

Estresse pós-traumático: o impacto psíquico das complicações pós-operatórias

*Maria Angélica Pereira do Prado**

*Avelino Luiz Rodrigues***

Resumo

Este artigo é um recorte de uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo investigar o impacto psicológico em indivíduos que sofreram intercorrências cirúrgicas. Trata-se de um estudo longitudinal em seis pacientes no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), em três etapas: período de internação, três e seis meses após a inclusão na pesquisa. Para verificar a incidência dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), aplicou-se a Clinician-Administered PTSD Scale (Caps), por ser um instrumento diagnóstico que funciona como uma entrevista estruturada. Teoricamente, correlaciona-se o TEPT com as noções conceituais propostas pela psicanálise sobre o trauma psíquico *a posteriori* (Nachträglichkeit) e neurose traumática. Constatou-se que todos os pesquisados apresentaram sintomas referentes ao transtorno em pelo menos uma das três etapas. Conclui-se que a alta incidência dos sintomas do TEPT está associada ao tempo em que ficaram expostos à situação de incerteza em relação à própria saúde e ao agravamento do quadro clínico, fatores que incrementam a magnitude traumática e contrariam a teoria de que os danos físicos neutralizam a produção da neurose.

Palavras-chave: Trauma psíquico; Transtorno de Estresse Pós-Traumático; psicanálise; complicações pós-operatórias.

Post-traumatic stress: the psychic impact of postsurgical complications

Abstract

This paper is an excerpt from a qualitative study that aimed at investigating the psychological impact on individuals who undergone surgical complications. It is long-term study with six patients from University of São Paulo's College Hospital in three stages: during hospitalization, three and six months after their entry into the study. To determine the incidence of symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) was applied, since it is a diagnostic tool that functions as a structured interview. Theoretically, PTSD correlates with conceptual notions proposed by psychoanalysis on delayed psychological trauma (Nachträglichkeit) and traumatic neurosis. It was found that all respondents had symptoms related to the disorder in at least one of the three stages. We conclude that the high incidence of PTSD symptoms are associated with the amount of time they were exposed to uncertainty regarding their own health and the worsening of clinical symptoms, factors that increase the magnitude of the trauma and contradict the theory that physical damages neutralize the emergence of neurosis.

Keywords: Psychic Trauma; Post-Traumatic Stress Disorder; Psychoanalysis; Post-surgical complications.

* Mestre. Membro do Laboratório Sujeito e Corpo (Sucor) do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Contato: mariangelicaprado@gmail.com.

** Professor-Doutor do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório Sujeito e Corpo (Sucor).

Introdução

Nascemos com um corpo psíquico indiferenciado que mantém uma relação simbiótica, adesiva (Bleger, 1977), entre o físico e o psíquico, entre o eu e o não eu. A subjetividade é instaurada a partir da relação primordial com a mãe, e o corpo psíquico vai se constituindo na medida em que entra em relação com o mundo (Aulagnier, 1979). Nesse momento, aquilo que tinha uma tênue fronteira vai se transformando em dois corpos – o corpo físico e o corpo psíquico – e a diferenciação vai ocorrendo à medida que o bebê vai também distinguindo-se da mãe.

É o corpo físico que dá presença a um corpo psíquico, e é o corpo psíquico que dá uma “alma” ao corpo físico, fazendo do indivíduo algo além dos sistemas orgânicos que o contêm. Desse modo, nos primeiros momentos de vida não há uma nítida diferenciação destes corpos, havendo, conseqüentemente, uma vivência amalgamada entre eles.

Em razão dessa relação tão intrincada, podemos deduzir que um corpo físico lesado poderá afetar um corpo psíquico; e uma vivência emocional que abala, de modo inverso, também poderá afetar o corpo físico. Desse modo, podemos considerar o trauma psíquico uma lesão no tecido psíquico, que permanece no inconsciente e deixa marcas indeléveis na constituição do indivíduo em virtude da efração e do dilaceramento (Benghozi, 2010). E esta ferida, que se instaura nas camadas mais íntimas do psiquismo, permanece ali, causando angústias e sofrimentos ao indivíduo.

Trauma psíquico refere-se à ferida, incisão ou ruptura do funcionamento mental. Uma ferida que não sangra, mas deixa marcas... é uma ferida não cicatrizada que, perpetuando a falta de significado, escraviza a mente a um incessante esforço de buscar a compreensão perdida e sua elaboração. (Paladino, Taralli & Thomé, 2009, p. 103).

Essa visão do trauma remete-nos ao mito imortal de Kíron, o centauro que era mestre na arte da cura e preceptor de Asclépio (deus grego da medicina), que, ao ser atingido acidentalmente por uma flecha envenenada, passa a viver com uma ferida eterna, que permanece até ele desistir da imortalidade. Podemos associar este mito à teoria psicanalítica se levarmos em conta que, para Freud (1995c), em suas reflexões sobre a guerra e a morte, o homem primevo permanece inalterado dentro de nós e não concebe sua morte, pois a isso só se pode dar um conteúdo negativo, e não há nada instintual que reaja a uma crença da morte, considerando-se que os impulsos

instintuais têm os sistemas inconscientes como seu ponto de impacto, e estes obedecem ao processo primário.

Logo, se no que tange ao inconsciente permanecemos imortais, podemos, então, considerar que a ferida psíquica, tal como a de Kíron, imortaliza-se em nós. Isso significa o caráter híbrido do ser humano, em relação ao qual não há possibilidade de dissecar a relação íntima entre a mente e o corpo, o psíquico e o biológico, exigindo, em consequência, que se veja o ser humano na sua íntegra. Esse olhar para o homem, ancorado em uma condição unívoca, aproxima-nos da fronteira mais íntima de nosso ser.

É na interface entre esses dois corpos – corpo psíquico e corpo físico – que esse trabalho se concentra; nela as vivências relacionadas às complicações pós-operatórias e seus encargos promovem uma ferida (trauma) no psiquismo ao se depararem com o imprevisível, com a iminência de morte e a insegurança em relação à integridade física. Esses fatores ativam o desamparo primordial (*Hilflosigkeit*) que inibe a capacidade de elaborar, mantendo-se, conseqüentemente, a *posteriori* (*Narträglichkeit*), sequelas para além da alta hospitalar (pós-traumático).

Sobre a investigação do transtorno de estresse pós-traumático

Este artigo é um recorte de uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo investigar o impacto psicológico em indivíduos que sofreram intercorrência cirúrgica. Partiu-se do pressuposto de que esta experiência pode desencadear uma vivência traumática e, conseqüentemente, levar o indivíduo a desenvolver um TEPT.

Desse modo, levantou-se a hipótese de que tal vivência possui magnitude traumática suficiente para preencher os quesitos do critério A do TEPT, descritos no DSM-IV (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), quais sejam: 1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolvem morte ou ferimentos graves, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou de outros; 2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) após a aprovação do Comitê de Ética da Instituição e do Comitê de Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Psicologia. Para maior compreensão do possível efeito pós-traumático, foi elaborada em três etapas: período da internação e transcorridos três e seis meses após a alta do hospital, portanto, realizadas fora do *setting* hospitalar.

MÉTODO

Como a pesquisa apresentada neste artigo tem como intuito investigar a incidência dos sintomas do TEPT em indivíduos que sofreram intercorrência cirúrgica, lançou-se mão de uma escala, com características peculiares, para objetivar a compreensão do fenômeno. Assim, mesmo sendo a escala um instrumento do método quantitativo, sua utilização em uma pesquisa qualitativa possibilita investigar e delimitar melhor o objeto da pesquisa e também permite identificar mais precocemente a presença de sintomas críticos, características individuais ou tipos de trauma que aumentem a probabilidade de desenvolver transtornos (Roso, 1998).

Decidiu-se pela utilização da Clinician-Administered PTSD Scale (Caps) por ser este um instrumento muito utilizado, há mais de uma década, no estudo do TEPT e por ser aplicada pelo clínico em forma de entrevista estruturada (Blake et al., 1995).

Pela aplicação da Caps investiga-se se o evento pode levar os indivíduos a preencher os critérios de incidência dos sintomas necessários para desencadear o TEPT.

1. Critério B – o evento traumático é persistentemente vivido (atinge o critério 2 itens): a) lembranças recorrentes e intrusivas; b) aflição quando exposto a eventos relacionados; c) atua ou sente como se o evento recorresse; d) sonhos angustiantes recorrentes sobre o evento.
2. Critério C – esquivas persistentes de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral, não presentes antes do trauma (atinge o critério 3 itens): a) esforço para evitar pensamentos ou sentimentos; b) esforço para evitar atividades ou situações; c) incapacidade para se lembrar aspectos do trauma; d) diminuição do interesse em atividades usuais; e) restrição afetiva; f) perspectiva de futuro reduzida.
3. Critério D – sintomas persistentes de excitabilidade aumentada, não presentes - antes do trauma (atinge o critério 2 itens): a) dificuldade para adormecer; b) irritabilidade ou acesso de raiva; c) dificuldade para se concentrar; d) hipervigilância; e) tendência a assustar-se com facilidade; d) reatividade autonômica.
4. Características associadas e hipotéticas – a escala Caps incluiu estes sintomas com o intuito de discriminar os diferentes tipos de eventos que podem desencadear o transtorno: a) sentimento de culpa por participação ou omissão;

b) sentimento de culpa por ter sobrevivido; c) tendência homicida; d) decepção com autoridade; e) sentimento de desesperança; f) memória prejudicada, esquecimento; g) tristeza e depressão; h) sensação de estar arrasado.

5. Critério E – se a duração dos sintomas for superior a um mês.
6. Critério F – se o transtorno causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Portanto, a utilização da escala, além de verificar se preenchiam os critérios de incidência dos sintomas necessários para se desencadear o TEPT, permitiu aos pesquisados expressarem-se muito além do que o proposto pelo instrumento e, por facilitar a comunicação, converteu-se, por vezes, em uma entrevista semiestruturada; esta foi mais uma forma de coleta de dados qualitativos e possibilitou maior compreensão da incidência dos sintomas.

MATERIAL

A seleção dos pesquisados ocorreu na Clínica Cirúrgica do HU-USP, onde a pesquisadora acompanhava a visita aos leitos junto ao médico, residentes, internos e outro profissional da saúde e, desta forma efetuou-se a seleção dos indivíduos que sofreram intercorrência cirúrgica. Ao se detectar uma complicação pós-operatória, entrava-se em contato com o pesquisado, descrevia-se a proposta da pesquisa e, após sua aceitação, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Pode-se constatar que o estudo longitudinal permitiu um vínculo maior com os pesquisados por fazer um acompanhamento do processo de adoecimento e suas vivências em relação ao que lhes ocorria. A aplicação da Caps executada pela pesquisadora permitiu que os pesquisados não se restringissem apenas ao sim ou não proposto por uma escala, e abriu espaço para que expusessem seus sentimentos. Por vezes, fazia-se também um contato mais próximo com os familiares que os acompanhavam, podendo-se ter uma visão mais ampla dos efeitos da intercorrência cirúrgica também no âmbito familiar.

Amostra

A pesquisa envolveu seis indivíduos selecionados a partir do conhecimento de que correspondiam aos requisitos necessários para participar: adultos entre 18 e 59 anos, em estado de consciência e lucidez e que tivessem sofrido intercorrência cirúrgica nas dependências

da instituição durante o período de captação da amostra, que se restringiu ao tempo provável para completar o estudo longitudinal proposto pelo método. Para preservar os dados dos pesquisados, ao invés de nomes fictícios, optou-se por nomeá-los por números, na ordem de entrada na pesquisa. Seguem abaixo os principais dados dos pesquisados: a) sexo, b) idade, c) estado civil, d) profissão, e) diagnóstico, f) intervenção cirúrgica e g) complicações pós-operatórias (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados dos pesquisados

	IDADE	DADOS	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	INTERCORRÊNCIA
PESQUISADO No. 1	56 anos	Casado, 3 filhos, vidraceiro	Doença do divertículo	Hemicolectomia, colostomia total, fechamento da ileostomia	Evisceração; infecção e envendração (hérnia incisional)
PESQUISADA No. 2	36 anos	Divorciada, 1 filho, professora	Neoplasia de cólon	Fistectomia/ plug anal, reconstrução do trânsito intestinal	Fístulas perianais
PESQUISADO No. 3	37 anos	Solteiro, s/ filhos, técnico	Úlcera péptica hemorrágica	Hemigastrectomia; gastrectomia com reconstrução em Y de Roux, e enterectomia	Aderência; peritonite; deiscência da anastomose gastrojejunal
PESQUISADA No. 4	51 anos	Divorciada, 2 filhos, auxiliar	Neoplasia estomacal	Hemigastrectomia em Y de Roux; labarotomia exploradora	Fístula de alça obstrutiva; deiscência da anastomose, infecção
PESQUISADA No. 5	53 anos	Solteira, s/ filhos, cuidadora	Infecção das partes moles com evolução para fasciite necrosante	Fasciotomias	Erichirichia-Coli
PESQUISADA No. 6	59 anos	Casada, 2 filhos, pastelaria	Neoplasia de cólon	Hemicolectomia; fistectomia	Fístula perianal; obstrução intestinal

Fonte: Elaborada pela autora

Houve a necessidade de adotar uma atitude de flexibilidade em relação ao prazo de execução da segunda e da terceira etapas para os pesquisados nº 1, 2 e 3, que retornaram à situação hospitalar, seja para uma nova intervenção cirúrgica ou pelo surgimento de outra intercorrência, fator esse que levou a um acompanhamento por um período mais longo do que o proposto inicialmente. Já os pesquisados nº 4, 5 e 6 não apresentaram necessidade de retornar ao hospital após a inclusão na pesquisa, podendo-se, assim, executar as etapas da pesquisa seguindo o projeto original.

Um breve percurso sobre o trauma na teoria freudiana

O conceito de trauma, que etimologicamente vem da palavra grega que significa ferida, foi introduzido nos primórdios dos estudos de Freud sobre a histeria. A princípio,

este conceito estava diretamente relacionado à compreensão dos efeitos do fator externo na etiologia da neurose.

Em 1895, no livro *Estudos sobre a histeria*, Freud, em trabalho conjunto com Breuer, inaugura um novo paradigma ao considerar que os sintomas histéricos derivam do trauma psíquico, ou seja, que os histéricos sofrem de reminiscências na medida em que suas lembranças “agem como um corpo estranho e, muito tempo após sua irrupção, continua desempenhando um papel ativo” (Freud, 1995b). Os autores romperam com a visão dicotômica do ser humano ao constatarem que havia o sintoma físico, porém não havia um comprometimento orgânico que justificasse este padecimento e, portanto, a etiologia deste sintoma físico residia no psiquismo.

No entanto, o conceito de trauma sofreu seu próprio trauma quando Freud rompeu com a tese de que o fator externo era desencadeador dos ataques histéricos (Uchitel,

2001). Em 1896, na famosa carta a Fliess, Freud admite sua decepção com suas neuróticas, e passa a conceber que as vivências relatadas por elas não eram promovidas por um fator externo e, sim, por uma fantasia. Assim, Freud, a partir de então, abandona a teoria da sedução como a etiologia da neurose e lança-se no estudo da vida intrapsíquica, desenvolvendo a psicanálise propriamente dita por meio da metapsicologia do aparelho psíquico e seu funcionamento: recalque, mecanismos de defesa, neurose de transferência, complexo de Édipo etc.

Uma virada, porém, ocorre em 1920, por ocasião da Primeira Guerra Mundial, e o conceito de trauma volta à cena. Em seu artigo “Além do princípio do prazer”, sobre o ponto de vista econômico, Freud considera que o fluxo excessivo de excitações rompe a barreira protetora de estímulos externos, destrona o imperialismo do princípio do prazer e obriga o aparelho psíquico a realizar uma tarefa mais urgente, além do princípio do prazer, por não poder responder nem por descarga adequada e nem por uma elaboração psíquica.

Neste momento, o trauma volta a alojar-se na teoria psicanalítica. Ao reconsiderar a força do fator externo, ele desenvolve o conceito de compulsão à repetição e à dualidade pulsional; esses novos conceitos promovem novas implicações no universo psíquico. Deste modo, a vivência traumática passa a ser a determinante de sintomas que levam o sujeito a conviver com os aspectos emocionais não elaborados, os quais permanecem como que orbitando em seu mundo interno em forma de *flash-backs*, pesadelos e memorização dos fatos.

Freud retoma, então, o conceito de neurose traumática – tema que havia deixado de estudar nos idos 1895 – que descreve o estado caracterizado por grande afluência de estímulos provenientes do evento externo e por um sentimento de medo que sobrevêm em indivíduos previamente saudáveis depois de comoções mecânicas, choques ferroviários e outros acidentes que proporcionaram risco de morte.

Nesta retomada, ele introduz o conceito da angústia sinal: a angústia diante de uma situação real de perigo, em que o susto – estado que sobrevêm quando se cai numa situação perigosa sem estar preparado para ela – e a ameaça de vida são fatores cruciais para a ruptura da barreira contra estímulos externos: “O desprazer específico do sofrimento físico provavelmente resulta de que o escudo protetor tenha sido atravessado numa área limitada” (Freud, 1995d).

Freud, neste artigo, diferencia os termos “susto” (*Schreck*), “medo” (*Furcht*) e “ansiedade” (*Angst*), que são

usados como sinônimos, o que, para ele, é uma forma imprópria, uma vez que há uma distinção clara em relação ao perigo. A ansiedade seria um estado particular de espera do perigo, ou de preparar-se para ele, mesmo que seja desconhecido; o medo exige um objeto definido (Freud, 1995d). Deste modo, não considera que a ansiedade seja capaz de produzir uma neurose traumática, já que o indivíduo está preparado para ela, e este fator protege-o do impacto do susto. Por outro lado, o susto ocorre quando a pessoa entrou em perigo sem estar preparada para ele e, junto à ameaça de morte, estabelece-se a etiologia da neurose traumática.

A questão do trauma concentra-se na impossibilidade de o indivíduo deixar de viver, o que lhe causa desprazer. Em função da compulsão da repetição, o desprazer volta a apresentar-se constantemente à mente, tornando mais nítida a preponderância das funções pulsionais na organização psíquica. A compulsão à repetição aparece, então, como algo mais primitivo, mais elementar e mais instintual do que o princípio do prazer e desprazer; vem em resposta à invasão de estímulos no psiquismo.

Assim, Freud (1995d) lança novos elementos para a compreensão do funcionamento psíquico, “tendo como corolário as novas ideias sobre o trauma, sobre a neurose traumática, sobre compulsão à repetição e a formulação de uma nova dualidade pulsional: as pulsões de vida e de morte” (Uchitel, 2001, p. 47).

No entanto, mais uma nova virada ocorre em 1926, com o artigo “Inibição, sintoma e angústia” (Freud, 1995ed). Nesse manuscrito, Freud, que anteriormente havia se baseado na concepção biológica do mecanismo desencadeador da angústia, recorre a uma concepção que implica o psiquismo. A partir daí, ele passa a considerar a angústia o afeto experimentado pelo ego diante de um perigo, que tem o significado do temor da separação e da perda do objeto.

Se em trabalhos anteriores Freud imaginava que a repressão produzia a angústia, nesse momento ele modifica sua opinião e demonstra que é a angústia que produz a repressão; nessa nova visão, lança a ideia de que, se o ego forma sintomas e erige defesas, é, antes de tudo, para evitar perceber a angústia (Quinodoz, 2007 p. 239).

Quanto a esta nova leitura da dinâmica psíquica, Freud desenvolve o conceito de angústia automática e passa a considerar que a angústia não é criada pela repressão, mas é a reprodução de um estado afetivo, em conformidade com uma imagem mnêmica já existente. Logo, ao indagar sobre sua origem, estar-se-ia penetrando na fronteira da fisiologia: “os estados afetivos têm-se

incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primeiras, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos” (Freud, 1995e).

Os efeitos pós-traumáticos

Noção de *a posteriori*

A noção de *Nachträglichkeit* estava presente na obra de Freud desde 1895, significando que a vivência não adquire valor traumático na hora do acontecimento (memória da sedução), configurando-se como traumática apenas tempos depois (puberdade) (Rudge, 2009). Em vista disso, o trauma é apresentado em dois tempos: no momento do acontecimento em si e na aparição dos sintomas após um tempo. Freud denominou este intervalo de tempo período de “incubação”.

Laplanche e Pontalis (2001) colocam que Freud acentuou, desde o início, o fato de que o sujeito modifica *a posteriori* os acontecimentos passados, e que esta modificação pode conferir-lhe sentido e eficácia, ou um poder patogênico. Essas ideias estão expressas por ele em uma carta a Fliess, em 1896: “estou trabalhando a hipótese de que o nosso mecanismo psíquico se tenha estabelecido por estratificação: os materiais presentes sob a forma de traços mnêmicos sofrem de tempos em tempos, em função de novas condições, uma reorganização, uma reinscrição” (apud Laplanche & Pontalis, 2001, p. 33). Evoca, assim, a noção de temporalidade, isto é, quando o vivido não pode se inscrever em um contexto significativo no momento em que ocorreu; é remodelado *a posteriori*.

Pode-se pensar que, para um trauma ser reconhecido como tal, tem que se tornar pós-traumático (*a posteriori*), pois as repercussões psíquicas só poderão ser reconhecidas quando o sujeito desenvolver sintomas referentes à vivência que se configurou para ele como traumática: “o trauma só será considerado como tal a partir de seu efeito, o que nos levará a considerar que o trauma não é mais um fato do passado, que determina um sintoma atual, mas um fato deduzido do sintoma atual” (Knobloch, 1998, p. 22).

Portanto, o trauma é retroativo na vivência do indivíduo. Isso ocorre porque durante a experiência, em função do excesso de estímulos (ruptura da barreira protetora), o sujeito pode lançar mão de defesas para arregimentar seu ego e/ou bloquear a consciência, de modo que os efeitos fiquem instalados nos porões de seu psiquismo. Assim, somente tempos depois retornam como sintomas.

Da neurose traumática ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático

No final do século XIX, a neurose traumática, termo cunhado por Hermann Oppenheim, era também conhecida como a “doença do trem”, ou histeria traumática. Referia-se aos acidentados ferroviários que apresentavam sintomas psíquicos após o acidente. Essa doença chamou a atenção para os efeitos pós-traumáticos de um acontecimento:

Um indivíduo previamente não histérico passava a sofrer de uma neurose, após um único episódio de medo intenso (como acidente ferroviário, uma queda etc.) [...] o conteúdo do ataque consiste na reprodução alucinatória do evento que pôs em perigo a vida da pessoa, reprodução esta que talvez se acompanhe das sequências de pensamentos e impressões da sensibilidade que passaram por sua mente na ocasião. (Freud, 1995a).

Apesar de verificar que os sintomas psíquicos após o evento assemelhavam-se aos ataques histéricos, Freud não se interessou em incluir a histeria traumática em seus estudos, já que sua atenção estava voltada para os ataques histéricos sem lesão corporal. Debruçava-se, então, na compreensão da etiologia da histeria por meio do método de hipnose, cujo intuito era auxiliar o paciente a entrar em contato com o fato desencadeador do trauma, já que lhe era impossível recordá-lo por não fazer a conexão entre o evento e o fenômeno patológico; e, diferentemente desta, os sintomas da histeria traumática são consequência do acidente e, apesar de estarem estritamente relacionados ao trauma desencadeador, possuíam uma conexão causal clara.

À época, a neurose traumática já estava associada ao afeto do susto como causa do trauma psíquico. Qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos — como as de susto, angústia, vergonha ou dor física — pode atuar como um trauma dessa natureza; isto acontece dependendo, naturalmente, da suscetibilidade da pessoa afetada. Como comentado acima, por ocasião da Primeira Guerra Mundial Freud retoma a definição de neurose traumática e interpreta-a como uma resposta do indivíduo aos excessos provenientes do mundo externo (perigo real) que, em virtude de sua intensidade, leva-o a vivenciar a angústia-sinal desencadeadora de toda uma tensão que não consegue ser descarregada, causando uma série de sintomas que permanecem mesmo após a retirada do fator externo.

A designação de neurose traumática passou a ser aplicada nos casos em que ocorria algum acontecimento que desestabilizava o indivíduo, rompendo a barreira de

estímulos (fator econômico) e acionando a angústia, de modo que o indivíduo que se via despreparado e ante a iminência de morte passava a apresentar sintomas que o prejudicavam em sua relação consigo e com o mundo.

Depois deste período, pouco se ouviu falar sobre a neurose traumática. Houve então uma reedição do que ocorreu com o conceito de trauma na teoria freudiana. Mas sua nomenclatura manteve-se presente no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria, desde sua primeira edição, em 1952, até a edição do DSM-III.

Porém, a partir do momento em que nossa cultura ficou mais vulnerável, havendo cada vez mais fatores desestabilizadores, potencialmente traumáticos, voltou-se a pensar sobre o trauma e seus efeitos.

Retorna à cena com mais força na década de 1980, após a Guerra do Vietnã, e surge no DSM-III como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em função dos sintomas apresentados pelos combatentes dessa guerra. Essa categorização substituiu a classificação de neurose traumática. Note-se que, nessa mesma época, também ocorreu sua substituição na Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID).

Para Benyakar (2006), o mérito do transtorno de estresse pós-traumático limita-se a agrupar sob sua classificação todos os quadros que sobrevivem como reação a diferentes eventos desestabilizantes. Além disso, a categorização da TEPT abriu um espaço importante na saúde mental para estudos e pesquisas sobre as várias situações potencialmente traumáticas a que a sociedade vê-se exposta e, também, a uma maior compreensão das repercussões destes eventos no psiquismo do indivíduo. “Ao longo das décadas de 1980 e 1990 acumulou-se evidência de que diversas condições de vida cotidiana poderiam produzir efeitos comparáveis àqueles do combate” (Kristensen, 2005, p. 85). Hoje, na área da saúde, há uma literatura ampla para a compreensão da emergência dos sintomas agrupados pelo TEPT.

Ainda no âmbito da saúde, desde a quarta edição do DSM-IV (Associação Americana de Psiquiatria, 2002) em 1994, passou-se a considerar também pacientes com doenças crônicas, como o câncer e a Aids, para o diagnóstico do TEPT, na medida em que essas experiências eram suficientemente estressoras para produzir as marcas psicológicas de uma experiência traumática.

RESULTADOS

Durante o processo da pesquisa, por meio das três etapas, percebeu-se que a exigências referentes ao quadro

clínico afetavam emocionalmente os pesquisados, fator que acentuou a incidência de certos sintomas relacionados ao TEPT (Gráfico 1).

Dos seis participantes, somente o pesquisado nº 1 (P1) apresentou todos os sintomas do TEPT nas três etapas. Desde nosso primeiro contato, logo após a primeira complicação pós-operatória de evisceração (saída das vísceras pela incisão cirúrgica), ele apresentou-se muito mobilizado pela experiência, que despertou aspectos de sua história pregressa: a morte de seu pai na mesma idade em que se encontrava e dois assaltos que havia sofrido. O pesquisado nº 1 apresentou, neste primeiro momento, temor de morrer e insegurança em relação a seu futuro. Durante o intervalo entre a segunda e a terceira etapas ele retornou ao hospital mais duas vezes, e estes sentimentos eram reativados a cada retorno: “A mente da gente fica cheia de caraminholas” (P1). No último encontro para a execução da terceira etapa, um ano após sua inclusão na pesquisa, o pesquisado ainda se encontrava às voltas com questões relacionadas às complicações pós-operatórias (hérnia incisional) e com dúvidas em relação à solução de seus problemas orgânicos. Demonstrou estar se sentindo mais deprimido com as limitações que sua saúde lhe impunha.

A pesquisada nº2 (P2) apresentou uma incidência maior dos sintomas do TEPT na primeira e segunda etapas. Houve uma baixa na incidência dos critérios B na terceira etapa e, dos cinco sintomas apresentados na etapa anterior das características hipotéticas, apenas a sensação de estar arrasado permanecia. Sua inclusão na pesquisa ocorreu ao ser internada por apresentar fissuras e fístulas perianais após a intervenção cirúrgica de reconstrução do trânsito intestinal. Apresentou esta complicação pós-operatória durante todo o processo da pesquisa. Após uma intervenção para fechamento do trânsito intestinal, na sequência ocorreu o aparecimento de abscessos perianais. Em nosso último encontro demonstrou desesperança em relação à possibilidade de resolução de seu problema orgânico e, em virtude das intercorrências da reconstrução do trânsito, mostrava-se decidida a não se submeter novamente à cirurgia: “Daí fico seis meses bem, foi o que aconteceu da outra vez, e aos poucos começou a dar bolhinha [...] estou cansada de sofrer, então vou viver com a bolsinha para o resto da vida” (P2). Permanecer com a bolsa de colostomia implicava abrir mão da vida profissional de que tanto gostava; no entanto, esta postura, pelo menos naquele momento, mudou seu estado de ânimo e reduziu a incidência dos sintomas na terceira etapa.

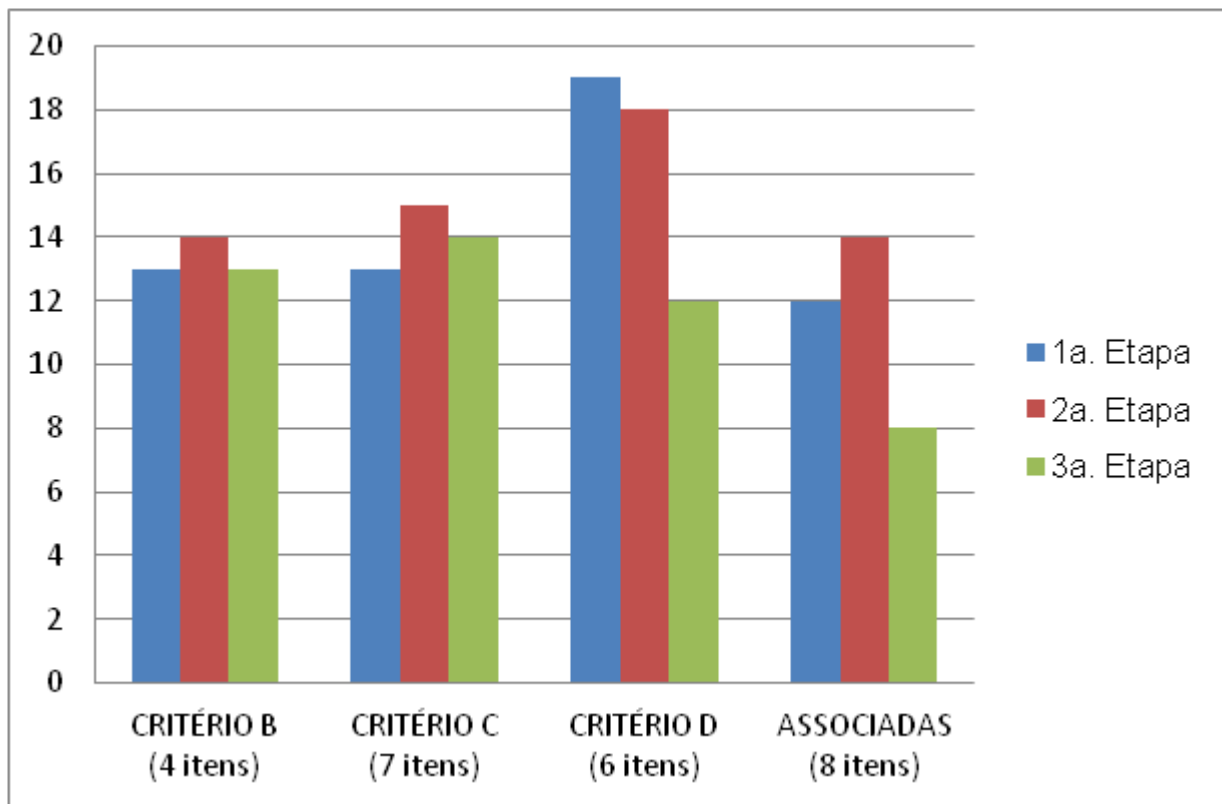


Gráfico 1 - Resultados da aplicação da Caps na pesquisa de intercorrência cirúrgica – incidência dos sintomas do TEPT na pesquisa
Fonte: Elaborado pela autora

Com o pesquisado nº 3 (P3), os critérios do TEPT só não foram preenchidos na primeira etapa, sendo que na segunda e terceira etapas houve uma elevação da incidência dos sintomas referentes aos critérios B, C e D. Sua inclusão na pesquisa ocorreu após apresentar uma complicação pós-operatória de uma perfuração da úlcera péptica. Durante o período da primeira internação sofreu a perda de uma prima, à qual era muito apegado. A notícia de seu falecimento veio logo após sua alta hospitalar: “Levei um choque, já estava com uma dorzinha e aí a dor aumentou mais ainda, não conseguia comer nada e tive que voltar para o hospital e fui parar na UTI” (P3). Neste retorno ao hospital em virtude do agravamento do quadro clínico, ficou internado por dois meses, um dos quais foi na unidade de terapia intensiva. Em nosso encontro para a execução da terceira etapa, o pesquisado mostrava-se mais ansioso em função da possibilidade de ter que ser operado novamente após o surgimento de novos sintomas da doença péptica ulcerosa.

No momento da inclusão na pesquisa, a pesquisada nº 4 (P4) já havia passado por um período de depressão em virtude de o tempo de internação estender-se além do que havia suposto. Durante um período de vinte dias de internação, apresentou três intercorrências de uma inter-

venção cirúrgica no aparelho digestivo (fístula de alça do jejuno obstrutiva, deiscência de anastomose e infecção). No intervalo entre a execução das etapas seguintes não houve mais intercorrências; no entanto, a pesquisada mostrava-se muito mobilizada emocionalmente, apresentando a incidência dos sintomas do TEPT referentes aos critérios B e E nas duas etapas posteriores, bem como o item de tristeza e depressão das características associadas. Diante da necessidade de retornar ao hospital, diz ela: “Voltei a trabalhar. Só que na semana passada eu tive que ir à clínica cirúrgica. Fiquei apavorada. Cheguei na porta, aí meu Deus do Céu, fiquei com medo. Hoje eu fico com medo de qualquer doençazinha e tenho muito medo da depressão” (P4).

A pesquisada nº 5 (P5) apresentou a incidência de muitos sintomas nas três etapas, atingindo o escore dos critérios B e D na primeira. Estes sintomas, porém, não permaneceram nas etapas seguintes. Apesar de expressar constrangimento pela exposição física em virtude da infecção das partes moles, percebeu-se que, apesar da grande demanda emocional causada pelas complicações, a internação permitiu-lhe sair do papel de cuidadora de sua mãe idosa e passar para o lugar de ser cuidada, tanto pelos profissionais de saúde como por seus familiares.

Segundo a pesquisada, a internação hospitalar estava lhe possibilitando uma reflexão sobre sua própria vida; assim, apresentava angústias referentes à sua própria existência e às suas necessidades pessoais. Em nosso último encontro estava mais decidida a atender às solicitações médicas para cuidar de sua saúde em relação à redução de peso e fazer a dieta para o diabetes.

A inclusão da pesquisada nº 6 (P6) ocorreu quando ela retornou ao hospital em função de uma intercorrência (obstrução intestinal) após a alta hospitalar da intervenção cirúrgica por neoplasia do cólon esquerdo. Esta foi a segunda intercorrência, já que havia apresentado complicações pós-operatórias (fístula perianal) em sua primeira internação. A participante tem histórico de histerectomia por neoplasia, além de ter perdido a mãe por neoplasia intestinal. No intervalo entre a primeira e a terceira etapas, ela foi submetida a tratamento de quimioterapia. Na primeira e segunda etapas apresentou uma elevação dos sintomas dos critérios B e D, e na terceira etapa também houve a incidência do critério C. Em nosso último encontro, a pesquisada estava abalada com o diagnóstico de neoplasia com pobre responsividade à quimioterapia e, diante da incerteza quanto à provável conduta médica, coloca: “Ai meu Deus, será que vou passar por tudo isso de novo? Dá um medo” (P6).

Assim, por meio da aplicação da Caps, constatou-se a presença dos sintomas em todos os seis pesquisados em pelo menos uma das etapas da avaliação, isto é, respondem aos critérios estabelecidos para considerar que a vivência de complicações pós-operatórias pode desencadear o transtorno de estresse pós-traumático e preenchem os requisitos do critério A. No gráfico 1 demonstra-se a incidência dos sintomas do TEPT apresentada pelos pesquisados nas três etapas.

Pode-se constatar que o critério B, quando o evento traumático é persistentemente vivido, apresentou uma incidência mais significativa em todos os pesquisados e nas três etapas, principalmente nos itens referentes às lembranças recorrentes e intrusivas, aflição quando exposto a eventos relacionados e atuação e sentimento de recorrência do evento.

Quanto à incidência de esquiva persistente de estímulos e diminuição da responsividade (critério C), houve uma incidência mais significativa da necessidade de despender esforços para evitar pensamentos e/ou sentimentos e diminuição do interesse em atividades usuais. Em contrapartida, o item que questiona a incapacidade para lembrar-se de aspectos do trauma e o sentimento de restrição afetiva teve menor incidência.

O critério D, que trata do aumento de excitabilidade, apresenta incidência da maioria dos sintomas nas duas primeiras etapas, tais como: hipervigilância, assustar-se com facilidade, dificuldade para adormecer, dificuldade para concentrar-se, irritabilidade ou acesso de raiva. Constatou-se, porém, alta incidência apenas dos sintomas de estar em estado de hipervigilância e de assustarem-se com mais facilidade na terceira etapa.

Na análise do critério E – duração da perturbação superior a um mês – conclui-se que a maioria dos sintomas permaneceu por mais de um mês, havendo pequenas alternâncias de alguns sintomas em alguns momentos.

Quanto ao critério F – sobre o sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional –, todos os pesquisados, em função da própria condição física, viram-se afastados temporariamente de suas tarefas profissionais, porém dois deles foram afastados sem perspectiva de retorno. Emocionalmente encontravam-se debilitados e com comprometimento afetivo-social.

Na avaliação das características associadas ou hipotéticas, de forma geral, houve uma baixa incidência no processo da pesquisa, sendo mais relevantes os itens sobre tristeza e depressão, e sentimento de estar arrasado. Os sintomas menos significativos em todos os pesquisados foram os relacionados a sentimentos de culpa por participação ou omissão e por terem sobrevivido e tendência homicida.

Discussão

Tendo em conta os resultados decorrentes da aplicação da Caps, constatou-se que a vivência de complicações pós-operatórias pode levar o indivíduo a desenvolver um quadro de Transtorno de Estresse Pós-traumático. Por defrontarem-se com o imprevisível, com a iminência de morte e pela insegurança em relação à sua integridade física, os pesquisados, em sua maioria, denotaram dificuldade em elaborar o que lhes ocorria e apresentaram, conseqüentemente, um transbordamento emocional.

A expressão de tal inundação psíquica leva-nos ao encontro da teoria freudiana sobre trauma psíquico. Por meio dos resultados, pode-se confirmar que o objeto da pesquisa pode provocar uma ferida no tecido psíquico, e esta irrupção permanece no mundo interno como um corpo estranho que, independentemente do tempo, continua a desempenhar um papel ativo (Freud, 1995b). Depara-se com um ambiente externo desestabilizador que, por meio do excesso de excitações, rompe a barreira protetora de estímulos (Freud, 1995d19995e), e esta vi-

vência de desamparo reativa a angústia automática como o afeto experimentado pelo ego diante de uma situação de perigo (Freud, 1995ed). O traumático remete-nos, assim, ao que foi vivido, mas que não pode ser inscrito em um contexto significativo no momento em que ocorreu e, conseqüentemente, é remodelado *a posteriori*.

Logo, a intercorrência cirúrgica apresenta-se como uma situação suficientemente capaz de gerar uma situação ímpar, na qual o indivíduo vê-se diante de uma situação de perigo sem estar preparado para ela, e, em muitos casos, com ameaça de morte. Considera-se, também, como fator preponderante para a permanência dos sintomas o tempo de exposição a uma situação de insegurança em relação à própria saúde.

Preservando as devidas diferenças já expostas nos resultados, na maior parte do tempo os pesquisados depararam-se com situações que permaneceram psiquicamente não elaboradas. Na leitura psicanalítica, sob o ponto de vista econômico, esta vivência obriga o aparato psíquico a conviver com os aspectos emocionais não elaborados que retornam em forma de *flashes* e memorização dos fatos (compulsão à repetição), ou, tal como elencado pelo TEPT, lembranças recorrentes e intrusivas, aflição diante da exposição a eventos relacionados e sentimento de recorrência do evento (critério B), sentimento de evitação de pensamentos ou sentimentos e de situações e/ou atividades relacionadas (critério C).

O fator externo faz com que o desprazeroso volte a apresentar-se constantemente à mente, reativando as forças pulsionais e a angústia como revivência dos símbolos mnêmicos. Esta vivência mantém o indivíduo em um constante estado de alerta por meio dos sintomas de hipervigilância, tendência a assustar-se com facilidade, dificuldade para dormir e acentuação do nível de irritabilidade e reações de raiva (critério D), bem como promove sentimentos de tristeza e depressão e a sensação de estar arrasado (características hipotéticas).

Pela magnitude traumática com que os pesquisados vivenciam as complicações pós-operatórias, os sintomas já surgem durante o período de internação hospitalar (primeira etapa), considerando-se aqui o curto período de incubação dos efeitos do trauma (*a posteriori*). Na segunda etapa (3 meses) há aumento na incidência dos sintomas na maioria dos pesquisados, sendo exceção a pesquisada nº 5, que só apresentou os sintomas na primeira etapa.

Já na terceira etapa (aproximadamente 6 meses após a alta hospitalar), as pesquisadas nºs 2 e 5 tiveram redução dos sintomas do TEPT, principalmente nos critérios D e nas características associadas, pela forma como passa-

ram a lidar com suas vivências: a primeira desistindo de submeter-se novamente à cirurgia de reconstituição do trânsito intestinal e a segunda concordando em submeter-se a uma dieta mais disciplinada para seu problema de diabetes e sobrepeso. E em relação aos pesquisados nºs 1, 3 e 4, em função das problemáticas orgânicas permanecerem por mais tempo, levou-os a aumentar ou manter os sintomas também na terceira etapa.

Apenas a pesquisada nº 4, que apesar de não ter tido nenhuma intercorrência após a alta hospitalar, apresentava a incidência dos sintomas pelo fato de ainda se sentir abalada com as mudanças em seu corpo e por ser invadida pela culpa de não aceitar os 17 kg perdidos depois da cirurgia de neoplasia do estômago, em contraposição ao fato de ter sobrevivido.

Esses dados apresentados na pesquisa contrapõem a teoria das neuroses traumáticas no que tange à sua etiologia. Segundo esta teoria, a causa é proveniente da emoção e do susto, e ferimentos ou danos infligidos simultaneamente operam, via de regra, contra o desenvolvimento dessa neurose (Meshulam-Werebe, Andrade & Delouya, 2003). No entanto, pudemos constatar, pelos resultados apresentados, que a situação de complicações pós-operatórias pode ser um fator relevante para o desenvolvimento da neurose traumática. Assim, se, por um lado, os resultados confirmam o peso dado por Freud ao fator surpresa, por outro, contrariam sua hipótese de que os danos físicos neutralizam a probabilidade da produção dessa neurose: “o dano físico simultâneo, exigindo uma hipercatexia narcisista do órgão prejudicado, sujeitaria o excesso de excitação [...] distúrbios graves na distribuição da libido, tal como a melancolia, são temporariamente interrompidos por uma moléstia orgânica intercorrente” (Freud, 1995d). Também, em comparação com os sintomas elencados no DSM e na neurose traumática, chama atenção a baixa incidência da presença de sonhos angustiantes no fenômeno investigado.

Abaixo, o discurso do pesquisado nº 1 confirma o estabelecimento da neurose traumática, ou TEPT, levando o indivíduo a revisitar sua vivência recorrentemente, emergindo sempre os mesmos sentimentos, sem a possibilidade de elaboração psíquica.

Sobre as lembranças intrusivas do critério B:

Fico pensando em tudo que me aconteceu, o que passei e o que não passei. Lembro-me de minha mulher no hospital, triste. Ela queria me dar felicidade, mas ao mesmo tempo eu não queria aquela felicidade, eu não sabia o que ia acontecer... Quanto mais felicidade ela mostrava mais

eu achava que estava fazendo aquilo para me animar, para eu pensar que estava bom. (P1)

Ou, sobre esforço para evitar pensamentos e sentimentos do critério C:

Não quero, mas acabo pensando. Tento tirar o pensamento, mas volta tudo de novo: volta andando de maca pelo hospital; volta tudo aquilo, aí dá aquela agonia... Vem aquela ânsia de chorar, seguro, e não choro. Quando penso na última cirurgia que foi muito difícil, aí solta uma lágrima. Minha mulher chorando e dizendo: “Você não vai embora, vai ficar comigo”. Esta imagem vem muito na minha mente. Isto me afetou. (P1)

Esse estudo longitudinal aproximou-nos de uma investigação mais criteriosa, na qual constatamos que a incidência dos sintomas permanece por um tempo mais prolongado nos pesquisados que passaram por processos mais complexos, com contínuos retornos e com maiores comprometimentos em relação à saúde. Desse modo, a pesquisa atinge seus objetivos ao confirmar a hipótese do impacto psicológico da intercorrência cirúrgica. Por meio desta investigação foi possível constatar a associação dos dados empíricos e o conteúdo teórico. Pode-se, então, correlacionar os sintomas elencados pelo transtorno de estresse pós-traumático aos conceitos desenvolvidos pela psicanálise sobre trauma e neurose traumática.

O desenho da pesquisa permitiu não só confirmar os efeitos traumáticos e pós-traumáticos ao possibilitar uma visão mais ampla de como os pesquisados vivenciaram as complicações pós-operatórias, mas também acompanhar as repercussões psíquicas do evento sobre eles e em suas vidas familiar, social e econômica, fatores de relevância para uma maior compreensão das dimensões biopsicossociais do fenômeno investigado.

Considerações finais

Para Freud, a dupla inscrição – corpo físico e corpo psíquico – evidencia-se no conceito de pulsão, o conceito limite entre o psíquico e o somático. O ser humano nasce na dualidade das pulsões, vive na dualidade psicossoma. Para todo o sempre, ele está atrelado ao soma, e esta inter-relação é a maior das incógnitas, por mais que os profissionais da saúde atirem-se em sua compreensão: é o grande desafio de compreender os limites dessa fronteira que está sempre interatuando; quando, como ou por que se perpassa a linha divisória.

Ao pesquisar indivíduos submetidos a procedimentos cirúrgicos e que, por vários motivos, se defrontaram com a imprevisibilidade das intercorrências cirúrgicas, atingiu-se o objetivo da pesquisa de expandir a compreensão dessa vivência hospitalar e suas repercussões na vida dos pesquisados.

Partiu-se do pressuposto de que, quando o indivíduo depara-se com uma vivência além do esperado, o evento pode desencadear nele uma dificuldade de assimilar psicologicamente a experiência, na medida em que vê-se diante de uma situação com resultados indefinidos. É tal vivência leva-o ao desenvolvimento do TEPT. Em uma leitura psicanalítica, significa as implicações dos fatores externos na constituição de uma vivência traumática que, consequentemente, é a etiologia da neurose traumática.

Nesta pesquisa diversos corpos se desfraldaram: o corpo exposto “na vergonha”, o corpo estrangeiro de um emagrecimento forjado, o corpo que sofreu em exames invasivos, o corpo esquelético dos 20 kg perdidos, o corpo que trazia o luto como excreção purulenta, o corpo que aumentou em 30 kg – corpos perfurados por intervenção cirúrgica, corpos transformados em colectomias e gastrectomias, facetados pela infecção das partes moles, em hérnias incisionais etc.

Ressalta-se, contudo, que, contrariamente ao fato de Freud (1995d) considerar que os danos físicos dificultavam o desenvolvimento da neurose traumática, constatamos na pesquisa que a vulnerabilidade e o risco da perda da integridade física podem promover a incidência dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático.

Conclui-se, também, que, além do quadro clínico dos pesquisados, o tempo em que ficam expostos a uma situação potencialmente traumática é um fator preponderante para a incidência de sintomas do TEPT.

É fato que a pesquisa não se esgota em si. Ao contrário, abre portas para maiores investigações sobre o adoecer, sobre o caráter disruptivo da instituição hospitalar e sobre possíveis mudanças no olhar para o indivíduo, não só na vivência hospitalar, mas também em seu retorno à vida cotidiana.

É importante que possamos “desiatrogenizar” a atuação do profissional de saúde, estar cientes dos efeitos colaterais de uma vivência traumática e atuar no intuito de promover uma “desiatrogenia” psíquica. Esta palavra deriva de iatrogenia, cuja raiz etiológica vem do grego “iatro” (*iatrós*), que significa médico, remédio, medicina, “geno” (*genáo*) que significa origem, causa, aquele que gera, produz; e *ia*, uma qualidade. Desse modo a

palavra iatrogenia refere-se aos atos médicos e, desde os tempos de Hipócrates, já se atentava para os efeitos adversos da ação médica. O sufixo “des” tem sentido de oposição. Assim, a palavra “desiatrogenizar” traz em seu bojo a importante tarefa de evitar ao máximo que os recursos de auxílio possam se transformar em um dano maior do que o necessário.

Assim, a atenção psicológica interventiva e profilática pode contribuir, em muito, para estes pacientes. Ao se ter em vista a interface entre os dois corpos – corpo psíquico e corpo físico –, parte-se da concepção de que a dor, como emoção, é psicossomática, pois quando emerge é simultaneamente física e psíquica. Logo, as vivências relacionadas às complicações pós-operatórias e seus encargos promovem uma ferida (trauma) no psiquismo. Como dito anteriormente, esses fatores ativam o desamparo primordial (*Hilfflosigkeit*) que inibe a capacidade de elaborar e, conseqüentemente, a lesão no tecido psíquico permanecerá a *posteriori* (*Narträglichkeit*), para além da alta hospitalar (pós-traumático).

Referências bibliográficas

- Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais: DSM-IV* (4a ed.). Recuperado em maio de 2008, de <http://www.psicosite.com.br/cla/DSMIV.htm>.
- Aulagnier, P. (1979). *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*.
- Benghozi, P. (2010). *Malbagem, filiação e afiliação. Psicanálise dos vínculos: Casal, família, grupo, instituição e campo social*. São Paulo: Vetor.
- Benyakar, M. (2006). *Lo disruptivo: Amenazas individuales y colectivas: El psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T.M.(1995). *The development of a clinician-administered PTSD Scale*. Recuperado em outubro de 2011, de <http://www.springerlink.com/article/10.1007/BF02105408>.
- Bleger, J. (1977). *Simbiose e ambigüidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Caiuby, A. (2008). Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes internados em UTI. In K. Elias, P. Andreoli & M. R. Erlichman. (Orgs.), *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu.
- Freud, S. (1995a). Sobre o mecanismo psíquico do fenômeno histérico: Comunicação preliminar. In *Edição Eletrônica das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1893). [CD-ROM].
- Freud, S. (1995b) Estudo sobre a histeria. In. *Edição Eletrônica das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado entre 1883-1895). [CD-ROM]
- Freud, S. (1995c). Reflexões para os tempos de guerras e morte. In *Edição Eletrônica das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1915). [CD-ROM].
- Freud, S. (1995d). Além do princípio do prazer. In *Edição Eletrônica das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1920). [CD-ROM].
- Freud, S. (1995e). Inibição, sintomas e ansiedade. In *Edição Eletrônica das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1995. (Original publicado em 1926). [CD-ROM].
- Knobloch, F. (1998). *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ.
- Kristeresen, C. H. (2005). *Estresse pós-traumático: Sintomatologia e funcionamento cognitivo*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. (4a ed.) São Paulo: Martins Fontes.
- Meshulam-Werebe, D., Andrade, M. G. O. & Delouya, D. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático: o enfoque psicanalítico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1). Recuperado em junho, 2011, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000500009>.
- National Cancer Institute (2002). Recuperado em 12 de setembro de 2008, de <http://cancerweb.ncl.ac.uk/cancernet/306317.html>.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10)* (10a ed., v. 1). Recuperado em junho de 2009, de <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>.
- Paladino, E., Taralli, I. H. & Thomé, J. T. (2009). Trauma: um diagnóstico diferencial. In I. H. Taralli e J. T. Thomé (Orgs.) *Intervenção em situações limites desestabilizadoras: crises e traumas*. Rio de Janeiro: ABP.
- Quinodoz, J. M. (2007). *Ler Freud: Guia de leitura da obra de S. Freud*. (F. Murad, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Roso, M. C. (nov.-dez. 1998). Escalas de avaliação do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Recuperado em junho de 2008, de <http://www.hcnet.usp.br/Ipq/revista/vol25/n6/ansi256g.htm>.
- Rudge, A. M. (2009). *Trauma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Uchitel, M. (2001). *Neurose Traumática: Uma revisão crítica do conceito de trauma*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Submetido em: 20-9-2013

Aceito em: 28-4-2014