

Doença Arterial Coronariana e Vivência de Perdas

Coronary Artery Disease and Experiences of Losses

Rachel Jurkiewicz¹ e Bellkiss Wilma Romano²

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná¹, Curitiba, PR; Pós-graduação do InCor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo², São Paulo, SP - Brasil

Resumo

Fundamento: Na literatura, a depressão aparece associada a doenças cardiovasculares. A partir da experiência clínica, observou-se a categoria vivência de perdas associada à instalação e ao desenvolvimento da coronariopatia. A vivência de perdas, desencadeada por evento(s) significativo(s) apontado(s) pelo paciente, implica em processo de luto, remetendo-o aos fatores psicossociais predisponentes ao adoecer.

Objetivo: Investigar vivência de perdas por meio da avaliação do estado de luto e de depressão, e verificar a relação entre ambos, em pacientes internados com doença arterial coronariana.

Métodos: Avaliaram-se 44 pacientes internados, com os diagnósticos de infarto agudo do miocárdio ou angina, de 33 a 65 anos, 50% homens e 50% mulheres. Foram utilizados dois instrumentos: entrevista semi-estruturada para investigação de vivência de perdas e avaliação do estado de luto, e inventário de depressão de Beck para avaliação de depressão. Os resultados foram relacionados pelo programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 11.0.

Resultados: O estado de luto pode ser identificado em 66% dos casos, com significativa relação entre luto e depressão ($p < 0,05$). Observou-se ainda que 100% das pessoas com depressão grave apresentam luto. O evento significativo referido com mais frequência foi morte de familiares (47%) e de pessoa próxima (13%), totalizando 60% dos eventos relatados por 84% dos participantes. De acordo com os resultados obtidos pelo inventário de depressão de Beck, 48% encontram-se em estado de depressão.

Conclusão: Este estudo sugere que a categoria vivência de perdas deve ser utilizada como indicativo de fator psicológico predisponente às manifestações da doença arterial coronariana (DAC), apontando para a relação entre luto e depressão. (Arq Bras Cardiol 2009; 93(3) : 352-359)

Palavras-chave: Doença da artéria coronariana, depressão, pacientes internados/psicologia, sintomas afetivos.

Summary

Background: In literature, depression is associated with cardiovascular diseases. From clinical experience, we observed that the psychological category "experience of loss" was associated with the onset and development of coronary heart disease. The experience of loss caused by self-reported significant event(s) leads to grief and the psychosocial factors which predispose the patient to diseases.

Objective: To study the impact of the experience of loss by investigating the relationship between mourning and depression, in hospitalized patients with coronary heart disease.

Methods: 44 inpatients (50% men and 50% women, aged 33 to 65 years), with a diagnosis of acute myocardial infarction or angina, were evaluated. Two instruments were used: a semi-structured interview, for investigating the experience of loss and evaluating the state of grief; and the Beck Depression Inventory, for measuring the severity of depression. The results were expressed using the computer program *Statistical Package for Social Sciences* version 11.0.

Results: 66% of the patients were in mourning, the relationship between mourning and depression was significant ($p < 0,05$), and we verified that 100% of the patients who had serious depression were in mourning. The most frequent self-reported significant event was death of a family member (47%) and death of a close person (13%), totaling 60% of the events, reported by 84% of the participants. According to the results of Beck Depression Inventory, 48% of them had depression.

Conclusion: This study suggests that the psychological category "experience of loss" should be used as an indicator of the existence of psychological factors that could predispose the patient to CAD, and also confirms the relationship between a state of mourning and depression. (Arq Bras Cardiol 2009; 93(3) : 327-333)

Key words: Coronary artery diseases; depression; inpatients/psychology; affective symptoms.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Correspondência: Rachel Jurkiewicz •

Av. Visconde de Guarapuava, 4303 / 706 - Batel - 80250-220 - Curitiba, PR - Brasil

E-mail: rachelcwb@terra.com.br

Artigo recebido em 06/03/2008; revisado recebido em 10/06/2008; aceito em 01/07/2008.

Introdução

Em países da América Latina, a presença de fatores psicossociais está associada com risco aumentado de infarto agudo do miocárdio (IAM). Pacientes com IAM demonstraram maior prevalência de fatores psicossociais (40,2%) em relação aos controles (26,6%)¹.

Estresse emocional relacionado a ambiente de trabalho e problemas pessoais e familiares também representam risco para o adoecer. Os fatores de risco considerados tradicionais, como hipercolesterolemia, tabagismo, sedentarismo, hipertensão, diabetes e obesidade, não foram encontrados em 35% dos casos de doença arterial coronariana (DAC) documentada, o que motiva a busca de outros fatores, de forma que, para alguns autores, a questão sobre fatores de risco ainda merece discussão. Na clínica, observam-se diversas combinações desses fatores em cada indivíduo².

Pereira e Haddad³ constataram em 22 pacientes a manifestação da doença na época em que ocorrera a perda de pessoas próximas, por morte, doença ou ruptura de relacionamento, o que coincide com o observado no decorrer da rotina de assistência psicológica aos cardiopatas internados, quando histórias dramáticas caracterizadas por perdas significativas são relatadas. Com base nesse histórico, criou-se a categoria “vivência de perdas”, como construção teórica de um fenômeno⁴.

A vivência de perdas é desencadeada por eventos significativos que afetam a subjetividade em sua carência, propiciando a atualização de outras perdas. É considerada equivalente à crise psicossocial ou situação de estresse⁵.

Vivência de perdas, como categoria, abrange três diferentes abordagens epistemológicas que coexistem ao se tratar do humano. A primeira abordagem diz respeito aos aspectos psicossociais da psicologia e à capacidade subjetiva de adaptação aos eventos do cotidiano, com ênfase no ambiente. A segunda, voltada para os aspectos psicodinâmicos com base na psicanálise, considera as manifestações corpóreas da angústia e outros afetos, como sinais de conflito psíquico. A terceira, referente à prática médica, concentra-se nas descrições fenomenológicas de sintomas funcionais e corpóreos, com predomínio de aspectos orgânicos, incluindo a psiquiátrica. Dessa forma, estão contemplados os âmbitos biopsicossociais.

A finalidade desta pesquisa foi demonstrar a presença da vivência de perdas em pacientes coronarianos internados, a conseqüente manifestação do estado de luto e a relação com depressão.

Fundamentos

Luto e vivência de perdas

No curso de uma vivência de perdas, deve ser realizado um luto, o que Freud define como reação à perda de um ser amado ou uma abstração equivalente, a pátria, a liberdade, o ideal. Trata-se de um trabalho psíquico que consiste em elaborar a perda e abandonar as relações com o objeto perdido, mas, desde então, vêm sendo apontadas dificuldades nesse processo. Freud⁶ apresenta em sua obra um questionamento sobre os processos patológicos, como

contrários ao luto.

Segundo Glass⁷, as conceituações de Freud, baseadas em observações clínicas, são precoces, mas ainda precursoras de pontos de vista atuais sobre a normalidade e o contrário do processo do luto.

A perda, por que todos passam em vários momentos da vida, pode ser real ou fantasiosa, mas o fracasso de elaboração pode significar atual ou futura complicação médica e/ou psiquiátrica. O processo de resolução varia de indivíduo para indivíduo, cada pessoa enfrenta as perdas e responde a elas de formas bastante diversificadas, o que dependerá da personalidade do enlutado, de experiências prévias de vida, do significado da perda, da natureza da relação com o objeto, da existência de uma rede social e familiar de apoio, de sua bagagem cultural, de eventos intercorrentes de vida, entre outros⁸. Até que se realize o luto, existem muitos percursos e modalidades de resolução, diversidade que se deve às condições subjetivas de cada ser humano⁹.

O luto pode levar a disfunções orgânicas que causam doenças. Muitas doenças físicas e mentais têm sido atribuídas à experiência de perda, sendo pertinentes ao processo do luto os sentimentos de desamparo e desesperança, responsáveis pelas doenças físicas¹⁰. O adoecer é a reação à perda não elaborada. Está provado que há uma alta taxa de mortalidade durante o segundo ou terceiro anos depois da morte de alguém próximo, cônjuge ou outro familiar¹¹.

O estudo de Ruschel¹² está focalizado em sete pacientes enfartados que referiram como uma das causas da doença luto não elaborado por morte de familiares. Tem como referência a terminologia luto não elaborado, fundamentado nas falhas do desenvolvimento e na capacidade simbólica¹².

Luto e depressão

Entende-se que, em qualquer época da vida, organização psíquica e/ou personalidade, a depressão pode se manifestar no ser humano como reação psicológica, afetando concomitantemente os aspectos psíquicos, comportamentais e orgânicos.

A literatura demonstra que não tem sido fácil uma conceitualização diferencial precisa entre luto e depressão. Conforme o *Manual diagnóstico e estatístico de saúde mental* (DSM-IV), o episódio depressivo maior pode ser assim diagnosticado se os sintomas persistirem por mais de 2 meses após a perda de um ente querido. A persistência temporal de sintomas do luto pode se tornar sintomas do episódio depressivo maior. Trata-se de luto quando o foco da atenção clínica é uma reação à morte de um ente querido. O indivíduo enlutado apresenta humor deprimido como sendo normal. A duração e expressão do luto normal variam consideravelmente entre diferentes grupos culturais. Também se considera como problema de fase da vida uma categoria que pode ser usada quando o foco da atenção clínica é um problema associado com determinada fase de desenvolvimento ou outra circunstância da vida que não se deve a um transtorno mental. Isso é exemplificado com alguns eventos que podem ser significativos: saída da casa dos pais, ingresso na escola, nova profissão, casamento, divórcio, aposentadoria. Entende-se assim que eventos significativos

desencadeiam o estado de luto¹³.

As complicações do luto podem ser fatores de risco para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas como a depressão maior, sendo esta reação do processo do luto.

Os estados de luto são considerados aspectos psicodinâmicos dos depressivos. As depressões são manifestações sintomáticas dos estados de luto, o que significa que coexistem de forma interdependente, como integrantes de um mesmo fenômeno, a vivência de perdas.

Depressão e doença arterial coronariana

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁴, o transtorno depressivo, que é hoje responsável pela quarta causa de morte, em 2020 passará a ocupar o segundo lugar, depois das cardiopatias.

As doenças cardiovasculares vêm sendo apontadas na literatura como uma das mais frequentes causas de mortalidade no mundo ocidental, e a principal etiologia desse grupo de doenças é a aterosclerose humana, considerada um processo crônico, progressivo e sistêmico, que se caracteriza por resposta inflamatória e fibroproliferativa da parede arterial, causada por agressões à superfície arterial^{15,16}.

A DAC e a depressão são duas enfermidades com grande impacto na saúde por causa da alta prevalência e de seus efeitos tanto na mortalidade como na qualidade de vida, e evidências clínicas constatarem uma estreita relação entre elas¹⁷.

Furchgott e Zowadzki¹⁸ demonstraram que a célula endotelial controla ativamente o tônus vascular, a coagulação, a trombólise, a remodelação vascular e a resposta inflamatória e imune^{18,19}. Como se trata de uma doença inflamatória crônica, evidências apontam um papel importante de agente infeccioso na gênese das placas que obstruem as artérias, existindo a relação: infecção-inflamação-aterosclerose.

A depressão como fator predisponente à DAC interfere nas alterações imunológicas e neuroendócrinas, que podem afetar o processo infeccioso, o que justifica o destaque na literatura. A depressão está associada a certas cardiopatias, quer esta relação seja de causa, como fator de risco ou consequência, isto é, há evidências de maior prevalência da depressão entre os portadores da doença arterial coronariana²⁰.

Strike e Steptoe²¹ perceberam e demonstraram interesse pelo acúmulo de evidências, por meio de estudos clínicos e epidemiológicos, de que fatores psicossociais contribuem para a doença arterial coronariana, sendo a depressão colocada como um deles. Esses autores realizaram uma revisão de estudos epidemiológicos prospectivos de coorte sobre a depressão e o subsequente desenvolvimento da DAC, que demonstram que o risco relativo entre depressivos é o dobro, quando comparado com não-depressivos. Assim, indivíduos depressivos estão mais propensos a desenvolver angina ou infarto do miocárdio. Relataram que os resultados de vários estudos sobre depressão e doença arterial coronariana incitam a investigação de mecanismos psicobiológicos envolvidos. Segundo esses pesquisadores, tanto a depressão poderia conduzir a um processo de inflamação e consequentemente à doença arterial coronariana como um processo inflamatório desconhecido, provocaria depressão e doença arterial

coronariana. Para esses autores, a depressão também pode contribuir para o desenvolvimento da DAC, interferindo em hábitos como tabagismo, alimentação, pouca atividade física e a não-adesão ao tratamento. Todos esses fatores de risco são prevalentes em pessoas deprimidas, de modo que a função endotelial fica significativamente alterada. Consideram que a depressão pode agir como estressor crônico, prolongando a disfunção endotelial e suas consequências, como aumento de células de adesão, migração e proliferação, resultando num meio pró-aterosclerose. O trabalho desses pesquisadores demonstra evidências clínicas de que a depressão pode ser tanto marcador como fator de risco para DAC²¹.

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

Objetivos

O objetivo deste trabalho foi investigar a vivência de perdas por meio da avaliação de estados de luto e de depressão, e verificar a relação entre ambos, em pacientes internados por causa de doença arterial coronariana.

Métodos

Este estudo é observacional, com abordagem qualitativa. A amostra constituiu-se de 44 pacientes internados, de ambos os gêneros, da faixa etária de 18 até 65 anos, internados em razão de diagnósticos de infarto agudo do miocárdio ou angina. Na ocasião da avaliação, encontravam-se internados para investigação, sem indicação de cirurgia até o momento, em leitos da unidade de internação de cardiologia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Estes foram atendidos pela rotina de avaliação e acompanhamento psicológico a pacientes internados, em ordem sequencial de internação, seguindo os critérios estabelecidos.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFPR. Para participar, além de atender aos critérios de seleção estabelecidos, o paciente deveria estar lúcido, orientado e aceitar sua inclusão na pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram utilizados dois instrumentos: entrevista semi-estruturada e inventário de depressão de Beck (IDB).

A entrevista foi utilizada para identificar evento(s) significativo(s), por meio de perguntas-chave: "Aconteceu algo que modificou sua vida?" e "Aconteceu alguma perda que foi significativa, levando a mudanças em sua vida?". Outra finalidade dessa entrevista foi avaliar o estado de luto. Esse processo se deu pela identificação de evento(s) significativo(s) e também por meio de oito descritores do luto: tristeza, choro fácil, sentir falta do objeto perdido, sentimento de vazio, sentimento de culpa, isolamento, perda do interesse e inibição. Estes foram extraídos no decorrer da prática clínica e identificados durante o contato com o paciente, por meio

Artigo Original

de observação, ou emergiram no relato. Considerou-se estado de luto a presença de três desses descritores.

O IDB foi utilizado para avaliação dos estados de depressão. Esse instrumento contém 21 itens, cada qual com quatro alternativas, e o indivíduo deveria escolher uma delas. Esse inventário tem por objetivo avaliar o estado de depressão, classificado de acordo com a pontuação:

- Menor de 10 pontos: sem depressão.
- De 10 a 18: depressão leve a moderada.
- De 19 a 29: depressão moderada a grave.
- De 30 a 63: depressão grave²².

Kendall e cols.²² sugerem que se considere como depressão a pontuação acima de 19 pontos, que corresponde às classificações de depressão moderada a grave e grave²³. Com base nessa recomendação, os resultados foram obtidos de outra forma, considerando-se duas categorias “com depressão”, agrupando-se os resultados do IDB, depressão moderada a grave e “sem depressão”, agrupando-se os resultados do IDB, sem depressão e depressão leve a moderada.

A análise estatística foi feita com a utilização do programa de computador *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – 11.0), para identificar relações existentes entre as variáveis deste estudo: eventos significativos, luto e depressão. Para a obtenção dos resultados de significância entre variáveis, utilizou-se o teste estatístico qui-quadrado. Para as demais análises, utilizaram-se frequência e porcentagem simples.

Resultados

Caracterização da amostra

De ambos os gêneros em igual proporção de mulheres e homens, com a idade variando de 33 até 65 anos de idade, todos os 44 pacientes foram avaliados quando internados na unidade de internação de cardiologia, dos quais 25% com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e 75% com o diagnóstico de angina.

Existe um predomínio de 52,3%, correspondente à faixa etária de 50 a 60 anos.

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

Estado de luto, eventos significativos e descritores

De um total de 100, todos relataram eventos significativos. Destes, o que predomina é o evento “morte de familiar” (47%) que somado ao evento “morte de pessoa próxima” (13%) perfaz o total de 60%, dados estes demonstrados na tabela 1.

O percentual do total de participantes que relataram morte de familiar ou pessoa próxima como evento significativo foi de 84,2%, tendo sido identificado estado de luto em 65,9% do total da amostra.

Quanto ao número de mortes relatadas pelos participantes, considerando-se cinco categorias – nenhuma morte, 1 morte, 2 mortes, 3 mortes e 4 mortes –, observou-se que 100% daqueles que relataram 4 mortes encontram-se em estado de

Tabela 1 – Eventos significativos

Tipo de evento	FR. ESA	FR. ESR	Percentual
Morte de filho(a)	8	1	9%
Morte de cônjuge	4	1	5%
Morte de irmãos	10	3	13%
Morte de pai	6	1	7%
Morte de mãe	8	5	13%
Morte de familiar – total	36	11	47%
Morte de outra pessoa próxima	2	11	13%
Doença de familiar	-	9	9%
Problema com álcool e drogas familiares	3	2	5%
Separação conjugal	6	1	7%
Separação de familiar.	1	1	2%
Briga ou discussão com familiar	-	2	2%
Dificuldades no relacionamento com filhos	-	1	1%
Dificuldades no relacionamento conjugal	-	1	1%
Preocupação com filhos ou netos	-	1	1%
Perda do emprego	2	3	5%
Prejuízo financeiro	1	2	3%
Briga e discussão com cliente	-	1	1%
Mudança de cidade	1	1	2%
Mudança de residência	-	1	1%
Total	52	48	100%

luto. Dos que relataram 2 mortes, 85,7% apresentam estado de luto. Daqueles que não relataram nenhuma morte, apenas 14,3% encontram-se em estado de luto (gráfico 1).

Dos oito descritores do estado de luto, são apresentados os mais frequentes, em ordem decrescente: tristeza (50,0%), sentir falta do objeto perdido (47,7%), choro fácil (36,4%), sentimento de culpa (22,7%), sentimento de vazio (13,6%), isolamento (13,6%), perda do interesse (11,4%) e inibição (2,3%). É importante lembrar que tais percentuais não somam 100% pelo fato de terem sido considerados três descritores do luto para cada sujeito. Esses valores estão apresentados na tabela 2.

Estados de depressão

De acordo com os resultados obtidos por meio do inventário de depressão de Beck, 68,3% apresentam depressão. Destes, 20,5% apresentam depressão leve a moderada, 36,4% depressão moderada a grave e 11,4% depressão grave. Considerando duas categorias, “com” e “sem” depressão, 47,8% encontram-se em depressão e 52,2% não apresentam esse sintoma (tabela 3).

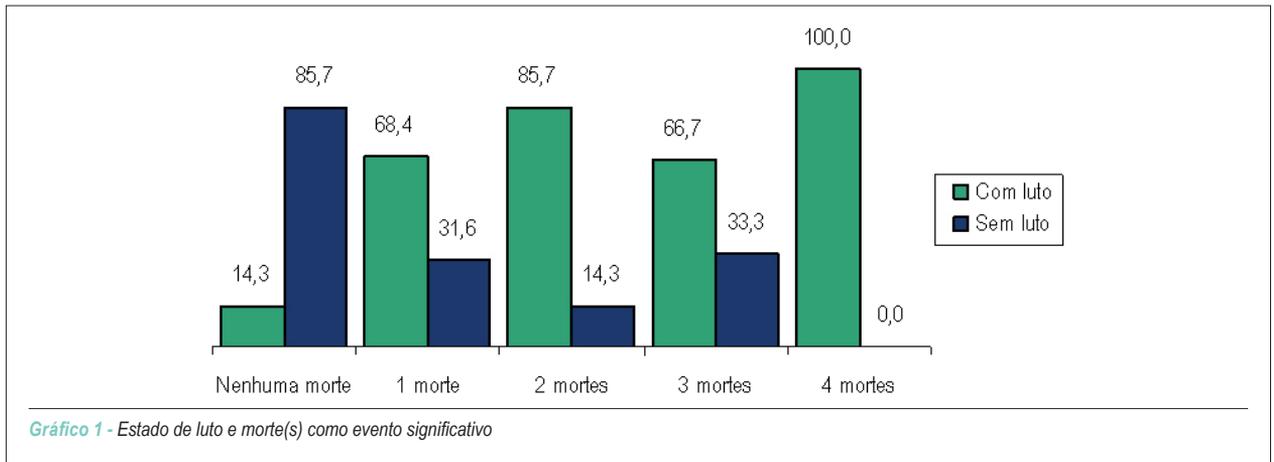


Tabela 2 – Descritores do luto

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

Relação entre estados de luto e de depressão

Constatou-se relação significativa entre luto e depressão ($\chi^2 = 13,513; gl = 3; p < 0,05$).

Em relação aos pacientes sem sintomas de depressão, 71,4% não apresentaram estado de luto, o que ocorreu em 28,6% destes.

É crescente a porcentagem do estado de luto em relação à classificação progressiva da depressão, de forma que 100% das pessoas com depressão grave apresentaram luto; 81,3%, depressão moderada a grave; e 77,8%, depressão leve a moderada (gráfico 2).

Tabela 3 – Resultados do inventário de depressão de Beck

Depressão	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Sem depressão	14	31,7		
Depressão leve a moderada	9	20,5	23	52,2
Depressão moderada a grave	16	36,4		
Depressão grave	5	11,4	21	47,8
Total	44	100,0	44	100,0

Quanto aos resultados do inventário de Beck, agrupados nas categorias “sem depressão” e “com depressão”, a relação entre estados de depressão e de luto mostrou-se novamente significativa ($\chi^2 = 7,013; gl = 1; p < 0,05$) (gráfico 3).

Discussão

Caracterização da amostra quanto à idade

O predomínio da faixa etária de 50 a 60 anos (52,3%) caracteriza-se como transição da idade adulta para a avançada, quando as transformações corporais desencadeiam outras mudanças psicológicas e comportamentais. Nessa fase, são frequentes perdas significativas, de familiares e pessoas próximas, além da vitalidade, vida produtiva e sexualidade, caracterizando-se como vivência de perdas, situação de mudanças e/ou crise psicossocial. Com base nesses resultados, pode-se considerar a idade acima de 50 anos como de maior risco, o que aconteceu com 79,6% desta amostra, internada para investigação clínica na unidade de cardiologia com angina ou infarto agudo do miocárdio. Isso pode ser associado ao fato de a aterosclerose humana ser considerada um processo crônico, progressivo e sistêmico, que pode ter início em idade precoce, mas manifestar-se tardiamente na vida adulta¹⁵.

A delimitação da idade desta amostra para 65 anos, além de ser considerada pela Organização Mundial de Saúde como início da idade avançada, deve-se ao fato de algumas das características do ciclo vital de idade avançada coincidirem com os sintomas de depressão. Estudo realizado

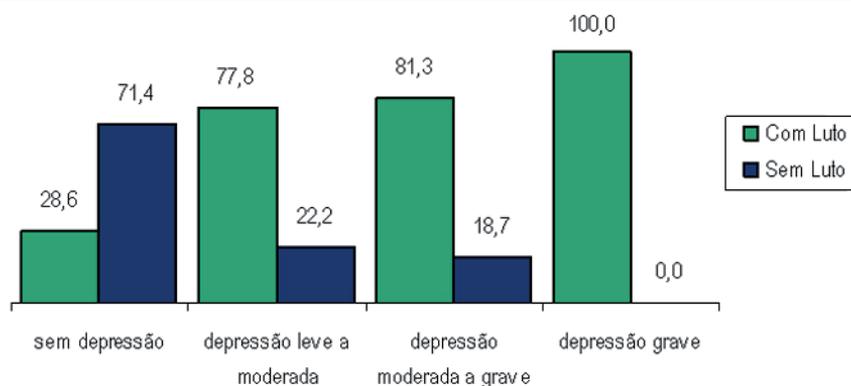


Gráfico 2 - Luto e depressão.

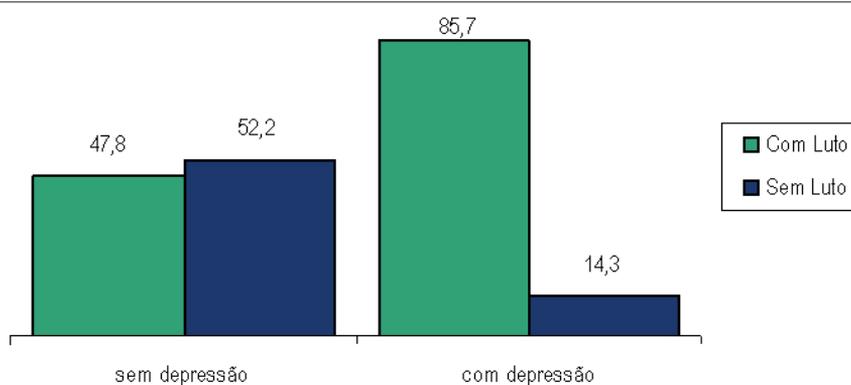


Gráfico 3 - Luto com "sem depressão" e "com depressão".

com população de idosos no Rio Grande do Sul considerou nessa população os quadros depressivos com características clínicas peculiares. A diminuição da resposta emocional acarreta predomínio de sintomas como: diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminções sobre o passado e perda de energia. Essa diferença na apresentação dos quadros de depressão em idosos com relação a adultos fez que alguns autores formulassem a hipótese a respeito da menor prevalência de transtornos depressivos nessa idade^{24,25}. No entanto, a vivência de perdas pode estar presente ante a possibilidade do fim da vida, da morte e de outras mudanças típicas desse ciclo vital. Justifica-se essa alteração pela eliminação de possível confusão entre as características da depressão e do ciclo vital idade avançada.

Eventos significativos e estado de luto

Eventos significativos são desencadeantes de vivência de perdas e do estado de luto.

Todos os sujeitos desta amostra referem-se à ocorrência de um ou mais eventos significativos no curso de suas histórias de vida, mas não são todos que se encontram em luto. Isso quer dizer que não é qualquer acontecimento que vai

determinar a vivência de perdas e o luto. Para que isso ocorra, o evento deve afetar a realidade psíquica e tornar-se evento significativo. De todos os eventos citados, 60% referem-se a mortes de familiar e pessoa próxima, tendo sido constatada a relação de significância estatística entre estados de luto e a quantidade de mortes relatadas como eventos significativos ($\chi^2 = 9,873$; $gl = 1$; $p < 0,05$). Esses dados confirmam as dificuldades para elaborar a perda de familiares e pessoas próximas. O trabalho psíquico do luto vai depender do tipo de relacionamento estabelecido, do grau de dependência, da ambivalência, do que a pessoa perdida representava na economia psíquica, de quanto foi investido libidinalmente na relação. A qualidade do vínculo existente será determinante dos recursos subjetivos disponíveis para possibilitar o trabalho de elaboração da perda ou do processo do luto²⁶.

Os eventos classificados em eventos significativos antigos, ocorridos há mais de 2 anos, e eventos significativos recentes, ocorridos há 2 dois anos, devem-se a Kaplan e Sadock²⁷, que consideram de 1 a 2 anos o tempo necessário para a elaboração da perda. Nesta pesquisa, está sendo considerado estado de luto, tanto decorrente de perda ocorrida há até 2 anos como aquela ocorrida há mais tempo, que implica dificuldades para elaborá-la. Isso significa que o tempo de

ocorrência desses eventos para o psíquico é atual, visto que o inconsciente é atemporal²⁸, a vivência é única, principalmente quando a ênfase está dada nas condições subjetivas para elaboração da perda e realização do luto. O luto pode ser verificado e se manifestar da mesma forma tanto naqueles que perderam familiar ou pessoa próxima recentemente, há até 2 anos, evento significativo recente, como há mais de 2 anos, evento significativo antigo. Dos participantes deste estudo, 52,3% relataram eventos significativos recentes e antigos. Do ponto de vista psicodinâmico, um evento significativo recente remete à vivência de outro evento significativo antigo²⁸.

Estado de luto

O estado de luto presente em 65,9% desta amostra vem confirmar a importância da categoria “vivência de perdas” como indicativa de fator psicológico predisponente para doença arterial coronariana. Os indivíduos que apresentam estado de luto estão passando por vivência de perdas que ainda não foram elaboradas, ficando explícita a existência de aspectos psicológicos, como mais um fator implicado nos processos do adoecer.

Shear e Shair²⁹ afirmam que a morte de pessoa próxima produz um estado de perda traumática e sintomas do luto agudo, que usualmente seguem uma revisão de representação interna do falecido para incorporar diante da realidade da morte. A falha desse processo resulta na síndrome do luto complicado, que consiste no prolongamento do tempo.

O tempo do luto é ponto de discussão, principalmente porque do ponto de vista psiquiátrico é o elemento que vem marcar a diferença entre luto e luto complicado, entre luto e depressão. Do ponto de vista da abordagem da subjetividade, a prioridade está dada nas dificuldades subjetivas para a realização do luto, estando implicados muitos aspectos da relação com o perdido, de forma que o tempo de elaboração é secundário. Lembrando a formação de Freud, médico neurologista, este apresenta uma preocupação entre o normal e o patológico no que diz respeito ao luto, que permanece na atualidade para a psicopatologia.

Estado de luto e depressão

Em razão de essas pessoas estarem doentes e internadas, quando a depressão pode ser considerada secundária, ou seja, esperada, seguindo-se a sugestão de Kendall e cols.²², considerando as duas categorias sem e com depressão, 47,8% apresentaram depressão, o que confirma a associação entre luto e depressão, que mostra significância estatística. Nem todas as pessoas em estado de luto apresentam depressão. daquelas sem sintomas de depressão, 28,6% apresentam luto.

Piper e cols.³⁰ concluíram que pacientes que apresentam luto complicado grave, quando comparados com outros que não vivenciam a perda de uma pessoa, manifestam uma

tendência a altos níveis de depressão e sintomas de estresse de um modo geral. Dos resultados obtidos, verificou-se que 100% dos pacientes com depressão grave estavam em estado de luto, e 81,3% destes apresentaram depressão moderada a grave. Não apresentam estado de luto 71,4% dos sujeitos que não têm depressão.

Clemens³¹ utiliza a terminologia desconstrução da depressão para referir-se à prática clínica voltada à singularidade de cada caso, considerando que, sob a depressão, é possível encontrar a dor da perda e o luto.

A depressão pode ser estado manifesto inerente ao luto, sinal de sofrimento psicológico e reação à perda, conforme consideração de Romano²⁰ de que a co-existência da depressão e do problema cardíaco pode ser entendida como reação normal ao luto ou fracasso desse processo.

Conclusões

Este estudo demonstra que a vivência de perdas e o consequente estado de luto são fatores psicológicos frequentes nas manifestações da DAC.

Destaca a relação interdependente entre o estado de luto, como aspecto psicodinâmico, com os estados manifestos de depressão, como dois âmbitos distintos que integram um mesmo fenômeno, a vivência de perdas.

Sugere a categoria vivência de perdas como indicativo de fator psicológico predisponente às manifestações da DAC, o que vem a ser uma contribuição para a abordagem, o diagnóstico e a prevenção dos estados de depressão, abordados na literatura como fator associado às doenças cardiovasculares.

Agradecimentos

Agradecemos aos professores doutores Cláudio L. Pereira da Cunha e Danton R. da Rocha Loures, e a todos os pacientes cardíacos internados e por nós atendidos, principalmente aos sujeitos desta pesquisa.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de tese de Doutorado de Rachel Jurkiewicz pelo Programa de Pós Graduação do Instituto do Coração do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCOR/HC/FMUSP)

Referências

1. Avezum Jr A, Piegas LS, Laes PE, Gebara O, Pedrosa R, Reis G, et al. Associação de fatores psicossociais com infarto agudo do miocárdio na América Latina: resultados do Estudo INTERHEART. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 85 (supl. 4): 177.
2. Da Luz PL, Favarato D. Doença coronária crônica. *Arq Bras Cardiol*. 1999; 72 (1): 5-21.
3. Pereira AAM, Haddad N. Efeitos psicológicos do prolongamento do tempo de espera para cirurgia cardíaca. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2002; 12 (5): 1-9.
4. Rey FLG. Pesquisa qualitativa em psicologia. São Paulo: Ed. Thomson Pioneira; 2002.
5. Jurkiewicz R. Psicologia clínica e saúde. *Revista Psicologia Argumento*. 2003; 21 (34): 41-7.
6. Freud S. Luto e melancolia. In: *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Ed. Delta; 1916. p. 235-253
7. Glass MR. Is grife a disease? sometimes. *JAMA*. 2005; 293 (21): 2658-60.
8. Cataldo Neto A, Majola RR. O luto normal, o luto patológico e o médico. In: 14^o Congresso da Associação Médica do Rio Grande do Sul, Caxias do Sul. *Rev Med PUCRS*. 1997; 7 (1): 9-16.
9. Raimbault GA. A criança e a morte. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves; 1979.
10. Parkes CM. Luto – estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus; 1998.
11. Silva MAD. Quem ama não adoce. São Paulo: Ed. Best Seller; 1994.
12. Ruschel PP. Quando o luto adoce o coração: luto não-elaborado e infarto. Porto Alegre: Edipucrs; 2006.
13. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM IV – Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
14. Organização Mundial de Saúde OMS. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
15. Da Luz PL, Favarato D. A disfunção endotelial como índice prognóstico e alvo terapêutico. In: Da Luz PL, Laurindo FRM, Chagas ACP. *Endotélio e doenças cardiovasculares*. São Paulo: Ed. Atheneu; 2003. p. 203-20.
16. Da Luz PL, Uint L. Endotélio na aterosclerose: interações celulares e vasomotricidade. In: Da Luz PL, Laurindo FRM, Chagas ACP. *Endotélio e doenças cardiovasculares*. São Paulo: Ed. Atheneu; 2003. p. 131-60.
17. Peres GH, Nicolau JC, Romano BW, Laranjeira R. Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 85 (5): 319-26.
18. Furchgott RF, Zawadzki JV. The obligatory role of the endothelium in the relaxation of arterial smooth muscle by acetylcholine. *Nature*. 1980; 288: 373-6.
19. Nascimento CA, Patriarca G, Heimann JC. Estrutura orgânica do endotélio vascular. In: Da Luz PL, Laurindo FRM, Chagas ACP. *Endotélio e doenças cardiovasculares*. São Paulo: Ed. Atheneu; 2003. p. 1-16.
20. Romano BW. Psicologia e cardiologia: encontros possíveis. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 61-72.
21. Strike PC, Steptoe A. Depression, stress and the heart. *Heart*. 2002; 88: 441-3.
22. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CJ, Ingram RE. Issues and recommendations regarding use of the beck depression inventory. *Cogn Ther Res*. 1987; 11: 89-299.
23. Gorenstein C, Zuardi AW, Andrade LHS. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. Porto Alegre: Lemos Editorial; 2000.
24. Gorenstein C, Andrade, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin*. 1998, 25 (5): 245-50.
25. Gazalle FK. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38 (3): 365-71.
26. Bromberg MHPF, Kovács MJ, Carvalho MMMJ, Carvalho, VA. Vida e morte: laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p.104.
27. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
28. Freud S. Recordar, repetir, elaborar. In: *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Ed. Delta; 1916. p. 279-88.
29. Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. *Dev Psychobiol*. 2005; 47: 253-67.
30. Piper WE, Ogrodniczuk JS, Azim HF, Weideman R. Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric out patients. *Psychiatr Serv*. 2001; 52 (8): 1069-74.
31. Clemens NA. Deconstructing depression. *J Psych Pract*. 2007; 13 (2): 106-8.