nesse sentido, para investigar essa hipótese.

Outro fator importante é a análise dos mecanismos defensivos, aqui utilizados os propostos pelo DSM-IV (1995). Nenhum dos pacientes apresentou o nível “Alto nível adaptativo”, que representa segundo o DSM-IV (1995) uma adaptação favorável no manejo de estressores. Essas defesas geralmente maximizam a gratificação e permitem a conscientização de idéias, sentimentos, promovendo um equilíbrio favorável entre os motivos conflitantes. Esse nível defensivo iria ao encontro da adaptação Eficaz da EDAO e também à pontuação maior do que 90 na AGF. Os pacientes apresentaram em média metade ou menos que a pontuação máxima, mais uma vez demonstrando a dificuldade de seu funcionamento mental, no que se refere à adaptação.

A história do paciente tem que ser detalhadamente colhida para que isso seja percebido e possa ser mostrado para ele com segurança. Muitos chegam culpabilizando o AVC por tudo de ruim em suas vidas (O’GORMANN, 2006), entretanto através do instrumento da história construída puderam perceber que anteriormente já existiam problemas de outras origens, e assim integrar o AVC como parte de sua história, refletindo sobre mudanças na sua forma de ser.

A vivência do acidente cerebrovascular causa uma ameaça à integridade tão grande, que vivenciam o que Winnicott (1965) denominou de *medo do colapso*: é a ameaça de organização do eu, que assombra todos os seres humanos. Entretanto esses pacientes vivenciam-no de forma real, experimentando uma desorganização interna, proporcionada pela desorganização cognitiva e corporal, uma ameaça ao self. A integridade do self depende não somente da psique do indivíduo, mas de toda a sua relação com seu corpo e o ambiente que o envolve, e por isso o colapso é vivido nesses casos de forma tão intensa, e provavelmente simbolizando o colapso que já sentiam e estavam suas vidas antes.

Toda a situação de dependência que o AVC pode levar o indivíduo (motora e cognitivamente), o faz reavivar a experiência de dependência absoluta ou relativa, esperando-se um momento regressivo tanto do ponto de vista físico quanto emocional. Observa-se que os pacientes apresentavam no momento da entrevista fantasias inconscientes também

regredidas, como simbiose, fantasia de serem olhados, amados ou cuidados, demonstrando formas primitivas de funcionamento mental.

As alterações corporais (hemiparesia, ataxia) experimentadas pelos pacientes trazem alterações psicológicas regredidas e intensas, causando danos narcisistas profundos de uma perda irreparável e consciência de dependência do objeto: por exemplo, o fato de dependerem, em algum momento (mesmo que agora já estejam mais independentes) da ajuda de alguém para tomar banho ou se alimentar (WINNICOTT, 1965); até mesmo a experiência de alguém acompanhá-los ao médico, ou ajudar no seu caminhar.

As defesas narcisistas, como a onipotência (uma das defesas predominantes no grupo de pacientes estudados, como pode-se observar no Quadro V), são utilizadas a fim de evitar entrar em contato com a depressão, em momentos em que se sentem ameaçados pelos sentimentos do seu mundo interno num evento traumático, e está diretamente relacionada com as primeiras relações objetais. Os pacientes sentem-se abandonados pelos objetos protetores e dominados por objetos ruins e persecutórios, desacreditando na provisão de mundo e proteção dos objetos bons (KLEIN, 1947). Nesse aspecto o centro de Reabilitação tem importante papel em oferecer uma provisão de mundo bom e o objetos protetores para pacientes que se encontram tão regredidos emocionalmente, intensificados pelo AVC.

Os pacientes com deficiência adquirida tiveram perdas e deteriorações de parte do seu organismo, vivenciando o que se pode pensar, segundo Kovács (1997) e Accacio (2004) uma experiência de morte em vida. A ordem natural de seu ciclo vital foi interrompida pelo acidente cerebrovascular (CARVALHO *et al.*, 2005). Aqui pode-se pensar novamente na força do instinto de morte presente na vida dessas pessoas, que vivenciam sensações tão próximas da morte em vida: morte de planos, de relacionamentos e de parte de seus corpos e de sua cognição.

As alterações corporais desestabilizam a mente, e o contrário também é verdadeiro, numa concepção integral e funcional do ser humano. O corpo tem funções tanto para a saúde física quanto mental, e são essas questões da integração mente-corpo que passaremos a discutir a partir de agora, com a contribuição da psicossomática. Até o momento, dentro da questão da neuropsicanálise, ainda estávamos tentando unir a questão da mente-cérebro.

As alterações na imagem corporal afetam diretamente a auto-estima dos indivíduos (HOWES *et al.*, 2005) que sofreram acidente cerebrovascular, e por isso a utilização do DFH

com esses pacientes. Além dos seus discursos, que corroboram com a questão da baixa estima devido alterações na imagem corporal, os desenhos mostram figuras desestabilizadas, inseguras e sem cor, de acordo com as avaliações projetivas de Hammer (1991) e Buck (2003).

De acordo com o estudo de Freitas Júnior (1979), que investigou o DFH em pacientes neurológicos, observamos que todos os pacientes apresentaram importantes sinais de organicidade em seus desenhos, o que nos faz questionar se a técnica do DFH pode ser utilizada para avaliar as questões projetivas, ou se a organicidade influencia de tal forma que recomenda-se utilizar outra técnica. Por outro lado, como mostra Freitas Júnior (1979), torna-se um importante instrumento de investigação e diagnóstico diferencial quando ainda não se sabe o diagnóstico médico do paciente.

As defesas relacionadas diretamente com a imagem corporal são a negação e as defesas narcísicas, somadas aos fatores de personalidade prévios. Segundo a literatura, (ELLIS; SMALL, 1993; O’GORMANN, 2006; SOLMS, 2000) e os dados deste presente estudo corroboram, pois vê-se no Quadro V as defesas negação em três pacientes e a onipotência apresentando-se em quatro.

É fato que adoecimentos que causam deficiência física interferem diretamente na imagem corporal. Luborsky (1995) descreveu como um homem que sofreu AVC teve seu senso de identidade, experiências e qualidade de vida alterados pelo AVC. Rubio e Van Deusen (1995) referem que alterações na imagem corporal são seqüelas comuns em quem sofre esse tipo de lesão cerebral, e interfere diretamente na reabilitação e no treino das AVD’s.

As pesquisas de Howes *et al.* (2005a, 2005b) demonstraram o quanto pessoas com LEA têm a sua imagem corporal afetada depois do AVC, relacionado com auto-estima, depressão e interferindo na qualidade de vida dessas pessoas.

Outro aspecto relevante estudado e observado na entrevista com os pacientes foi a presença da depressão. A depressão é outra doença (além do acidente cerebrovascular) que faz parte de um problema de saúde pública mundial, devido sua alta incidência. Ainda há muitas divergências em seu conceito, principalmente entre a psicanálise e a psiquiatria, mas existem muitos pontos em comum, como por exemplo, a concordância de que existem nuances na depressão, e de que trata-se de pessoas que estão sofrendo muito. Utilizaremos

nesse trabalho o conceito de depressão da abordagem psicanalítica, apesar da maioria dos estudos com essas palavras chaves (acidente cerebrovascular; depressão) serem baseados nos critérios do DSM-IV (1995) (FUJIKAWA *et al.*, 1993; LEENTJENS *et al.*, 2006; LIEBETRAU *et al.*, 2008; STOROR; BYRNE, 2006; WILLIAMS, 2005), e sendo assim deve-se considerá-los.

Para Winnicott (1960) a depressão está totalmente ligada com a estrutura do ego, a segurança do self e com o descobrimento da identidade pessoal, além da dificuldade em lidar com sentimentos de ódio: a experiência de destrutividade e suas idéias que acompanham o amor, num desenvolvimento normal, e poderia ser superada espontaneamente pela estrutura interna do indivíduo, ou não superada no decorrer do desenvolvimento como os casos de Miranda, Andrei, Vanessa, Rubens e Carlos.

A depressão pode denotar, em alguns momentos, um evento disparador para a recuperação de um funcionamento psicológico mais adaptativo, principalmente frente algumas situações de adoecimento (PEREIRA; ROSA; HADDAD, 2007), mas não foi a esse tipo de depressão quem o presente estudo encontrou em seus dados.

Assim, a depressão pode ser passageira, ou durar toda a vida, dependendo das condições internas do indivíduo. Está diretamente relacionada com o luto, com a capacidade de lidar com a culpa, e com o amadurecimento individual. Esses aspectos depressivos puderam ser claramente observados na história construída desses pacientes, que discutiremos em breve.

Apesar de muitas pesquisas descreverem a depressão pós-AVC (DESMOND *et al.*, 2003; FRÁGUAS; CARVALHO, 2001; LEENTJENS *et al.*, 2006; O'GORMANN, 2000; ROBINSON *et al.*, 1997; ROCHA; *et al.*, 1993; SIMIS; NITRINI, 2006; STARKSTEIN; LISCHINSKY, 2002; STEFFENS *et al.*, 1999; STOROR; BYRNE, 2006; TERRONI *et al.*, 2003; WILLIAMS, 2005; WILLIAMS; *et al.*, 2004) e se interessarem pelos seus mecanismos, esse tipo de depressão não foi o foco deste trabalho, inclusive porque na história construída permite-se ao paciente abordar mais a vida pregressa ao AVC. Entende-se que a depressão pós-AVC é um campo de muito interesse científico, devido a grande porcentagem de pessoas que são acometidas por ambas as doenças, mas também porque existe a possibilidade de localização cerebral, o que seria campo frutífero para as Neurociências estudarem a localização das emoções. Entretanto ainda não existem dados decisivos a esse

respeito nas pesquisas citadas acima. Fráguas e Carvalho (2001) relatam que a evidência de organicidade na depressão pós AVC ainda é obscura, e que existe a necessidade de mais pesquisas com fatores psicológicos e a depressão. Nos pacientes estudados nesse trabalho, como mostra o Quadro I, não existem diferenças na localização cerebral e tipo de AVC que justifiquem a depressão, embora para esse tipo de afirmação a amostra seja muito pequena.

A depressão pós-AVC pode ser chamada de depressão vascular (ALEXOPOULOS *et al.*, 1997; STEFFENS *et al.*, 1999) e tem como principais sintomas depressivos a perda de interesse (apatia), prejuízo cognitivo e lentificação psicomotora. Pode diferenciar na apresentação clínica, entretanto isso não significa que seu quadro seja puramente orgânico como investigam alguns autores (JONAS; MUSSOLINO, 2000; LARSON *et al.*, 2001), que mantém inclusive a expectativa de que pesquisas com exames de imagem venham comprovar essa idéia.

Estudos recentes têm revelado a depressão como fator de risco para o AVC, principalmente pesquisas da última década (COLANTONIO, 1992; JONAS; MUSSOLINO, 2000; LARSON, 2001; LIEBETRAU *et al.*, 2008; MORRIS; *et al.*, 1993; OHIRA, 2001; SALAYCIK *et al.*, 2007). Esse tipo de estudo interessa nessa pesquisa para a compreensão dos fatores emocionais e sua relação com o organismo. Embora exista uma tendência para considerar a depressão como doença puramente orgânica, ela é da ordem dos sentimentos e afetos (WINNICOTT, 1960).

Observa-se nos pacientes períodos de depressão, no qual citam, cada qual com suas palavras, descrições de vidas paralisadas antes do AVC: Miranda relatou sensação de não estar vivendo e sim passando pela vida; sensação de ter uma vida de 'velha'; ela mesmo relata que um ano antes do AVC teve consciência de estar com depressão. Andrei acredita que desde a separação do primeiro relacionamento conjugal, quando foi traído, iniciou período de depressão, do qual nunca se curou, indicando um luto difícil de ser elaborado; a queda financeira e dificuldades no trabalho também lhe levaram a sentir-se mais deprimido e relatou sentimentos de culpa intensos no relacionamento com o pai. Vanessa nunca conseguiu elaborar o luto da partida da mãe, nem perdôá-la, o que lhe causou durante a vida dificuldades nos vínculos, sensação de esvaziamento e solidão; depois relata período de depressão com pensamentos de morte poucos anos antes do AVC. Rubens traz em sua história sentimentos de inadequação, culpa com relação à mãe e muita frustração, sentimentos que o deixam deprimido; Carlos também descreve período de depressão somado a um período de estresse

muito grande progresso ao AVC. Devido a isso tudo, provavelmente deixaram de cuidar da própria saúde, negligenciaram cuidados com a hipertensão, deixando emergir o instinto de morte. Além de tudo isso, observa-se na história dessas pessoas, no que se refere à depressão, o quanto negligenciaram seus próprios desejos de mudanças, o quanto se cristalizaram na posição em que ocupavam, sentindo-se destituídos da criatividade e espontaneidade, essenciais para o não adoecimento (WINNICOTT, 1965).

Observa-se também que Rubens, Vanessa e Andrei verbalizaram na entrevista que já pensaram em suicídio antes do AVC, sendo que todos os cinco pacientes já sentiam-se desprovidos de vida. Muito provavelmente, a depressão não iniciou quando eles se deram conta dela, mas muito antes, em suas fragilidades egóicas, relações objetais e dificuldades de adaptação, como sugerem os dados da EDAO, em várias situações de suas vidas.

Sabe-se que a depressão pode apresentar-se como fatores de risco para outras patologias também, não ficando associada somente ao AVC, como por exemplo o infarto do miocárdio (LARSON *et al.*, 2001), e outras doenças. Pereira *et al.* (2007) apontam os fatores psicossociais como fortemente associados ao risco de infarto do miocárdio e outras doenças cardíacas.

As pesquisas quantitativas encontram dificuldades para mensurar os aspectos psicológicos de outra ordem que não seja a depressão. Poucos estudos investigaram outras variáveis, como o de Colantonio *et al.* (1992), que encontrou a depressão como fator de risco dentre as variáveis psicológicas estudadas, e religiosidade como a variável de mais baixa incidência no AVC, fazendo-se pensar que a sensação de estar amparado é mais relacionada com a saúde. No caso de pesquisas sobre as possíveis influências, correlações ou associações de fatores psíquicos com a doença cardíaca por exemplo, são realizadas pesquisas há mais de 50 anos, (DUPRAT; *et al.*, 2001) demonstrando assim que pesquisas que impliquem variáveis psicológicas são complexas na área da saúde.

Essas pesquisas nos fazem pensar na concepção de homem proposta pela psicossomática. De acordo com Campos e Rodrigues (2005), a concepção da psicossomática (ou sócio-psicossomática, como os autores preferem chamar) define-se como o estudo sistemático das relações existentes entre os processos sociais, psíquicos e os transtornos de funções orgânicas ou corporais, com uma proposta de integração do ser humano. O termo psicossomática não deve ser utilizado no sentido de causalidade “mas de várias relações

existentes entre mente e o cérebro, entre fenômeno e processo a serem observados tanto em termos psicológicos quanto somáticos” (p. 300).

Como dentre todos os fatores de risco para o AVC o que mais nos interessa do ponto de vista da psicologia é a depressão, e observou-se que todos os pacientes trouxeram em suas histórias construídas relatos de conteúdos depressivos progressos ao AVC, pensa-se assim na questão da psicossomática. Para Winnicott (1988) os distúrbios psicossomáticos são alterações do corpo ou do funcionamento deste associados aos estados da psique, muito relacionada às fantasias inconscientes. Para o autor, a psique pode ir além das influências ambientais e pode não somente adaptar-se, como também recusar a se adaptar em determinadas situações.

A saúde para o autor envolve movimento, criatividade e espontaneidade. Observa-se em Miranda, Andrei, Carlos, Vanessa e Rubens a rigidez caracterológica e a dificuldade na flexibilidade mental e exercício da criatividade e espontaneidade, impedindo a adaptação eficaz deles nas situações da vida, até chegarem ao adoecimento num caminho trilhado pela rigidez. Hisada (2000) coloca que os transtornos psicossomáticos na vida adulta podem significar ausência de movimento e mudanças no mundo interno, cujos sintomas são considerados um pedido de socorro, uma tentativa de comunicação do self com o mundo exterior. Rosa (1997) relata que em alguns pacientes, a falta de relações objetivas satisfatórias na infância, seja real ou fantasiada, pode causar distúrbios psicossomáticos, observando-se uma falta de contato com áreas inteiras da experiência emocional. Pensando desta forma, o que estes pacientes precisavam comunicar?

O fato da gênese das fantasias inconscientes desses pacientes estudados estar na infância corrobora com o que Winnicott (1988) relatou: caso o indivíduo adoça no percurso de sua vida, é o resultado final da maternagem precária ou inconstante. Hisada (2000) complementa ser esse um conflito de apego e separação, o que pode se observar no Quadro IV: os conflitos relacionados à dependência, simbiose, ser olhado, ser amado e incapacidade de cuidar de si e do outro.

A teoria da psicossomática proposta por Winnicott, entretanto, não aborda a questão dos instintos de vida e de morte, questão aprofundada pelo psicanalista Chiozza (1997). Ele fundamenta sua teoria no que denomina ‘*metahistória*’, que seria a história impregnada pelo

pensamento freudiano. Assim, ele propõe a história construída pelo paciente, instrumento utilizado nesse trabalho.

A história construída, embora utilizada com a proposta de investigação, mostrou-se também importante ferramenta interventiva, pois durante a construção de suas histórias de vida os pacientes puderam perceber como desenrolou-se a sua trajetória e sair do foco do AVC. A história construída também nos permite ter um olhar linear para todo o desenvolvimento do indivíduo. Além disso, nos permite visualizar as fantasias inconscientes do indivíduo, pois para Chiozza (1997) toda história traz uma intriga, ou seja, um complexo nodular enraizado no inconsciente.

Para compreensão dessa idéia do autor com os pacientes estudados, retomam-se alguns pontos de sua teoria: cada afeto tem um processo de descarga específico, e quando ingressa na consciência desprovido do seu significado emocional poderá adquirir um processo somático; assim os distúrbios corporais ‘escondem’ afetos, mas é um processo defensivo diferente das neuroses e psicoses. Desta forma, observou-se na coleta de dados da EDAO, que todos os pacientes possuíam dificuldades na área afetivo-relacional, indicando problemas para lidar com os próprios sentimentos. Essa dificuldade também pôde ser observada na história construída. Toda a ordem de problemas dizia respeito à forma como lidaram com seus sentimentos.

É possível encontrar um significado inconsciente pertencente ao processo somático, mostrando que o corpo tem a capacidade de exercer uma função simbólica; todo o processo corporal corresponde a uma fantasia inconsciente, específica, sendo as doenças um mosaico de diferentes fantasias específicas (CHIOZZA, 1997), e pode-se observá-las no Quadro IV. O cérebro é simbolicamente o centro da razão e do pensamento (englobando os processos inconscientes), e embora se saiba que as emoções aí se processam, o centro das emoções fica simbolicamente localizado no coração, e doenças neste órgão podem simbolizar dificuldades nos pensamentos específicos dos pacientes. O AVC constitui o equivalente, expressivo e simbólico de um dilema ou de um desconcerto do pensamento que compromete um elevado componente da ação. Entretanto, este dilema permanece inconsciente. Isto pode demonstrar que essas pessoas teriam dificuldade para agir de acordo com seus pensamentos, e esses são permeados pelo colorido afetivo pessoais.

A ação e o afeto constituem atividade complementar: quanto menos eficaz resulta a ação, maior é o remanescente de excitação que se descarrega como afeto no organismo; quanto maior é a eficácia do ato no mundo exterior, menor é o desenvolvimento do afeto (CHIOZZA, 1998).

É um exemplo de quando o paciente tenta tratar um conflito afetivo inconsciente como se fosse um problema racional, aparentemente sem grandes aflições. Isso acontece quando o paciente falhou anteriormente, falhou na tentativa de transformar o conflito afetivo num problema racional através de uma representação cognitiva adequada. A representação possibilitaria, através da moderação dos afetos, que o pensamento resolvesse o conflito. As pessoas passam por um conflito entre razão e afetos, e depois sentem-se consumidas por fortes sentimentos de culpa e arrependimentos, que podem culminar num mal súbito – o AVC, descrito metaforicamente no mito de Orestes.

No caso do AVC e as sequelas motoras que podem causar, Chiozza (1998, p. 201) diz:

Se o desconcerto implícito na hemiplegia se manifesta como impotência ou paralisia dos movimentos que configuram uma determinada ação, torna-se compreensível que os vários sinais e sintomas motores e sensoriais, pertencentes às diferentes formas clínicas que apresenta esta síndrome, correspondam às diversas ações e afetos implicados no conflito.

A pessoa com hemiplegia não pode mexer o braço, não pode andar, fica meio infantilizado, perdendo às vezes até a possibilidade de se comunicar. Esta sintomatologia encobre profundos sentimentos de impotência e indignação, intensos desejos de vingança e expressaria a inibição de uma ação de características violentas e cruéis, devido ao sentimento de ter sido enganado e atraído, como observa-se na página seguinte.

Messina e Granado (2002) relatam que a vida subjetiva é sempre localizada no corpo animado. O corpo é marcado tanto física quanto psicologicamente, um ou vários órgãos, surgindo o fenômeno somático onde não há elaboração psíquica de um acontecimento ou fato, marcando a vida do indivíduo.

O’Gormann (2000) apesar de não utilizar em seu trabalho diretamente o termo psicossomática, relata a dificuldade que os pacientes têm em pensar na possibilidade que a causa da lesão está dentro de si. Acredita que é mais fácil para um paciente elaborar um acidente, do que imaginar que existe algo dentro de si que era ‘imperfeito’, conflituando diretamente com o narcisismo.

Miranda traz o arrependimento em nunca ter conseguido seguir seus desejos, a sua independência, deixando que a mãe a dominasse com seus desejos, e permanecendo infantilizada, ao mesmo tempo em que tem o desejo de ir morar longe da mãe e ter sua vida independente, sentindo-se conseqüentemente sem vida, porque realmente estava sem a sua vida: o AVC paralisou em Miranda seu corpo, simbolizando a paralisia que sentia que estava a sua vida, e a impotência de agir com seus próprios movimentos (não tinha autonomia emocional enquanto tinha a motora) e o déficit atencional simbolizando o não prestar atenção em si mesma, nos seus desejos. No início da reabilitação, apresentou-se infantilizada, o que num primeiro momento foi pensado ser parte da seqüela neurológica, mas observou-se que Miranda sempre foi emocionalmente regredida, o que intensificou-se após o AVC devido as vivências regressivas que o próprio adoecimento proporciona, e também ao funcionamento mental prévio da paciente. Esse caso corrobora com o que Chiozza (1998) relatou: a pessoa com hemiplegia (hemiparesia) não pode mexer o braço, não pode andar, fica meio infantilizado, perdendo às vezes até a possibilidade de se comunicar. Esta sintomatologia encobre profundos sentimentos de impotência e indignação, intensos desejos de vingança e expressaria a inibição de uma ação de características violentas e cruéis, devido ao sentimento de ter sido enganado e atraído.

Andrei conta em sua história o arrependimento de não ter cuidado do pai quando este adoeceu, sentindo-se agora perseguido pela culpa, acreditando que seus filhos fariam o mesmo com ele; sempre valorizou a vaidade, tanto financeira quanto física, casando-se com uma mulher 30 anos mais jovem do que ele, e permitindo que os outros valorizassem nele a sua potência financeira. Na história construída Andrei não mencionou os filhos. Em seu AVC, ficou com déficit de equilíbrio para andar, simbolizando um desequilíbrio interno que vivenciava, entre pensamento e emoção, dilema proposto por Chiozza (1998).

É interessante notar na história construída os aspectos que cada indivíduo faz questão de contar; com certeza suas histórias poderiam ser contadas de outra forma por outras pessoas. Entretanto, o que chama atenção neste instrumento é poder ouvir como a pessoa enxerga a sua própria história de vida, quais aspectos ela valoriza, quais omite, trazendo a sua própria maneira de ver o mundo. Vanessa destaca na sua história a mágoa que sente da mãe, desejos de vingança e sentimentos de impotência para mudar sua história. Aqui na sintomatologia de Vanessa novamente se faz um paralelo com Chiozza (1998) de que a sintomatologia encobre profundos sentimentos de impotência e indignação, intensos desejos de vingança e expressaria

a inibição de uma ação de características violentas e cruéis, devido ao sentimento de ter sido enganado e atraído.

Rubens também traz em sua história construída intenso sentimento de frustração por não ter seguido seus desejos profissionais, e a indignação e decepção com familiares que venderam a casa que construiu a vida inteira sem a sua autorização, no mesmo período da sua vida em que foi demitido, e apesar de encontrar outro trabalho, sentiu-se frustrado, rejeitado e não enxergado, tanto na família quanto na empresa. Novamente, observa-se na história os sentimentos de impotência, indignação, e fortes desejos de vingança devido ter sido atraído. Tinha também a fantasia de que com o AVC seria mais olhado pelos familiares.

De forma não muito diferente neste aspecto, Carlos valoriza em sua história toda a trajetória da vida produtiva e a grande decepção que sofreu ao ser demitido, e após perdendo todo o seu dinheiro no empreendedorismo, vai para outro país tentar recuperar seu dinheiro longe da família, sentindo-se impotente e envergonhado. A esposa lhe cobrava muito no aspecto financeiro, e não sentiu companheirismo na relação, indo embora com a sensação de fracasso e humilhação, mas pensando ser uma 'questão de honra' recuperar todo o seu dinheiro e voltar para a família; embora suas irmãs defendessem a separação conjugal. Após o AVC, conseguiu voltar para a família, que era o seu desejo, mas sem o dinheiro.

Observou-se com as histórias construídas os pacientes não valorizaram os momentos de alegria e positivos que com certeza, um dia tiveram.

A queixa inicial desses pacientes é totalmente voltada para as questões motoras, pois existe um problema físico e/ ou neurológico e estão tendo reais dificuldades. É provável que as expectativas do paciente em fazer psicoterapia sejam diferentes de um paciente que vem buscar psicoterapia em outras circunstâncias, como no consultório por exemplo. Os pacientes buscam ajuda com o que é vivenciado tão intensamente com suas seqüelas físicas e neurológicas, e suas expectativas centralizam-se em querer restabelecer suas vidas antes da lesão acontecer, apegando-se excessivamente ao passado (D'ALMEIDA *et al.*, 2005; O'GORMANN, 2006). A história construída auxilia o terapeuta a ajudar o paciente formular a demanda psicológica, e perceber a sua trajetória de forma integrada.

Camargo (*apud* TURATO, 2000) relata que aprendeu em sua pesquisa clínico-qualitativa sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida que a história pessoal referida pelos sujeitos não apresentava necessariamente a realidade como a vida havia sido vivida

exatamente, mas que os depoimentos retratavam como a vida lhes fazia sentido. Ela concluiu que o ato de falar sobre a própria vida podia levar o entrevistado a reorganizá-la, pois percebeu a fala como um ato criativo, fazendo o indivíduo repensar os eventos da vida, dando-lhes sentido. Isso foi observado também nesse trabalho, onde a reconstrução da história de suas vidas chegou a demorar em média três à quatro sessões, pois emocionavam-se muito ao lembrarem de suas vidas, e do sentido que buscavam para ela.

O fato de retomarem suas vidas na linha do tempo refere-se que o paciente pode começar a perceber e sair do discurso que tudo de ruim aconteceu depois do AVC; sentem uma tendência, segundo O'Gormann (2000), a olhar o passado com um brilho róseo. Esta é uma reação bastante comum, com esse tipo de paciente, que sofreram sequelas físicas e narcisistas. O prospecto de lamentar a perda parece insuportável, especialmente quando a recuperação não está indo tão completa quanto gostaria, ou a saúde do paciente pode deteriorar e ele pode ficar com prejuízos consideráveis. Em cima disto, é comum para o paciente insistir que todos seus problemas começaram com o trauma externo e não têm nada que ver com ele e o mundo interno dele antes do acidente.

Retomando a descrição de Klein da mente como um mundo interno, questão discutida por O'Gormann (2000), estes objetos internos são experienciados, por fantasias primitivas inconscientes, como existindo desde o começo da vida da criança humana e como ou sendo bom, útil e benigno, ou ruim, perigoso e maligno (KLEIN, 1947). Segue que a experiência interna de uma pessoa para, e a reação, num evento traumático pode ser sentido como uma experiência de ser abandonado pelos objetos protetores, bons e só ser levado pelo ruim, persecutório. Estes objetos ruins podem ser sentidos como tendo causado o evento traumático num primeiro momento. Refere que há uma crença na provisão do mundo e na função protetora dos objetos bons da pessoa, o que pode causar o ressurgimento de medos sobre a crueldade de objetos ruins. Com pacientes que sofrem sequelas de lesão cerebral e também défices cognitivos, existe uma real perda externa e interna. Os reais danos físicos e neurológicos no cérebro podem ser causados por um evento externo, quando é um acidente, ou então o paciente pode ter a sensação de que a causa desse evento é interna, quando há o rompimento no acidente cerebrovascular. O dano psíquico no mundo interno pode ser causado pela experiência da pessoa e sua reação. É esta combinação de lesão neurológica e narcisista que faz o trabalho psicoterápico com esses pacientes ainda mais desafiador.

Observa-se também que há muito tempo essas pessoas necessitavam de atendimento psicoterapêutico, mas provavelmente se não tivessem adoecido, não teriam procurado. Este fator é muito comum entre pacientes vistos dentro do contexto de uma unidade de reabilitação ou serviço na comunidade. O adoecimento pode trazer as pessoas para um lugar onde eles percebem que precisam de ajuda de uma natureza psicodinâmica. Por que não buscaram ajuda antes?

Com estas reflexões, literatura e análise dos dados, pode-se perceber o quanto uma lesão cerebral desorganiza corporalmente uma pessoa e vice-versa, pois a lesão cerebral também é recíproca: quanto que uma mudança física pode desorganizar internamente o paciente.

Prigatano (1999, p. 344) descreve: “(...) a vida nunca mais será a mesma depois de uma lesão cerebral - os indivíduos funcionam com menos inteligência, menos capacidade para memória, menos força física, e menos oportunidades para o futuro”. Trata-se de auxiliar esses pacientes a encontrarem ou criarem recursos adaptativos para um momento de tantas mudanças.

Assim, as repercussões psicológicas das pessoas que sofreram acidente cerebrovascular são muitas, mas dependem principalmente da estrutura que tinham antes: tanto da estrutura de ego, quanto do ambiente que as cercam. Isso pode ser percebido através do levantamento das histórias desses pacientes.

Para a compreensão do funcionamento mental desses pacientes, considera-se os aspectos neuropsicológicos e a dinâmica afetivo emocional, baseando-se na neuropsicanálise e na psicossomática. Observou-se com esse estudo que os dados da AGF e EDAO pode ser correlacionados, mesmo que a AGF seja uma escala muito simples, ela traz dados resumidos sobre o indivíduo. Quanto ao DFH, questionou-se a fidedignidade deste tipo de técnica nessa população, uma vez que os dados de organicidade interferem bastante segundo Freitas Júnior (1979), pois todos os pacientes enquadraram-se nos critérios de organicidade. Na EDAO, todos os pacientes mostraram Adaptação Ineficaz. A história construída foi um instrumento importante para investigar como o indivíduo que sofreu AVC contou sua própria história, seus mecanismos de defesa e as fantasias inconscientes, discutidas nesse trabalho.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

Este estudo cumpre o seu objetivo maior ao investigar as repercussões psicológicas de pessoas que sofreram acidente cerebrovascular, buscando referenciais teóricos na Psicanálise, Neuropsicanálise e Psicossomática, pois a compreensão do ser humano é complexa e difícil de se fazer integrada, entretanto os pacientes com doenças neurológicas como o acidente cerebrovascular são acometidos em várias esferas do seu eu, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar, do qual o psicólogo tem importante papel na reabilitação do indivíduo, na integração do seu eu.

As repercussões psicológicas de quem sofreu acidente cerebrovascular devem ser observadas do ponto de vista cognitivo e psicológico, sendo que os aspectos aqui levantados foram relacionados principalmente à vida pregressa do paciente, depressão, imagem corporal, capacidade de adaptação, e mecanismos de defesa, todos esses fatores englobando o funcionamento mental. Os dados desse estudo também chamam atenção, no que se refere à vida pregressa, ao fator da depressão encontrado, demonstrando a importância da saúde mental e à falta de programas nas áreas de prevenção primária e secundárias.

O principal instrumento utilizado nesse estudo foi a história construída, complementada com a entrevista clínica, observando-se que muitos dados podem ser tirados desses instrumentos quando bem conduzidos pelo entrevistador, e que mesmo pacientes com défices atencionais, perceptuais, afasias leves ou confabulações simples podem construir a sua história. Principalmente em pacientes com sequelas cognitivas, a história construída ajuda a concretizar e organizar o mundo interno. Através dela, pode-se perceber também a repetição de comportamentos patológicos e dificuldades de adaptação.

Concluiu-se que foram parcialmente atingidos os objetivos propostos nesse estudo de compreender o funcionamento mental, a deterioração neuropsicológica e a adaptação humana de adultos que sofreram acidente cerebrovascular, através da Escala de Avaliação Global do Funcionamento (DSM-IV), do Desenho da Figura Humana (DFH), e da Escala do Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (EDAO); compreender o sofrimento psicológico em narrativas da entrevista psicológica de pessoas que sofreram acidente cerebrovascular ;

investigar como o indivíduo, que sofreu acidente cerebrovascular, conta sua própria história numa compreensão psicossomática e psicanalítica.

Deixam-se possibilidades para pesquisas futuras no que se refere ao método utilizado em pacientes com outras alterações neuropsicológicas, ou com outros tipos de lesões cerebrais (tumores, TCE, entre outros).

Tendo em vista as limitações deste método e que não se pode generalizar os dados deste estudo, sendo válidos somente para os cinco casos estudados, embora sejam representativos/ emblemáticos da população atendida no centro de reabilitação. Entretanto, a pesquisa clínico-qualitativa não permite um número grande na amostra devido à riqueza dos detalhes estudados na subjetividade dos indivíduos, assim como as pesquisas quantitativas apontaram em seus estudos a necessidade de mais pesquisas qualitativas sobre as variáveis psicológicas no acidente cerebrovascular.

A depressão, como parte do funcionamento mental dos indivíduos, foi descrita em muitos estudos como fator de risco do AVC, fornecendo possibilidades de estudos em psicossomática. Sendo um fator de risco, não se diz que todas as pessoas que sofreram AVC tinham depressão, mas que em alguns casos, como esses, ela pode ter sido uma das influências para o desenvolvimento do AVC, assim como possivelmente pode contribuir em outros adoecimentos. Assim, a questão da psicossomática pode permear algumas formas de adoecimento, e estes assuntos tornam-se pertinentes dentro da Psicologia da Saúde.

Por fim, concluiu-se de forma semelhante ao artigo de Rosa (1997): que essas diversas formas de pensar o ser humano são problemáticas para as quais, não se tem soluções plenamente satisfatórias. Esperamos, todavia, ter deixado com esse trabalho uma contribuição ao estudo das funções mentais, em suas formas mais arcaicas, embora com um esclarecimento parcial do assunto.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACCACIO, L. M. P. *A presença de depressão em pacientes durante o período de reabilitação física e o impacto na qualidade de vida dos mesmos*. São Paulo. 2004. 57p. (dissertação) Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.

AGUIAR, F. Método clínico: Método clínico?. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 14, n. 3, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722001000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722001000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 8 Junho 2008.

ALEXOPOULOS, G.S *et al.* Clinically defined vascular depression. *American Journal Psychiatry*, v.154, n.4, p.562-565, 1997. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/154/4/562>>. Acesso em 20 de agosto de 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). *What a Health Psychologist Does and How to Become One*. Disponível em: <[http://www.healthpsych.org/articles/what\\_is.php](http://www.healthpsych.org/articles/what_is.php)>. Acessado em 10 de setembro de 2008.

BARNES, D. E. *et al.* Depressive Symptoms, Vascular Disease and Mild Cognitive Impairment - Findings From the Cardiovascular Health Study. *Archives of General Psychiatry*, v.63, p.273-280, 2006. Disponível em: <<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/63/3/273>>. Acessado em 20 de agosto de 2008.

BARROS, M. C. M. *A experiência do transplante autólogo de medula óssea: em busca do verdadeiro self*. São Paulo. 1999. (dissertação). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BATTISTELLA, L. R.; SOBRINHO, R. J. B. *Hemiplegia em Reabilitação*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Atheneu, 1992.

BATTISTELLA, L. R. Humanização, equipes multidisciplinares e a prática do médico fisiatra. *Acta Fisiátrica*, v.10, n.2, p.50-51, 2003.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BRUNO, A. A. *et al.* O perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no Lar Escola São Francisco – Centro de Reabilitação. *Acta Fisiátrica*, v. 7, n. 3, p. 92-94, 2000.

BUCK, J. M. Casa-Árvore-Pessoa. Técnica projetiva de desenho – HTP Manual e Guia de interpretação. São Paulo: Vetor, 2003.

CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L. Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, v.13, n.2, p.290-308. 2005.

CAMPOS, T.C.P. *Psicologia Hospitalar – a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.

CAPLAN, G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1964.

CARVALHO, J.; KAIHAMI, H.M.; ALVES, V.L.R. A relação do cuidador com o adulto jovem com seqüelas de traumatismo cranioencefálico. *Família e Comunidade*, v.2, p.83-102, 2005.

CARVALHO, M. L. Disfunção cognitiva e depressão pós-AVC. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 8, n. 46, p. 433-439, 1997.

CHIOZZA, L. *Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo*. Campinas: Papirus, 1987.

CHIOZZA, L. *Os afetos ocultos em psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabetes, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CHIOZZA, L. *Os sentimentos ocultos em hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-imunes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

CHIOZZA, L. *Presencia, transferencia e história*. Buenos Aires: Alianza, 2000.

CHIOZZA, L. *Enfermedades y afectos*. Buenos Aires: Alianza. 2001

COLANTONIO, A.; KASL, S. V.; OSTFELD, A. M. Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, v.136, n.7, p.884-894, 1992.

CUSTÓDIO, E. M. Inserção da avaliação psicológica na saúde: breve relato sobre a experiência brasileira. In: SIQUEIRA, M. M. M.; JESUS, S. N.; OLIVEIRA, V. B. (Ed.). *Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007, p.243-256.

D'ALMEIDA, A. *et al.* Reabilitação cognitiva de pacientes com lesão cerebral adquirida. *CienteFico*, v.1, n.4, 2004. Disponível em: <<http://www.frb.br/ciente/Impressa/Psi/Saude/P.6.DALMEIDA,ReabilitacaoCognitiva.pdf>>. Acessado em 20 de agosto de 2008.

DELUCA, J. A Cognitive Neuroscience Perspective on Confabulation. *Neuro-Psychoanalysis*, v. 2, p. 119-132, 2000.

DESMOND, D.W. *et al.* Ischemic stroke and depression. *Journal of the International Neuropsychological Society*, v. 9, p. 429–439, 2003.

DUNCAN, P. W. *et al.* Management of adult stroke rehabilitation care. A clinical practice guideline in: *Stroke – Journal of the American Heart Association*. 2005 (36), 100-143.

DUPRAT, R.; CUSTÓDIO, E. M.; MARTINEZ, T. L. M. Doença Arterial Coronária (DAC), intensidade de raiva e ansiedade em pacientes com dislipidemias. *Mudanças - Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, v.9, n.16, p.166-212, 2001.

ELLIS, S. J.; SMALL, M. Denial of illness in stroke. *Stroke*, v. 24, n. 5, p. 757-759, 1993. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8488533?dopt=Citation>>, acessado em 11 de junho de 2008.

ELLIS-HILL, C. S.; HORN, S. Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical Rehabilitation*, v.14, n.3, p.279-287, 2000.

EVERSON, S. A. *et al.* Depressive Symptoms and Increased Risk of Stroke Mortality Over a 29-Year Period. *Archives of International Medicine*, v.158, n.10, p.1133-1138, 1998.

FÁBREGAS, M. N. *Imagem Corporal em pacientes com um quadro psicossomático*. São Paulo, 1999 (dissertação). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FALCÃO, I. V. *A incapacidade como expressão do Acidente Vascular Cerebral precoce: seu impacto na integração social de adultos moradores do Recife*. Recife, 1999 (dissertação). Departamento de Saúde Coletiva. Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Aggeu Magalhães, Pernambuco.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, 2006.

FRÁGUAS, R. J.; CARVALHO, S. Depressões em doenças neurológicas. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, v. 7, p. 5-22, 2001. Disponível em <[www.serafimcarvalho.net/trab\\_pub/tp02.pdf](http://www.serafimcarvalho.net/trab_pub/tp02.pdf)> . Acessado em 20 de agosto de 2008.

FREITAS JÚNIOR, O. *Um escore de deterioração do desenho da pessoa (manual)*. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. *Obras psicológicas de Sigmund Freud – CD - 1 interativo*, (1895 [1950]).

FUJIKAWA, T.; YAMAWAKI, S.; TOUHOUDA, Y. Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression. *Stroke*, v.24, p.1631-1634, 1993.

GAINOTTI, G. Emotional behavior and hemispheric side of the lesion. *Cortex*, v.8, n.1, p.41-55, 1972.

GAINOTTI, G. Emotions, Unconscious Processes, and the Right Hemisphere. *Neuro-Psychoanalysis*, v.7, p.71-81, 2005.

GALHORDAS, J.G.; LIMA, P.A.T. Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re (habilitar). Revista da ESSA*, v.0, p.35-47. 2004.

GALLO, C. M. L. *Confronto entre as concepções psicossomáticas segundo Franz Alexander e os comportamentalistas*. 1982 (dissertação). Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.

GIL, R. *Neuropsicologia*. São Paulo: Livraria Santos Editora 2002.

GILBOA, A. *et al*. Mechanisms of spontaneous confabulations: a strategic retrieval account. *Brain*, v. 129, n. 6, p. 1399-414, Jun 2006. Disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=16638795](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16638795)> , acessado em 16 de junho de 2008.

GILLEEN, J.; DAVID, A. S. The cognitive neuropsychiatry of delusions: from psychopathology to neuropsychology and back again. *Psychol Med*, v.35, n.1, p.5-12, jan 2005.

GLOWIC, C.; VIOLON, A. A case of regressive prosopagnosia. *Acta Neurol Belg*, v.81, n.2, p.86-97. 1981.

GONZÁLEZ REY, F. *Pesquisa Qualitativa em Psicologia – caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

HAMMER, E. F. *Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

HEILMAN, K. M. Freud and neuropsychology: comments related to anosognosia. *Cortex*, v.43, n.1091-1092, 2007.

HISADA, S. Transtornos psicossomáticos: uma visão winnicottiana. *Mudanças - Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, v.8, n.14, p.81-88, 2000.

HOWES, H.; EDWARDS, S.; BENTON, D. Male body image following acquired brain injury. *Brain-Injury*. v. 19, n.2, p. 135-147, 2005. Disponível em: <<http://web5s.silverplatter.com/webspirs/start.ws?customer=capes>>. Acessado em 16 junho de 2008.

HOWES,H.; EDWARDS,S.; BENTON,D. Female body image following acquired brain injury. *Brain Injury*, v. 19, n. 6, p. 403- 415, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16101263?dopt=Citation>>. Acessado em 16 de junho de 2008.

JONAS, B. S.; MUSSOLINO, M. E. Symptoms of Depression as a Prospective Risk Factor for Stroke. *Psychosomatic Medicine*, v.62, p.463-471, 2000.

KAIHAMI, H. N. *A pessoa portadora de hemiplegia e sua família em processo de reabilitação: um estudo sistêmico*. 2001. 110 p. (dissertação) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

KLEIN, M. *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1997. (original de 1947)

LANGER, K. G. Depression in disabling illness: severity and patterns of self-reported symptoms in three groups. *J Geriatr Psychiatry Neurol.*, v. 7, n. 2, pg. 121-128, 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8204189?dopt=Citation>>. Acessado em 11 de junho de 2008.

LANGER, S. L.; PETTIGREW, L.C; WILSON, J.F.; BLONDER, L.X. Personality and social competency following unilateral stroke. *Journal of the International Neuropsychological Society*, n. 4, p. 447-455, 1998.

LARSON, S. L. *et al.* Depressive Disorder, Dysthymia, and risk of stroke: thirteen-year follow-up from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Stroke*, v.32, p.1979-1983, 2001.

LECHEVALIER, B. Neurosciences and Psychoanalysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, v.83, p.233-237, 2002.

LEENTJENS, A. F. G. *et al.* General and disease-specific risk factors for depression after ischemic stroke: a two-step Cox regression analysis. *International Psychogeriatrics*, v. 18, n. 4, p. 739-748, 2006.

LIEBETRAU, M; STEEN, B; SKOOG, I. Depression as a risk factor for the incidence of first-ever stroke in 85 years-old. *Stroke*, v.39, p.1960-1965. 2008. Disponível em: <<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/39/7/1960?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=liebetrau&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>>. Acessado em 10 de setembro de 2008.

LUBORSKY, M.R. The process of self-report of impairment in clinical research. *Soc Sci Med.*, v. 40, n. 11, p. 1447-59, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7667650?dopt=Citation>>. Acessado em 11 de junho de 2008.

MANUILA, L. A.; LEWALLE, P.; NICOULIN, M. Acidente cerebrovascular. In: \_\_\_\_\_ *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi Editores, 2001.

MAZZOTTI, T. *Eficácia adaptativa de mulheres, com história de abortamento, pacientes de um ambulatório de reprodução humana*. 2007. 67p. (dissertação) Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2007.

MEDEIROS, M. S. Anosognosia: um estudo de caso em um paciente com lesão cerebral direita apresentada sob a perspectiva da neuropsicanálise. *Grupanáliseonline.pt*, v.3, n.3, p.31-33, 2005.

MEDICINA GERIÁTRICA. *Agnosia*. Disponível em: <<http://www.medicinageriatrica.com.br/2007/02/12/saude-geriatria/alexia/>>. Acessado em 01 de novembro de 2008.

MESSINA, L. V. F.; GRANADO, L. C. Processos, mudanças e elaborações em psicossomática: sua compreensão a partir da obra de Luis Chiozza. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, v.10, n.2, p.146 – 160, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . *Acidente cerebrovascular, epidemiologia*. Secretaria do Estado da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=30066](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=30066)>. Acessado em: 10 de junho de 2008.

MORRIS, P. L. *et al.* Association of depression with 10 year pos stroke mortality. *The American Journal of Psychiatric*, v.150, p.124-129, 1993. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/150/1/124>>. Acessado em 16 de agosto de 2008.

MOTTA, I. F. Um dossiê sobre inovações na psicanálise winnicottiana brasileira. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, v.13, n.2, p.271-471, 2005.

NAVA, A. S. Inconsciente e Grupanálise: pode ir mais além. *Grupanáliseonline.pt*, v.1, n.1, p.37-42, 2003.

O’GORMANN, M. P. The Kick-off head crew: psychotherapeutic work with acquired brain-injury on an NHS Neurological Rehabilitation Unit. *Psychoanalytic Psychotherapy*, v. 15, n. 1, pg. 61-79, 2000.

O’GORMANN, M. P. Two accidents – one survivor: neurological and narcissistic damage following traumatic brain injury. *Psychodynamic Practice*, v. 12, n. 2, p. 133- 148, 2006.

OHIRA, T. *et al.* Prospective Study of Depressive Symptoms and Risk of Stroke Among Japanese. Editorial Comment : Is Depression a Risk Factor for Ischemic Stroke? *Stroke*, v.32, p.903-908, 2001.

OLIVEIRA, R. A. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise psicológica*, Portugal, v. 4, n. 18, p. 437-453, 2000.

- OLIVEIRA, R. A. *Psicologia clínica e reabilitação física*. Lisboa - Portugal: ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 2001
- OPPENHEIM-GLUCKMAN, H. Dano ao pensamento e identidade subjetiva. *Psicologia clínica*, v.18, n.1, p.49-62, 2006.
- PELLEGRINO-ROSA, I. Variáveis cognitivas e afetivas no envelhecimento. *Mudanças - Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, v.5, n.8, p.159 – 210, 1997.
- PEREIRA, A. A. M.; ROSA, J. T.; HADDAD, N. Adaptação psicológica, fatores de risco e probabilidade de sobrevida em transplante cardíaco. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, v.10, n.1, p.41-61. 2002.
- PEREIRA, A. A. M.; PEDROLO, A. S.; ROSA, J. T. Interfaces entre fatores sociopsicossomáticos e a cardiologia, sob o enfoque da psicologia psicanalítica. In: SIQUEIRA, M. M. M. ; JESUS, S. N.; OLIVEIRA, V. B. (Ed.). *Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007.
- PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para Acidente Vascular Cerebral Isquêmico em Idosos. *Arquivos Neuropsiquiatria*, v.62, n.3B, p.844-851, 2004.
- RABELO, D. F.; NÉRI, A. L. Bem estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estudos de Psicologia*, v. 11, n. 2, p. 169-177, 2006.
- REA, L. M.; PARKER, R. A. *Metodologia de pesquisa: do planejamento à execução*. São Paulo: Pioneira. 2000
- ROBINSON, R. G.; CARVALHO, M. L.; PARADISO, S. Problemas neuropsiquiátricos pos-AVC-diagnostico, fisiopatologia e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.10 n.46, p. 527-534, 1997.
- ROCHA, E. F. *Corpo deficiente: em busca da reabilitação? Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiências físicas*. São Paulo. 1990. 310p. (dissertação) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.
- ROCHA, F. L.; CUNHA, U. G. V.; GIACOMIN, K. C. Depressão pos-acidente vascular cerebral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; v. 4, n.42, p.203-208, 1993.
- ROGERS, M.; FRANZEN, M. Delusional reduplication following closed-head injury. *Brain Injury*, v.6, n.5, p.469-76, 1992.
- ROSA, J. T. Modalidades de funcionamento mental em cardiologia: uma ponte para integração da sensorialidade à atividade de pensar. *Mudanças - Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, v.5, n.8, p.103-119, 1997.

ROSA, J. T. Psicoterapia breve como uma psicanálise da representação dos afetos. *Mudanças - Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, v.9, n.15, p.159-174, 2001.

ROUCO, M. B. S. Personalização e a questão corpo-mente em Winnicott. *Mudanças. Psicoterapia e Estudos Psicossociais*. São Paulo: Instituto Metodista de Ensino Superior. v. 9, n. 15, p.175-18, 2001.

RUBIO, K.B.; VAN DEUSEN, J. Relation of perceptual and body image dysfunction to activities of daily living of persons after stroke. *American Journal Occupational Therapy*, v. 49, n. 6, p. 551-559, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7645668?dopt=Citation>>. Acessado em 11 de junho de 2008.

SALAYCIK, K. J. *et al.* Depressive Symptoms and Risk of Stroke: The Framingham Study. *Stroke*, v.38, p.16-21, 2007.

SIERRA, C. Complicaciones cerebrales en la hipertensión arterial. *Hipertensión*, v.20, n.5, p.212-225, 2003.

SIMIS, S.; NITRINI, R. Melhora cognitiva com tratamento antidepressivo na fase aguda do acidente vascular cerebral. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 64, n. 2b, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2006000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2006000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Maio 2008.

SIMON, R. *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: Vetor, 1983.

SIMON, R. *Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SOBIN, C.; SACKEIM, H. A. Psychomotor Symptoms of Depression. *American Journal Psychiatry*, v.154, p.4-17, 1997.

SOLMS, M. Summary and Discussion of the Paper: 'The Neuropsychological Organization of Dreaming: Implications for Psychoanalysis'. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, v.16, p.149-165, 1993.

SOLMS, M. Is the brain more real than the mind? *Psychoanalytic Psychotherapy*, v. 9, n. 2, p. 107-120, 1995.

SOLMS, M. What Is Consciousness? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, v.45, p.681-703, 1997.

SOLMS, M. A Psychoanalytic Perspective on Confabulation. *Neuro-Psychoanalysis*, v.2, p.133-138, 2000.

STARKSTEIN, S. E; LISCHINSKY, A. Diagnóstico, fenomenologia e tratamento da depressão pós-acidente vascular cerebral (AVC). *Revista Brasileira Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n. 1, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000100011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Maio 2008.

STEFFENS, D. C. *et al.* Cerebrovascular Disease and Depression Symptoms in the Cardiovascular Health Study. *Stroke*, v.30, p.2159-2166, 1999.

STOROR, D. L.; BYRNE, G. J. A. Pre-morbid personality and depression following stroke. *International Psychogeriatrics*, v.18, n. 3, p. 457–469, 2006.

TERRONI, L. M. N. *et al.* Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 49, n. 4, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302003000400040&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400040&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Maio 2008.

THIERS, V. O.; ARGIMON, I. I. L.; NASCIMENTO, R. L. Neuropsicologia: a expressão comportamental dos processos mentais. *Psicologia.com.pt - o portal dos psicólogos*. 2005.

TURATO, E. R. Introdução à Metodologia da Pesquisa clínico-qualitativa – definições e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Portugal, v. 2, n. 1, p. 93-108, 2000.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde – definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005.

VAN KOLCK, O. L. *Sobre a técnica do Desenho da Figura Humana na exploração da personalidade: estudo de adolescentes de centros urbanos*. São Paulo. 1963. (tese) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VAN KOLCK, O. L. *Interpretação psicológica dos desenhos*. São Paulo: Pioneira. 1981.

VAN KOLCK, O. L. Doença e a imagem corporal: campo fértil de pesquisa. *Boletim de Psicologia*. São Paulo, v. 37 n.87, p.46-8, 1987.

VICKERY, C. D.; SEPEHRI, A.; EVANS, C. C. Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison. *Clinical Rehabilitation*, v.22, n.2, p.179-187, 2008a.

VICKERY, C. D. *et al.* The Relationship Between Self-Esteem and Functional Outcome in the Acute Stroke-Rehabilitation Setting. *Rehabilitation Psychology*, v.53, n.1, p.101-109, 2008b.

WILLIAMS, L. S.; GHOSE, S. S.; SWINDLE, R. W. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *American Journal Psychiatry*, v.161, p.1090-1095, 2004.

WILLIAMS, L. S. Depression and Stroke: Cause or Consequence? *Seminars in Neurology*, v.25, n.4, p.396-409, 2005.

WINNICOTT, D. W. El valor de la depresión. In: WINNICOTT, D. W. *Obras completas*. Psikolibros. Disponível em: <<http://psikolibro.webcindario.com/entrawinnicott.htm>>. Acessado em 04 de julho de 2007. Original de 1960.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação – estudo sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto alegre: Artes Médicas, 1982. Original de 1965.

WINNICOTT, D. W. *A natureza humana*. São Paulo: Imago, 1990. Original de 1988.

WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psique-soma in: *Da pediatria à psicanálise: obras selecionadas*. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 2000. Original de 1958.

WINOGRAD, M; SISSON, N. Como escutar neurônios. *Psicologia clínica*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 207-212, 2006.

YUSUF, S. *et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study. *LANCET*. V. 364, p. 937-52, 2004. Disponível em <<http://image.thelancet.com/extras/04art8001web.pdf>>. Acessado em 05 de maio de 2008.

**8 ANEXOS**

## ANEXO A

### Quadro de critérios para o diagnóstico de episódio depressivo, segundo DSM-IV (1995).

#### ■ Critérios para Episódio Depressivo Maior

- A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

**Nota:** Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

- (1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). **Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável
  - (2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros)
  - (3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. **Nota:** Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados
  - (4) insônia ou hipersonia quase todos os dias
  - (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, *não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento*)
  - (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias
  - (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)
  - (8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)
  - (9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio
- B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto (p. 319).
- C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).
- E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

**ANEXO B****UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, de 10 de outubro de 1996)****I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Documento de Identidade nº: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

**II- DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**

Título do protocolo de pesquisa: “COMPREENSÃO DO FUNCIONAMENTO MENTAL APÓS ACIDENTE CEREBROVASCULAR.”

Pesquisadora: Janaína de Carvalho

Profissão: Psicóloga

Inscrição no Conselho Regional nº: 06/69220

Avaliação de Risco da Pesquisa:

 SEM RISCO     RISCO BAIXO     RISCO MÉDIO**III- REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como título: “Compreensão do funcionamento mental após Acidente Cerebrovascular”.

Essa pesquisa está sendo realizada para avaliar os fatores afetivo-emocionais de pessoas com deficiência física adquirida e possibilitar a facilitação da reabilitação psíquica.

Para coleta de dados serão utilizados 02 (dois) instrumentos:

- Entrevista psicológica;
- Desenho da figura humana;

Os resultados da pesquisa serão utilizados para a defesa de tese de Mestrado da pesquisadora e para futura publicação de um artigo sobre o tema pesquisado. Seu nome jamais será divulgado.

#### **IV – ESCLARECIMENTOS DADOS PELA PESQUISADORA SOBRE GARANTIAS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:**

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

Liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

#### **V – INFORMAÇÕES DE NOME, ENDEREÇO E TELEFONE DA RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO CASO NECESSITE**

Pesquisador: Janaína de Carvalho

Endereço: Rua dos Açores, 310 – Jd Luzitânea – São Paulo

Telefone: 5904-8049/ 8125- 8209

#### **VI – OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES**

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis aos participantes, a qualquer momento, bastando para tanto, contatar a pesquisadora e agendar data e horário.

#### **VII – CONSENTIMENTO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

## ANEXO C

Folha de aprovação do CEP- UMESP<sup>22</sup>

Universidade  
**Metodista**  
de São Paulo

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UMESP

Data: 01/11/2007- Prot. Nº 158501

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UMESP

**Título do Projeto de Pesquisa:** O perfil psicológico de pessoas com lesão encefálica adquirida.

**Pesquisador Responsável:** Janaína de Carvalho

**Curso/Faculdade:** Psicologia

O Comitê de Ética em Pesquisa, reunido em **01/11/2007**, deliberou como segue sobre o protocolo em questão:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo *desenvolver* uma "pesquisa qualitativa descritiva, abordando questões subjetivas dos pacientes que sofreram lesão cerebral, aproveitando-se também dos dados quantitativos. Serão utilizados 30 pacientes com lesão cerebral adquirida (tumor cerebral, acidente vascular cerebral ou traumatismo crânio-encefálico) na vida adulta (20-65 anos), e um cuidador do paciente. Serão escolhidos somente pacientes com lesão cerebral adquirida na vida adulta, pois será essa fase do desenvolvimento a ser abordada, o que seria muito diferente das fases de desenvolvimento infância/ adolescência ou idosos. Podem ser do sexo feminino ou masculino. Serão divididos em lesão hemisférica direita e lesão hemisférica esquerda. A pesquisa será desenvolvida junto aos pacientes atendidos no centro de reabilitação Lar Escola São Francisco – UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). Os instrumentos a serem utilizados serão: mini-mental para um rastreio dos aspectos cognitivos; entrevistas semi-dirigidas com o paciente e cuidador; desenho da figura humana para investigação dos aspectos afetivo-emocionais". Após leitura e análise do projeto e exame criterioso de todos os itens que compõem os documentos do Protocolo de Pesquisa, incluindo os itens presentes no Roteiro de Checagem para o parecerista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi constatado que nada consta do processo que fira os princípios e normas da ética em pesquisa.

O CEP-UMESP considera o projeto de pesquisa **APROVADO**, lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- Que sejam encaminhados ao CEP-UMESP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais)
- Que sejam notificados ao CEP-UMESP eventos adversos que tenham ocorrido no curso da pesquisa e que sejam significativos do ponto de vista ético e metodológico;
- Que sejam notificadas eventuais emendas e modificações no protocolo de pesquisa

São Bernardo do Campo, 01 de novembro de 2007

*[Assinatura]*  
**Profa. Dra. Sandra Duarte de Souza**  
Coordenadora do CEP-UMESP

Campus Rudge Ramos  
Rua do Sacramento, 230 - Rudge Ramos  
09640-000 - São Bernardo do Campo - SP  
Tel: (11) 4366-5600

Campus Vergueiro  
Av. Senador Vergueiro, 1301 - Jardim do Mar  
09750-001 - São Bernardo do Campo - SP  
Tel: (11) 4366-5400

Campus Planalto  
Rua Dom Jaime de Barros Câmara, 1000 - Planalto  
09895-400 - São Bernardo do Campo - SP  
Tel: (11) 4366-5300

www.metodista.br

<sup>22</sup> As alterações foram aprovadas em reunião do CEP em 2009, e constam nos arquivos destes.

## ANEXO D

### ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA

Para compor este Anexo D, com as informações da avaliação da EDAO, foram compilados os dados da obra original de Simon (2005); Mazzotti (2007) e aulas proferidas na disciplina de “*Fundamentos de Psicologia da Saúde*”, do curso de mestrado em Psicologia da Saúde, da UMESP, pela profa. Dra. Maria Geralda Vianna Heleno, em maio e junho de 2007.

A EDAO considera a qualidade das respostas do paciente, durante a entrevista, baseada em quatro setores:

- **Afetivo-relacional (A-R)** compreende o conjunto dos sentimentos, atitudes e ações do sujeito em relação a si mesmo (intrapessoal) e ao outro (interpessoal). Este setor apresenta maior influência na adaptação, e interage de forma decisiva com os outros setores.
- **Produtividade (Pr)** refere-se ao conjunto dos sentimentos, atitudes e ações do sujeito em face ao trabalho, estudo, ou outra atividade produtiva seja ela de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como atividade principal no período.
- **Sócio-cultural (S-C)** abrange o conjunto dos sentimentos atitudes e ações do indivíduo relativos à organização social, recursos comunitários, pressões sociais, bem como os valores e costumes da cultura em que vive.
- **Orgânico (Or)** compreende o estado (anatômico) e o funcionamento (fisiológico) da totalidade do organismo da pessoa, bem como seus sentimentos, atitudes e ações em relação ao próprio, corpo, à higiene, alimentação, sono, sexo (fisiológico), indumentária.

De acordo com a proposta do autor, criador da escala, Simon (2005) coloca que os setores A-R e Pr são avaliados de forma quantitativa e o S-C e Or de forma qualitativa. Sendo assim, se um paciente apresenta grande parte das respostas no setor A-R como pouco adequadas, teria 3 pontos, conforme o quadro a seguir:

**Quadro - Quantificação dos setores adaptativos A-R e Pr**

Setor	Pontuação		
	Adequado	Pouco	Pouquíssimo
A-R	3	2	1
Pr	2	1	0,5

(SIMON, 2005, p. 27)

- as **soluções adequadas** são construtivas, gratificantes, e dão origem a sentimentos de segurança e equilíbrio. Aqui predominam as pulsões de vida, e o diagnóstico nos quatro setores são de adaptações eficazes ou ineficazes leve. O indivíduo consegue resolver, gratificar e sem gerar conflitos.

- as **soluções pouquíssimo adequadas** são paralisantes ou involutivas, frustrantes e originam sentimentos de insegurança e tensão. Predominam as pulsões de morte (ou excesso das pulsões de vida, pois tudo que é excessivo prejudica a adequação), com o diagnóstico de adaptação ineficaz severa ou ineficaz grave. Assim, o indivíduo consegue resolver, mas não gratifica e gera conflito interno e/ ou externo.

- já as **soluções pouco adequadas** ficam entre as anteriores: ou gratificam, mas trazem insegurança e tensão, ou dão menos insegurança, mas são frustradoras e paralisantes. São causadas pela instabilidade das pulsões de vida e de morte, ora predominando uma ora outra, contribuindo ao diagnóstico de adaptação ineficaz moderada. Aqui, o indivíduo consegue resolver, mas não gratifica, sem conflitos; ou então resolve, gratifica mas causa conflitos.

Em paralelo com a teoria psicanalítica, o autor coloca que os fatores defensivos constituiriam modos de enfrentamento das situações –problema. Sendo rígidos, excessivos ou insuficientes, predis põem à soluções pouco ou pouquíssimo adequadas. Já se funcionarem com flexibilidade irão proporcionar soluções adequadas. Quanto mais rígido o sistema adaptativo, mais ele tenderá a produzir soluções pouco adequadas; caso cronifiquem-se, perpetuam estados depressivos cada vez mais dolorosos e distanciamento progressivo da realidade. Cumprem-se assim os desígnios degenerativos do instinto de morte.

Resultaram cinco grupos de adaptativos, listados a seguir.

**Quadro - Classificação quantitativa**

Grupo	Classificação Diagnostica	Soma	Pontuação
1	Adaptação Eficaz	(ambos adequados). AR adeq.+ Pr. adeq.=3+2	5,0
2	Adaptação Ineficaz Leve	(AR [ou Pr] adeq. +AR [ou Pr] pouco adeq.) AR pouco adeq. +PR adeq.-= 2+2= ou AR adeq. +Pr pouco adeq.= 3+1	4,0 4,0
3	Moderada	(ambos pouco adeq.) AR pouco adeq; + PR pouco adeq.= 2+1= (ou 1 adequado + 1 pouquíssimo). AR adeq. + Pr pouquissimo= 3+0,5 = ou AR pouquíssimo+Pr adeq.-=1+2=	3,0 3,5 3,0
4	Severa	(1 pouquíssimo + 1 pouco adeq.) AR pouquíssimo+Pr pouco=1 + 1 = ou AR pouco+Pr pouquíssimo=2+0,5=	2, 0 2,5
5	Grave	(2 pouquíssimo adequados) AR pouquíssimo+ Pr pouquissimo= 1+0,5-	1,5

(SIMON, 2005, p. 27)

Para facilitar a aproximação entre os grupos diagnósticos adaptativos e algumas descrições sintomáticas mais comuns ou alguns quadros clínicos psicopatológicos tradicionais o autor compôs o quadro a seguir.

**Quadro - descrição clínica**

Grupo	Adaptação	Descrição Clínica
1	Eficaz	Personalidade "normal", raros sintomas neuróticos ou caracterológicos
2	Ineficaz leve	Sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições
3	Ineficaz moderada	Alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos
4	Ineficaz severa	Sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos
5	Ineficaz grave	Neuroses incapacitantes, <i>borderlines</i> , psicóticos não agudos. Extrema rigidez caracterológica

(SIMON, 2005, p. 28)

## ANEXO E

### ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO (AGF)

- Código** (Obs.: Usar códigos intermediários quando apropriado, por ex., 45, 68, 72)
- 100 **Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos**  
 | **fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas.**  
 91 **Não apresenta sintomas.**
- 90 **Sintomas ausentes ou mínimos** (por ex., leve ansiedade antes de um exame), **bom**  
 | **funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades,**  
 | **efetivo socialmente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou**  
 81 **preocupações cotidianas** (por ex., uma discussão ocasional com membros da família).
- 80 **Se sintomas estão presentes, eles são temporários e consistem de reações previsíveis a**  
 | **estressores psicossociais** (por ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família);  
 | **não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar**  
 71 (por ex., apresenta declínio temporário na escola).
- 70 **Alguns sintomas leves** (por ex., humor depressivo e insônia leve) **OU alguma dificuldade no**  
 | **funcionamento social, ocupacional ou escolar** (por ex., faltas injustificadas à escola  
 | ocasionalmente, ou furto dentro de casa), **mas geralmente funcionando muito bem; possui**  
 61 **alguns relacionamentos interpessoais significativos.**
- 60 **Sintomas moderados** (por ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico  
 | ocasionais) **OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar** (por ex.,  
 51 poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
- 50 **Sintomas sérios** (por ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, freqüentes furtos em lojas)  
 | **OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar** (por ex., nenhum  
 41 amigo, incapaz de manter um emprego).
- 40 **Algum prejuízo no teste da realidade ou comunicação** (por ex., fala às vezes ilógica, obscura ou  
 | irrelevante) **OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações**  
 | **familiares, julgamento, pensamento ou humor** (por ex., homem deprimido evita amigos,  
 | negligencia a família e é incapaz de trabalhar; criança freqüentemente bate em crianças mais  
 31 jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola).
- 30 **Comportamento é consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério**  
 | **prejuízo na comunicação ou julgamento** (por ex., ocasionalmente incoerente, age de forma  
 | grosseiramente inapropriada, preocupação suicida) **OU inabilidade para funcionar na maioria**  
 21 **das áreas** (por ex., permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos).
- 20 **Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros** (por ex., tentativas de suicídio sem clara  
 | expectativa de morte; freqüentemente violento; excitação maníaca) **OU ocasionalmente falha ao**  
 | **manter a higiene pessoal mínima** (por ex., suja-se de fezes) **OU prejuízo grosseiro na**  
 11 **comunicação** (por ex., amplamente incoerente ou mudo).
- 10 **Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros** (por ex., violência recorrente) **OU**  
 | **inabilidade persistente para manter uma higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com**  
 1 **clara expectativa de morte.**
- 0 Informações inadequadas

## ANEXO F

### ESCALA DE FUNCIONAMENTO DEFENSIVO

#### *Níveis de Defesa e Mecanismos de Defesa Individuais*

**Alto nível adaptativo.** Este nível de funcionamento defensivo resulta em adaptação muito favorável no manejo de estressores. Essas defesas geralmente maximizam a gratificação e permitem a conscientização de sentimentos, idéias e suas conseqüências. Elas também promovem um equilíbrio favorável entre motivos conflitantes. Exemplos de defesas deste nível:

- afiliação
- altruísmo
- antecipação
- auto-absorção
- auto-afirmação
- auto-observação
- humor
- sublimação
- supressão

**Nível das inibições mentais (formação de compromisso).** O funcionamento defensivo neste nível mantém idéias, sentimentos, recordações, desejos ou temores potencialmente ameaçadores fora da consciência. Exemplos:

- anulação
- deslocamento
- dissociação
- formação reativa
- intelectualização
- isolamento do afeto
- repressão

**Nível de leve distorção da imagem.** Este nível caracteriza-se por distorções na imagem de si mesmo, do corpo ou de outros, podendo ser empregado para regular a auto-estima. Exemplos:

- desvalorização
- idealização
- onipotência

**Nível da negação.** Este nível caracteriza-se pela manutenção de estressores, impulsos, idéias, afetos ou responsabilidades desagradáveis ou inaceitáveis fora da consciência, com ou sem uma atribuição incorreta destes a causas externas. Exemplos:

- negação
- projeção
- racionalização

**Nível de importante distorção da imagem.** Este nível caracteriza-se por uma ampla distorção ou descrição incorreta da imagem, própria ou de outros. Exemplos:

- cisão da auto-imagem ou da imagem de outros
- fantasia autista
- identificação projetiva

**Nível da ação.** Este nível é caracterizado por um funcionamento defensivo que lida com os estressores internos ou externos pela ação ou pelo retraimento. Exemplos:

- atuação (*acting out*)
- agressão passiva
- queixas com rejeição de ajuda
- retraimento apático

**Nível da desregulação defensiva.** Este nível é caracterizado pelo fracasso da regulação defensiva em conter a reação do indivíduo a estressores, levando a uma ruptura pronunciada com a realidade. Exemplos:

- distorção psicótica
- negação psicótica
- projeção delirante

**Formulário para Registro: Escala de Funcionamento Defensivo**

**A. Defesas ou Formas de Manejo Atuais:** Relacione por ordem, começando pelas defesas ou formas de manejo mais proeminentes.

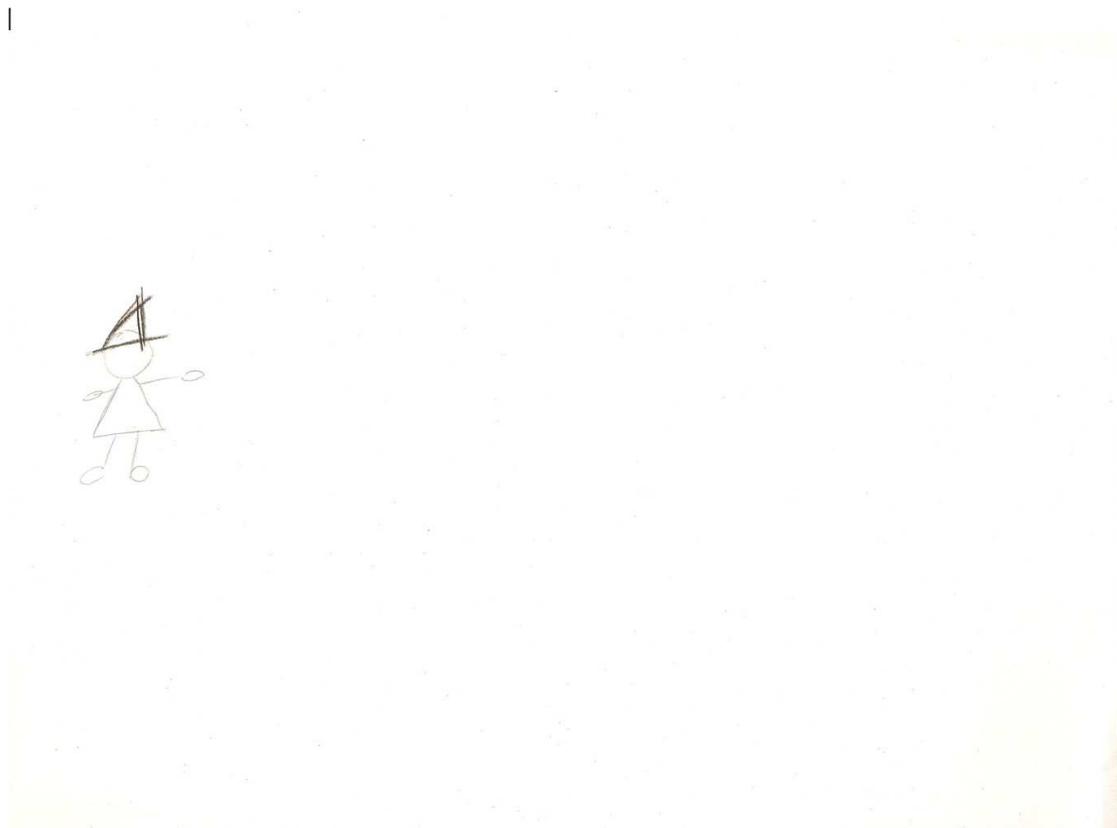
1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

**B. Nível de Defesa Atualmente Predominante:** \_\_\_\_\_

Figura extraída do DSM-IV (1995, p. 711).

**ANEXO G**

**DESENHO DA FIGURA HUMANA DA PACIENTE MIRANDA**



**ANEXO H**

**DESENHO DA FIGURA HUMANA DO PACIENTE ANDREI**



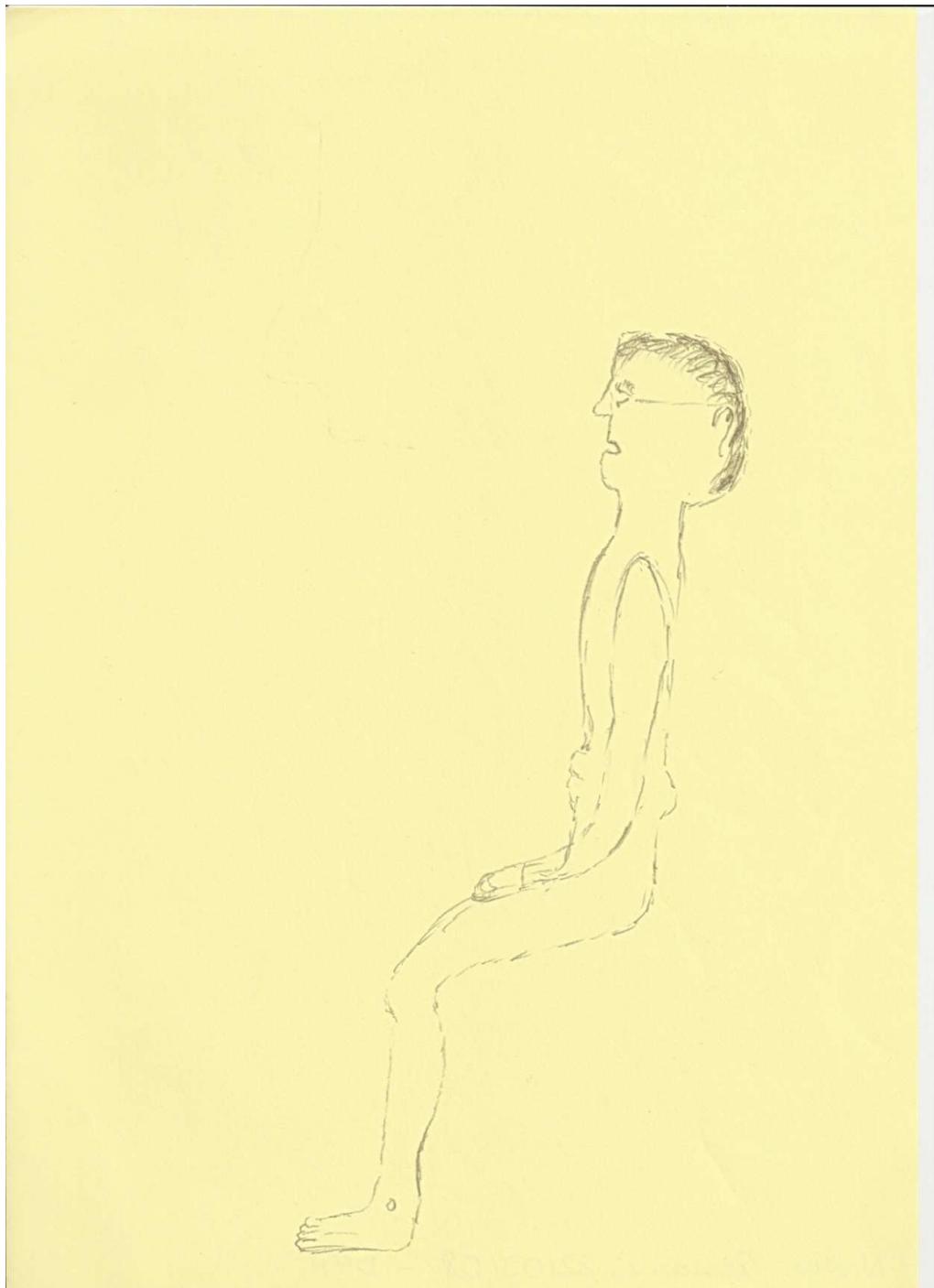
**ANEXO I**

**DESENHO DA FIGURA HUMANA DA PACIENTE VANESSA**



**ANEXO J**

**DESENHO DA FIGURA HUMANA DO PACIENTE RUBENS**



**ANEXO L**

**DESENHO DA FIGURA HUMANA DO PACIENTE CARLOS**

---



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)