

**MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA REGINA**

**ALEXITIMIA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM  
PORTADORES DE GLAUCOMA**

Campinas

2006

**MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA REGINA**

**ALEXITIMIA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PORTADORES DE  
GLAUCOMA**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

Campinas

2006

Ficha Catalográfica elaborada pelo SBI-Processos Técnicos - PUC-Campinas.

**t617.741 Regina, Maria Cristina de Oliveira**

R335a Alexitimia, ansiedade e depressão em portadores de glaucoma / Maria Cristina de Oliveira Regina. - Campinas: PUC-Campinas, 2006.  
58p.

Orientadora: Elisa Medici Pizão Yoshida.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui anexos e bibliografia.

1. Glaucoma – Pacientes. 2. Alexitimia. 3. Ansiedade. 4. Oftalmologia. 5. Saúde mental. 6. Humor (Psicologia) I. Yoshida, Elisa Medici Pizão. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós- Graduação em Psicologia. III. Título.

18ed. CDD – t617.741

**MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA REGINA**

**ALEXITIMIA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PORTADORES DE  
GLAUCOMA**

**Banca Examinadora**

---

Presidente Profa.Dra.Elisa Medici Pizão Yoshida

---

Profa.Dra. Diana Tosello Laloni

---

Prof.Dr. Makilim Nunes Baptista

**Campinas**

**2006**

## **AGRADECIMENTOS**

À Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida , pelo privilégio de sua rigorosa orientação e dedicação ao longo da jornada do mestrado .

Ao Dr. Robson dos Santos por seu generoso acolhimento em seu departamento, sem o qual este trabalho não teria sido possível.

À Rita Montilha, Elisabeth Gaspareto (Coordenadoras do CEPRE/ FCM /Unicamp), e Adriana Laplane, colegas de trabalho, cuja compreensão e incentivo permitiram o desenvolvimento deste trabalho.

À colega Heloisa Gagliardo por sua sempre paciente escuta de minhas necessidades e esporádica leitura de meus trabalhos, além de todo o incentivo que pode prestar, bem como à Fátima Françoso por tentarem ser justas em suas atitudes para comigo.

Aos professores Cláudio Banzatto, Mário Eduardo da Costa Pereira e Paulo Dalgarrondo em cujo curso, de Metodologia Científica em Saúde Mental, presenciei importantes defesas de tese.

Ao Dr. Carlos Arieta por sua sempre simpática e objetiva postura, e pela oportunidade de participar do excelente curso sobre Clinical Trial, também ministrado pela Dra. M. Cristina Leske da State University of New York, a quem também agradeço, pelo nível empreendido.

Aos colegas do Departamento de Estatística da FCM da Unicamp, que não puderam me acompanhar neste trabalho, mas que realizaram um excelente apoio em muitos outros.

À Richard Tremblay por seu constante e gratuito apoio ao meu trabalho, enviando-me freqüentemente seus artigos publicados, mesmo sem conhecer-me pessoalmente, bem como à Kirsi Honkalampi que enviou-me gentilmente todos os artigos que publicou sobre o tema que aqui desenvolvo, representando por isto uma grande motivação .

Aos meus muito amados pais, cujo incentivo e apoio foram sempre exemplares, não poupando esforços e sacrifícios para permitir a realização de meu mestrado, a quem reivindico todos os méritos por este feito, tendo sido modelos de retidão, amor e dinamismo.

Aos meus muito amados irmãos (Newton e Ricardo, excelentes e dedicadíssimos profissionais) e sobrinhos (Marina, Pedro, Henrique e Carolina) cuja existência em si é um incentivo para realização deste objetivo.

À minha tia Maria Magdalena Oliveira Salles a quem presto homenagem póstuma por sua luta pela vida, pelo amor aos seus, por sua dignidade e pelos muitos momentos em que não pude estar com ela e ampará-la, a fim de poder realizar e concluir este mestrado.

À minha querida prima e “irmã” Maria Regina Almeida Salles Carvalho, por sua amizade e por todos os momentos em que não pude prestar-lhe a devida assessoria, na hora difícil pela qual passou nestes dois árduos anos.

À minha querida família Regina, na pessoa de meus tios e tias (Alayde, Walter, Heitor e Aristeu), bem como primos e primas, cujo exemplo de empenho e dedicação ao trabalho e ao conhecimento, sempre constituíram um importante referência.

Aos amigos Rodolfo Rodrigues da Silva, Vera Pires, Laíde Macedo e Emília Rossi por seu apoio e amizade em ocasiões específicas deste mestrado.

Ao Hospital Celso Pierro que permitiu a coleta de dados em suas dependências

Aos docentes da Pontifícia Universidade Católica de Campinas Dr. Antônio Tércis e Dra. Marilda Lipp que estiveram comigo em meu primeiro mestrado, e novamente me acompanharam desta feita.

Aos pacientes que ao longo da vida atendi, os quais muito me enriqueceram com sua experiência de vida, bem como aos pacientes que concordaram em participar desta pesquisa

## SUMÁRIO

Sumário de Tabelas	VIII
Sumário de Figuras	IX
Apresentação	X
Resumo	XII
Abstract	XIV
INTRODUÇÃO	1
Alexitimia	6
Depressão	10
Ansiedade	12
Pesquisas sobre Associação de Alexitimia, Ansiedade e Depressão	15
OBJETIVOS	21
Objetivo geral	21
Objetivos Específicos	21
MÉTODO	22
Participantes	22
Material	23
Instrumentos	23
Procedimento	26
RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
CONCLUSÕES	42
REFERENCIAS	43
ANEXOS	51

ANEXO A – Glossário	51
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	56
ANEXO C – Questionário Sócio-Demográfico.	57
ANEXO D – Escala de Alexitimia de Toronto	58



## SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sócio-demográficas no geral e de acordo com o gênero (sexo).	22
Tabela 2 – Distribuição das variáveis relacionadas ao glaucoma na amostra geral e de acordo com o gênero (sexo).	29
Tabela 3 – Médias, desvios padrão e medianas da TAS -26, amostra geral e segundo o gênero (sexo)	31
Tabela 4 – Escores médios e desvios padrão da TAS-26 de estudos com amostras brasileiras.	33
Tabela 5 – Escores máximos, mínimos, médias, medianas e desvios padrão do BDI para amostra geral e de acordo com o gênero (sexo).	34
Tabela 6 – Escores máximos, mínimos, médias, medianas e desvios padrão da BAI para amostra geral e de acordo com o gênero(sexo).	36
Tabela 7 – Médias e Desvios Padrão do BDI e da BAI em amostras clínicas	39
Tabela 8 – Coeficientes de Correlação de Pearson entre TAS-26, BAI e BDI.	40
Tabela 9 –Coeficientes de Correlação de Pearson entre variáveis sócio-demográficas e TAS-26, BAI e BDI.	41

## SUMÁRIO DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição de frequência dos escores da TAS da amostra geral	32
Figura 2 – Distribuição de frequência dos escores do BDI da amostra geral	35
Figura 3 – Distribuição de frequência dos escores da BAI da amostra geral	37
Figura 4 - Variação dos escores na BAI de acordo com a frequência a consultas	38

## APRESENTAÇÃO

Trabalhando com portadores de necessidades especiais por longa data, no âmbito da assistência psicológica principalmente, pude verificar na prática, como as limitações visuais decorrentes de perdas visuais refletem sobre a vida emocional destes pacientes, visto que importantes mudanças ocorrem, manifestando-se como alterações do humor. Note-se que uma vez que estes pacientes tenham comprometimentos na funcionalidade visual, é de se esperar que haja sofrimento psicológico, visto que perdas importantes para todo ser humano os estão atingindo: não somente acuidade e funcionalidade visuais, mas a crença de invulnerabilidade, de seus papéis e lugares sociais, cuja representação para o indivíduo pode ser de extrema relevância e significação. São atingidos em sua auto-estima, eventualmente desde o diagnóstico, gerando reflexos para sua vida de relacionamento e dificultando as importantes adaptações pelas quais poderá passar para conviver com sua nova condição visual, se alterada, ou para lidar com a perspectiva de vir à ser atingido por tais alterações .

Sem dúvida, a visão tem um relevante papel na interação do ser humano com seu meio, seus semelhantes, na constituição de si-mesmo e na avaliação da auto-estima. Uma vez prejudicada, há desdobramentos que se traduzem em sofrimento psíquico.

O glaucoma destaca-se entre as patologias oftalmológicas por sua incidência na população adulta, e pelos prejuízos que pode trazer à saúde e à funcionalidade das pessoas. Conhecer de forma mais sistemática aspectos psicológicos que podem estar associados a esta patologia, pode contribuir para a prestação mais adequada de assistência à saúde desta população.

Entre as patologias e reações psicológicas mais freqüentemente associadas à perda visual, a depressão e a ansiedade se salientam. Além delas, decidiu-se focar também a alexitimia (dificuldade de expressão das emoções e dos afetos), que tem sido igualmente estudada em diferentes populações, em que aparece associada à depressão e à ansiedade, sem, contudo, confundir-se com ela. No caso de pacientes portadores de glaucoma, não foram encontradas pesquisas na literatura, em que estas três variáveis tenham sido estudadas em conjunto. Por outro lado, elas têm sido constatadas como associadas a outras patologias médicas. Sendo assim, definiu-se como objetivo da presente pesquisa verificar o grau de associação entre alexitimia (dificuldade de expressão verbal do afeto), ansiedade e depressão em portadores de glaucoma.

## RESUMO

Regina, M. C. O. (2005). Alexitimia, Ansiedade e Depressão em Portadores de Glaucoma.

Dissertação Mestrado. Pontifícia. Universidade Católica de Campinas, Campinas. Pp. XV + 58

A presente pesquisa foi realizada para avaliar alexitimia, depressão e ansiedade em portadores de glaucoma sob atendimento ambulatorial e como estas variáveis encontram-se associadas. Avaliar também aspectos demográficos tais como gênero idade, escolaridade, situação sócio-econômico e itens relacionados a saúde , considerando-se as variáveis estudadas. Participantes: 39 pacientes do ambulatório de oftalmologia de Hospital e Maternidade Celso Pierro, com diagnóstico de glaucoma, idade entre 18 e 75 anos de idade, de ambos os gêneros (13 homens e 26 mulheres), diversos níveis de escolaridade. Amostra é Consecutiva do ponto de vista de seleção. Trata-se de estudo exploratório sobre o tema. As medidas foram obtidas com a Escala de Alexitimia de Toronto – TAS-26, o Inventário Beck de Depressão- BDI e Inventário Beck de Ansiedade- BAI e o Questionário Sócio-Demográfico. Com exceção da variável sexo, em que predominaram as mulheres, sob os demais aspectos a amostra revelou-se bastante homogênea o que permitiu o estudo das variáveis para todo o grupo. Os portadores de glaucoma apresentaram em sua maioria níveis de alexitimia (  $M=73,18$ ,  $Dp= 11,56$  ) compatíveis com os observados em amostras clínicas e com baixo nível de escolaridade. Foram observados baixos níveis de ansiedade (  $M=12,34$ ,  $Dp=11,23$ ) e depressão (  $M=12,31$ ,  $Dp= 11,67$ ) expressos em altos índices de associação entre estas variáveis. Estes baixos níveis parecem relacionar-se com a

estabilidade da situação visual desta amostra: perda visual parcial estável há certo tempo , ou conservação de visão “normal”. Houve correlação significativa da TAS-26 com os escores da BAI (  $r = 0,49$  ,  $p < 0,01$  bicaudal para amostra total e  $r = 0,55$  ,  $p < 0,01$  bicaudal para amostra feminina ) e, em menor escala , com o BDI (  $r = 0,35$  para amostra total ,  $p < 0,05$  bicaudal). E entre BAI e BDI verificou-se forte correlação :  $r = 0,68$  para amostra total (  $p < 0,001$ ),  $r = 0,65$  para amostra masculina e  $r = 0,67$  para amostra feminina (  $p < 0,001$ ). A hipótese segundo a qual a amostra apresentaria índices em média mais elevados de depressão, ansiedade, e eventualmente de alexitimia, que a população geral, não se confirmou.

Palavras-chave: oftalmologia, saúde mental, aspecto emocional, humor.

## ABSTRACT

Regina, M. C. O. (2005). Depression, Anxiety and Alexithymia among Glaucoma Patients.

Dissertação Mestrado. Pontifícia. Universidade Católica de Campinas

The present work has been done in order to verify alexithymia, anxiety and depression prevalence among glaucoma patients. To study the relationship of depression, anxiety and alexithymia symptoms of glaucoma patients. To evaluate patients with glaucoma at an ambulatory of ophthalmology on a Private Hospital, regarding their levels of depression, anxiety and alexithymia. To evaluate demographic aspects such as gender, age, scholarship, social and economic level and health items related to items studied. Subjects: There were 39 Glaucoma Patients, from ophthalmology ambulatory of Celso Pierro Hospital, whose voluntarily had been done their agreement to participate of the present research. Their age vary from 18 to 75 years old, both gender, different levels of scholarship and economic status. The data were collected consecutively, applying Toronto Alexithymia Scale, Beck Depression and Anxiety Inventories and Social and Demographic Questionnaire in an initial Exploratory Study. There were no differences among the sample except there was more female (66%) than male participants compounding the total sample. Regarding other aspects such as scholarship, marital state, social and economic level they were really similar, therefore homogeneous as group. The majority of the glaucoma patients have been presented alexithymia and minimal levels of depression and anxiety, which were expressed as high correlation between BAI and BDI scores. There was relationship between TAS-26 and BAI scores, and as lesser correlation, between TAS-26 and BDI. The hypotheses whose direction pointed to high level of depression and anxiety for glaucoma patients than people in general, and eventually alexithymia too, was not confirmed. In

reality, there was alexithymia at this sample, and low level of anxiety and depression. However these low levels seem to be connected to long experience with their partial loss vision or their experience as normal viewer.

Key words: ophthalmology, mental health, emotional aspects and humor



## INTRODUÇÃO

Importantes mudanças para a vida do paciente podem ocorrer em função de diferentes graus de perda visual ocasionadas por patologias diversas, tanto no âmbito da vida diária como no âmbito das relações profissionais, familiares e sociais. Não somente alterações de acuidade e funcionalidade visuais, mas o rompimento da idéia de invulnerabilidade, a modificação dos papéis e lugares sociais, cuja representação para o indivíduo podem ser de extrema relevância e significação. Sua auto-estima, desde o diagnóstico, está sujeita a alterações as quais eventualmente dificultam importantes adaptações pelas quais poderá ter que passar para conviver com sua nova condição visual ou para poder lidar com a perspectiva de vir à ser atingido por tais alterações. O glaucoma é uma das principais patologias oftalmológicas por sua incidência na população adulta e pelos prejuízos que pode trazer à saúde e à funcionalidade das pessoas. Conhecer os aspectos psicológicos que podem estar associados a esta patologia pode contribuir para a prestação mais adequada de assistência à saúde desta população.

O glaucoma é caracterizado pela perda progressiva do campo visual<sup>1</sup> e aumento da escavação óptica geralmente associados à pressão intraocular elevada, sem doença ocular associada. O glaucoma de ângulo aberto primário, que é a forma mais comum, causa perda visual bilateral progressiva assintomática, que pode não ser detectada até que a perda extensa do campo visual tenha ocorrido (Vaughan, Asbury & Riordan, 1998). A pressão intra-ocular é determinada pela taxa de produção do aquoso do olho e pela resistência da

---

<sup>1</sup> O grifo indica que as expressões constam em glossário (Anexo A)

saída do fluxo aquoso do olho. O aquoso é um líquido claro que preenche as câmaras posterior e anterior do olho, com média de produção sujeita a variação diurna. Tem composição similar ao plasma sendo a pressão osmótica ligeiramente maior que a do plasma, mas com concentrações maiores de ascorbato, piruvato e lactato e menores de proteína, uréia e glicose (Vaughan, Asbury & Riordan 1998).

O mecanismo do aumento da pressão intra-ocular está na disfunção da saída do fluxo do aquoso, por anormalidades no sistema de drenagem de ângulo da câmara anterior (glaucoma de ângulo aberto) ou prejuízo no acesso do aquoso ao sistema de drenagem (glaucoma de ângulo fechado). A pressão elevada pode destruir as células do nervo óptico. Uma vez que um determinado número de células nervosas é destruído, pontos cegos começam a se formar no campo visual. Esses pontos cegos usualmente se desenvolvem primeiro no campo visual periférico, e, em estágios mais tardios, na visão central. Uma vez que ocorra perda visual, esta é irreversível, pois as células do nervo óptico estão mortas, e nada pode substituí-las, até o presente momento (Vaughan, Asbury & Riordan 1998).

O tratamento consiste em reduzir a pressão intra-ocular, e, quando possível, corrigir a patogênese adjacente. Hoje existe a tendência de pesquisar terapias neuroprotetoras. A redução da produção do aquoso é um dos métodos de redução da pressão intra-ocular, através de medicamentos. Existem drogas que diminuem a produção e outras que aumentam o escoamento. Há procedimentos cirúrgicos que aumentam o escoamento do aquoso, mas são utilizados apenas quando fracassam os medicamentos. A necessidade e eficácia do tratamento depende da determinação regular da pressão ocular através da tonometria, inspeção dos discos ópticos e avaliação do campo visual. Pode-se avaliar ainda a camada de fibras nervosas com aparelhos como o GDX e o OCT. O oftalmoscópio e a

tonometria, notando-se alterações do nervo óptico, devem ser parte do exame físico rotineiro de todos os pacientes idosos, que possam cooperar ou ainda, pacientes em torno dos 30 anos de idade (especialmente se houver história de glaucoma na família). São fatores de risco para glaucoma: histórico familiar, diabetes, pressão intra-ocular, miopia, raça negra e idade avançada (Vaughan, Asbury & Riordan, 1998).

De acordo com José (1997), as pessoas com baixa visão são heterônomas quanto ao grau, tipo e quantidade de visão remanescente, havendo entre elas um considerável número de legalmente cegos (de acordo com os parâmetros da Organização Mundial de Saúde). Há pacientes com perda de campo visual, mas com acuidade visual preservada. Nestes casos além de apresentarem boa acuidade visual, há menor sensibilidade a contrastes, e nos casos avançados visão tubular. Quando há perda de campo visual e baixa acuidade visual, os pacientes necessitam de auxílios ópticos de maior aumento, mas estes têm por efeito diminuir ainda mais o campo visual, sendo necessário pois, conciliar a perda de campo da própria patologia com a perda de campo visual provocada pelo auxílio óptico. Utiliza-se além dos auxílios ópticos, os não ópticos. Para leitura há necessidade de materiais com alto contraste, lupas manuais, óculos e outros. Para visão de longe, tele-lupas de baixa potência e se necessário treinamento de mobilidade através de prótese/bengala (Costa, 1994). Uma pessoa com visão parcial considera-se vidente e parece ter grande dificuldade de ajustar-se à sua visão remanescente, mais do que os indivíduos que perdem a visão e não têm esperança de recuperá-la ou que são congenitamente cegos. Geralmente a sociedade os vê como videntes e espera dele, que funcione como tal (José, 1997).

De acordo com José (1997) pessoas com glaucoma por estarem sempre sendo lembrados de sua condição, devido ao monitoramento constante de sua pressão intraocular,

tornam-se preocupados e depressivos quanto ao prognóstico; eles sempre mencionam contínuas mudanças em sua eficiência visual e freqüentemente experienciam dor e desconforto.

Ferracina, Rodrigues, Belfort e Mello (2004) em estudo sobre aspectos psicológicos da criança com glaucoma, constataram que 66% de sua amostra, portadora de glaucoma congênito apresentava imaturidade (contra 40% do grupo controle), 86% ansiedade (contra 40% do grupo controle), 73% dependência (40% no grupo controle) e 80% dificuldades de relacionamento (contra 30% no grupo controle). Apesar das diferenças, argumentam que não se pode dizer que sejam características da população infantil portadora de glaucoma congênito, pois o meio ambiente de onde eram originários (baixa renda), poderiam estar fragilizando tais crianças e por isto causando alterações de personalidade.

Hamelin et al (2002) observaram em 200 pacientes que completaram um questionário com 20 itens sobre o contexto no qual o glaucoma foi descoberto, que 85% dos pacientes de sua amostra, que tinham glaucoma de ângulo aberto, descobriram seu glaucoma após uma visita ao oftalmologista para refração ou devido à ocorrência de patologia grave e aguda. Mostravam tanto reação ansiosa como passiva diante do diagnóstico. A maioria dos pacientes estava consciente do risco de cegueira relacionado ao glaucoma, entretanto eles não se sentiam doentes mas sim deficientes. Os pacientes, com nível universitário em sua maioria, demonstraram que não conheciam a definição de glaucoma, desejavam ser informados sobre o prognóstico, mas paradoxalmente declaravam ser conscientes (85%) do fato da patologia ser potencialmente “cegante”. Muito da recusa aos medicamentos era devida ao fato de não terem informação sobre a característica crônica da enfermidade. Uma

das queixas era não terem sido alertados da característica hereditária do glaucoma. Os autores consideram útil repetir tais informações nas consultas ulteriores, porque o paciente poderá estar mais receptivo para recebê-las .

Concluíram que o impacto psicológico deveria ser avaliado regularmente a fim de promover a função ativa do paciente e evitar declínio na qualidade de vida, visto que o glaucoma crônico de ângulo aberto é distinto de outras enfermidades crônicas, devido à sucessão de diferentes fases clínicas. Em cada estado, a percepção da doença pode ser modificada : a alternância de fases de aceitação e rejeição do estado da doença é um fator de observação importante. Os pacientes tendem a apresentar uma primeira fase com boa observância terapêutica, que diminui em seguida, quando os pacientes são ainda assintomáticos, e é reforçada quando os primeiros sintomas aparecem. Salientaram a importância de uma boa relação médico-paciente desde o diagnóstico por ser uma patologia que fica longo tempo assintomática. A comunicação do diagnóstico de glaucoma ao paciente é uma etapa decisiva da relação médico- paciente, sendo necessário dispendir tempo para explicar ao paciente sua patologia.

Naacke & Baudouin (1999) salientaram que diferentes fatores intervenientes influenciariam a aderência à prescrição terapêutica: pacientes com outra(s) afecção(s) crônica(s) como o diabetes tenderiam a observá-la corretamente; quanto menos gotas de colírio aplicadas cotidianamente mais respeitada a prescrição( Kass, Meltzer, Gordon, Cooper & Goldberg, 1986, apud Naacke & Baudoin, 1999) e quanto menos efeitos colaterais também. Destacaram que a negação da patologia influencia o desrespeito à terapêutica. O nível de conhecimento sobre a patologia influenciava o tratamento: maior o

conhecimento, mais respeito à prescrição. Em um estudo com 48 pacientes ( Demailly, 1989, apud Naacke & Baudouin, 1999) com alterações de campo visual havia incapacidade dos participantes em descrever as próprias emoções e dificuldade de modular as pulsões agressivas.

Reações emocionais importantes podem ocorrer devido à dificuldades visuais e limitações impostas pela doença oftalmológica. Reações de depressão e ansiedade podem surgir frente ao diagnóstico e interferir na aderência do paciente ao tratamento. Os sintomas de depressão e ansiedade são usualmente evidentes, o que facilita sua avaliação e a condução psicológica do caso. Há todavia outros distúrbios importantes, afeitos à área das emoções, que também podem ter repercussões negativas sobre os cuidados do paciente para com sua saúde e que demandam investigação. Entre eles, destaca-se aqui a alexitimia, uma disfunção de ordem cognitiva e emocional que atinge diretamente a expressão verbal das emoções.

### Alexitimia

Alexitimia é caracterizada por uma reduzida habilidade em identificar e descrever os próprios sentimentos e por contribuir para uma variedade de distúrbios físicos e comportamentais. McDougall (2000) a identificou em casos nos quais manifestações psicossomáticas relevantes estavam presentes e pareciam “substituir” conteúdos nos quais significativas emoções, envolvendo relações principalmente com os pais, estavam encobertas.

O termo alexitímico foi proposto por Sifneos na década de 70 à partir do grego ( a correspondendo a privado, lexis a palavra e thymos à humor). A definição de Campbell

( 1996, apud Yoshida, 2000) elucida mais alguns aspectos :

a alexitimia seria primariamente descrita como um traço de personalidade, caracterizado pela dificuldade em identificar o próprio estado emocional, com uma vida de fantasia mínima e inabilidade para fantasiar produtivamente, e um foco em interesses externos e somáticos. Secundariamente, alexitimia é uma reação 'estado' para os efeitos de doenças físicas sérias, talvez uma defesa contra depressão ou dor, ou ambas (p.30).

Diferentes pesquisadores têm acrescido aspectos específicos à definição de alexitimia conforme as pesquisas avançam e esclarecem certos aspectos. Além da dificuldade de identificar e descrever sentimentos e diferenciá-los de sensações corpóreas, haveria incapacidade ou dificuldade de construir mentalmente representações de emoções, em razão de percalços no processamento cognitivo das experiências emocionais e na comunicação verbal de tais experiências à outrem ( Lundh, Johnsson, Sundqvist & Olsson, 2002); déficits na simbolização emocional, e de estados mentais e somáticos ( Lemche, Klann-Delius, Koch & Joraschly, 2004); dificuldade ou ausência de emoções positivas e alta prevalência de emoções negativas (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen & Viinamäki, 2000); e déficit na capacidade de processar e regular emoções usando estratégias cognitivas ( Lumley, 2000).

Os estudos sobre alexitimia têm focado diferentes vertentes de modo a compreendê-la em seus diversos aspectos. Há estudos sobre os mecanismos de defesa mais freqüentemente associados a ela tais como o de Kooiman, Spinhoven, Trijsburg & Rooijmans (1998) no qual concluíram que a alexitimia estaria associada a estilos primitivos de mecanismo de

defesa ; o de Lane, Sechrest, Riedel, Shapiro & Kaszniak (2000) que observaram que alexitimia e o estilo repressivo de reação se associavam a impedimentos no reconhecimento tanto de emoções positivas como negativas e que os dois estilos de auto-regulação difeririam mais em magnitude que qualitativamente

Há estudos sobre fatores da infância que teria alguma influência sobre a alexitimia , particularmente experiências adversas, entre eles o de Honkalampi et al ( 2004) no qual observaram que duradouras características de alexitimia estavam associadas a severa disciplina e infelicidade no lar na infância. Lemche, Klann-Delius, Koch & Joraschky (2004) concluíram em seu estudo que a alexitimia pode ser consequência de déficits no desenvolvimento da linguagem porém no contexto de relacionamentos inseguros e vínculos desorganizados na infância. Taylor & Bagby (2004) indicaram fatores como estresse pós – traumático, abuso físico ou sexual na infância e vínculos inseguros, mediante os quais poderia ser compreendida a alexitimia. Troisi, D’Argenio, Francesco & Petti (2001) verificaram, em sua amostra, traços alexitímicos mais pronunciados em participantes com vínculos inseguros e que reportavam mais severos sintomas de ansiedade de separação na infância.

Há ainda aspectos neurológicos que esclarecem em parte alguns de seus possíveis determinantes, nos quais o lobo frontal e o corpo caloso tendem a ser enfatizados. Kano et al. (2003) verificaram que os alexitímicos apresentavam diferenças de fluxo sanguíneo em regiões do córtex frontal. Larsen, Brand, Bermond & Hijman( 2003) constataram que os estudos que abordavam disfunção do corpo caloso encontravam mais dificuldades cognitivas relacionadas à alexitimia, enquanto os estudos sobre déficits no hemisfério direito e lobo frontal concluíam que ambas as características, emocionais e cognitivas,



seriam afetadas. Distinguiam duas formas de alexitimia : Tipo I – caracterizada por ausência de experiência emocional e de cognição relativa à emoção ; Tipo II- consistiria em um seletivo déficit da cognição emocional com tímida experiência emocional. Spalletta et al (2001), considerando pacientes que tiveram AVC, com lesões no hemisfério direito , verificaram que eram mais alexitímicos que aqueles com lesão no hemisfério esquerdo. Taylor & Bagby (2004) indicaram a reduzida integração e coordenação entre os hemisférios cerebrais. Montreuil & Pedinielli (1995) salientaram que o hemisfério direito diz respeito à atividades perceptivas, que permitem a discriminação e o reconhecimento das formas visuais em uma “visão” global e sintética do mundo.

Há ainda estudos que procuram esclarecer aspectos somáticos e nos quais a alexitimia estaria associada a sintomas não esclarecidos medicamente, a sinais etologicamente considerados indicativos da presença de emoções ainda que não percebidas pelos participantes (Kooiman et al 2000; Troisi et al, 2000; Posse & Hallstrom, 1998 ). Lundh & Simonsson-Sarnecki (2001) encontraram pouca correlação entre queixas somáticas e alexitimia, principalmente quando controlados afetos negativos. Para eles a associação entre alexitimia e queixas somáticas é mediada por afeto negativo.

A alexitimia vem sendo estudada em várias populações, clínicas e não clínicas, o que se justifica até porque há quem a questione como patologia propriamente dita, como é o caso de Todeurs e Janne (2000). Eles defendem dois tipos de alexitimia : como traço, uma característica estável do sujeito, e alexitimia enquanto estado, que seria uma situação secundária à outra patologia, e temporária. Além disto, Naacke e Baudoin (1999) ao descreverem a personalidade dos pacientes com glaucoma, indicaram que certos pacientes apresentavam incapacidade de descrever suas próprias emoções, além de dificuldade de

responder a situações em que a afetividade estava implicada. Isto não quer dizer que necessariamente seja uma característica dos portadores da glaucoma, mas que também eles, como outros pacientes com doenças físicas, podem apresentar certa parcela de sujeitos que se enquadram entre os alexitímicos.

Enquanto traço a alexitimia tem sido frequentemente associada à depressão, mas não sem ambiguidades. Uma hipótese seria a de que na depressão ela se desenvolveria como reação situacional, como uma defesa ao sofrimento psicológico (Honkalampi et al , 2004 e).

### Depressão

Em "Luto e melancolia", Freud (1915 / 1917) apontava a existência de um problema de definição para melancolia porque assume várias formas clínicas, cujo agrupamento em uma única unidade não parecia estabelecer-se com certeza, inclusive na psiquiatria descritiva. A definição do quadro clínico - ali estabelecido por ele - é a mais detalhada e a única ao longo de sua obra:

"Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição. Esse quadro torna-se um pouco mais inteligível quando consideramos que, com uma única exceção, os mesmos traços são encontrados no luto. A perturbação da auto-estima está ausente no luto; afora isso, porém, as características são as mesmas".

Freud indica que também a psiquiatria, àquela época, não alcançara uma única

definição de melancolia. Ele mesmo utiliza, ao longo de sua obra, melancolia, depressão, depressão melancólica, o mais das vezes como sinônimos, sem jamais estabelecer uma distinção clara entre os termos. De fato, ele tinha ambos os vocábulos disponíveis no alemão corrente, sendo que depressão chega ao alemão vindo do francês a partir do latim e, melancolia, é um termo de origem grega. Foi Emil Kraepelin quem estabeleceu o uso do termo insanidade maníaco-depressiva na psiquiatria alemã. Em estudo de Jackson, em 1880, nas seções de psicoses, inicialmente usou-se insanidade depressiva para nomear uma das categorias de insanidade e incluiu uma forma depressiva como uma das categorias de paranóia, mas continuou-se a empregar melancolia e seus subtipos, e a usar depressão principalmente para descrever afeto. A tendência a abandonar o termo melancolia e utilizar depressão pode ter sido favorecida por Adolf Meyer. O relato de uma discussão em 1904 indica que ele desejava eliminar o termo melancolia, aplicar o termo depressão para todas as classes, porque este indicaria, de uma forma simples, exatamente o que significava melancolia (Moreira, 2005).

A depressão é um transtorno de humor, e se caracteriza pelo aumento do cansaço, redução de concentração, atenção, auto-estima e auto-confiança. A pessoa com depressão pode ter sentimentos de inutilidade, pensamento auto-lesivos ou suicidas, perturbação do sono e apetite e comprometimento do pragmatismo. A depressão pode assumir diferentes níveis : leve, moderada ou grave. No caso de depressão grave podem ou não surgir sintomas psicóticos. A diferenciação de gravidade da depressão se faz pela avaliação da quantidade, tipo e gravidade dos sintomas apresentados ( CID- 10, 1993).

Nem sempre a depressão, bem como a ansiedade são encontradas de forma pura. Podem estar associadas a outras patologias quer em caráter secundário, quer como

episódios que podem “predizer” o aparecimento de outros transtornos, sendo então elas próprias antecedidas por outras patologias ditas secundárias, sendo então primárias. Como exemplo, pode-se citar a associação encontrada por Diler et al (2004), em amostras de jovens, entre Transtorno do Pânico e Transtorno Bipolar, que é um tipo transtorno do humor que envolve episódios maníacos ou mistos, geralmente acompanhados de episódios depressivos, de acordo com o DSM-IV-R. Outros estudos sobre comorbidade encontraram associação positiva entre Transtorno Obsessivo Compulsivo e Depressão Maior ( por ex.: Carter , Pollock, Suvak & Pauls, 2004; Gaudiano & Miller, 2005; Hong et al, 2004)

Chou & Chi ( 2004) constataram em uma comunidade de 2.003 participantes que a depressão estava significativamente associada com dificuldade visual, sendo seu impacto psicológico para o bem estar dos participantes idosos mais robusto que as perdas auditivas, quando existentes.

Casten , Rovner & Tasman ( 2004) ,Rovner, Casten & Tasman (a)( 2002), Rovner & Casten (b)( 2002), Brody et al .(2001) e Stelmack ( 2001) destacaram que há efeitos psicológicos da degeneração macular (especialmente se avançada), bem como de perda visual ou baixa visão, em seus pacientes os quais podem apresentar desordens afetivas, estresse e especialmente depressão.

Os portadores de glaucoma têm possibilidade de apresentar sintomas de depressão, combinados ou não com outras patologias, entre elas a alexitimia, em pelo menos duas fases: quando da constatação do diagnóstico, particularmente se induzida pelas sequelas iniciais e em razão do conhecimento de sua caracterísitca crônica, mas particularmente pela possibilidade de perda visual quando devidamente informada ao paciente ; em razão de efetivas e irreversíveis sequelas quer por episódio agudo de glaucoma fechado , quer como

consequência de tratamento mal conduzido (pelo paciente e/ou oftalmologista) ou mal sucedido após certo tempo de tratamento, apesar das medidas adequadas tomadas. A persistência de sequelas apesar da regularidade e precisão dos procedimentos adotados pode ser outro fator predisponente, até como parte do processo de elaboração do luto envolvido.

### Ansiedade

O termo ansiedade origina-se do grego *anshein*, e significa "estrangular, sufocar, oprimir". Seu correlato, angústia, origina-se do latim *angor* e significa "opressão" ou "falta de ar"; e *angere* que quer dizer "causar pânico". São palavras latinas, de raiz germânica *angh*, indicando "estreitamento ou constrição". Referem-se, metaforicamente, à experiência subjetiva característica da ansiedade .

De acordo com Winokur (1988) ansiedade é um doloroso ou apreensivo desconforto da mente sobre um suposto futuro acontecimento, ou antecipação de uma doença. É usado como sinônimo de medo. Também é usado para definir uma doença ou síndrome clínica que sugere a presença de um estado de apreensão que ocorre com uma série de sintomas específicos. Para ele é possível que a síndrome de ansiedade ocorra como um fenômeno secundário a outro diagnóstico.

Para Winokur (1988) haveria alguma propensão para uma pessoa com transtorno de ansiedade manifestar depressão, de tal modo que haveria relação entre as duas doenças, sendo a ansiedade primária e a depressão secundária. A presença de ansiedade na depressão tem sido bastante documentada e bem conhecida. Síndromes de ansiedade e depressão não seriam apenas secundárias mas reativas à presença de outra doença.

De acordo com Andrade e Gorestein ( 1998) a ansiedade abrange sensações de medo,

sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, conteúdo de pensamento dominado por idéias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumento de vigília ou alerta, um sentimento de constrição respiratória com hiperventilação, tensão muscular causando dor, tremor e inquietação, e desconfortos somáticos decorrentes da hiperatividade de sistema nervoso autônomo.

Segundo Andrade e Gorestein (1998) o estado de ansiedade é conceituado como estado emocional transitório que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos, com aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. Pode variar de intensidade conforme o perigo percebido e flutuar no tempo. Para os mesmos autores o traço de ansiedade diz respeito a diferenças relativamente estáveis na propensão para ansiedade: diferenças na tendência à reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação da ansiedade. São menos sensíveis a mudanças ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo.

Hunt, Slade e Andrews (2004) investigaram em mais de 10.000 pacientes a comorbidade entre depressão maior e ansiedade generalizada, e observaram que a desordem de ansiedade é influenciada pela presença de depressão ( que esclarece a falta de habilidade, a diminuição ou interrupção da expressão de habilidades pelo paciente) mas não a explica totalmente. A própria ansiedade foi considerada como causadora de incapacidades mesmo quando se apresenta isoladamente, sem associação com depressão. Para eles a ansiedade teria sozinha um importante impacto para a saúde mental.

Bienvenu et al ( 2004) verificaram a associação de traços de personalidade com a incidência de certas patologias, particularmente desordens depressivas e de ansiedade e constataram que desordens como a fobia simples, fobia social, agorafobia, transtorno do

pânico, transtorno obsessivo compulsivo, desordem de ansiedade generalizada, depressão maior e distímia, eram associadas com neuroticismo. Baixa assertividade e alta abertura para sentimentos estavam associados a Depressão Maior, além de outros achados.

Biederman et al ( 2005) constataram em estudo sobre comorbidade que pessoas com Transtorno do Pânico apresentavam risco aumentado de desenvolver desordens de ansiedade, independentemente da depressão maior. Os que apresentavam Depressão Maior tinham risco maior para mania, desordem antisocial de personalidade, uso de substâncias psicoativas (há alexitímicos com esta característica), comportamento disruptivo, fobia social e generalizada desordem de ansiedade, independentemente do Transtorno do Pânico. Estes resultados se estenderiam a achados documentando que a Depressão Maior tem importantes porém moderados efeitos na comorbidade para Transtorno do Pânico e que esta comorbidade não se refere a viés de coleta de dados ou metodologia.

Heine & Browning ( 2002) destacaram que adultos mais velhos com perdas sensoriais freqüentemente experienciam dificuldades de ajustamento a suas perdas. Depressão, ansiedade, letargia e insatisfação social são freqüentemente relatadas. Todos estes aspectos afetam a qualidade de vida e o sentimento de bem estar dos pacientes afetados.

Assim, hipotetizou-se que a ansiedade poderia também ser uma reação à situações como o glaucoma e suas fases diversas, as quais podem deixar sequelas no campo visual e nervo óptico. Quer esteja associada a outra patologia, especialmente a depressão, ou não, a ansiedade pode ser a resposta possível do paciente aos procedimentos, sequelas e dúvidas que possam surgir ao longo do tratamento: suas chances de manter-se estável; adequação ou não do oftalmologista, do tratamento e do procedimento cirúrgico, quando é o caso; ter ou não seguido adequadamente prescrições e muitos outros aspectos. A ansiedade parece

uma reação especialmente viável, havendo histórico de glaucoma na família, pois conhecendo mais de perto suas consequências, e se reforçadas pela informação médica, podem levar o sujeito a reagir desta forma, antecipando para si tais consequências, temendo-as.

#### Pesquisas sobre a associação de alexitimia , ansiedade e depressão

Várias pesquisas buscaram identificar a associação de alexitimia com outras patologias psicológicas, especialmente as relacionadas às emoções e ao humor. Marchesi et al ( 2000) estudaram a relação entre alexitimia, ansiedade e depressão. Verificaram (1) se a depressão e a ansiedade como distúrbios estariam associados a elevação de uma ou mais dimensões da alexitimia e (2) se alexitimia é um constructo independente da depressão e ansiedade em pacientes com distúrbios depressivos ou ansiosos, em 113 pacientes com distúrbios depressivos ou de ansiedade (DSM-IV) e 113 sujeitos controle, utilizando a *Toronto Alexithymia Scale -20* (TAS-20) e a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). O escore total da TAS-20 mostrou-se mais alto em pacientes depressivos e ansiosos que nos pacientes controle, o que era dependente de um escore aumentado para "dificuldade de identificar sentimentos", uma das dimensões da TAS-20. Somente em pacientes depressivos observaram score aumentado para "dificuldade de comunicar sentimentos", uma outra dimensão da TAS-20. A análise fatorial da TAS-20 e da HADS mostrou que depressão é um constructo diferente de alexitimia. Em alguma medida, existe intersecção entre ansiedade e dificuldade de identificar sentimentos. Os resultados sugerem que distúrbios depressivos e de ansiedade, alexitimia e depressão são constructos separados, mas podem estar intimamente relacionados.



Em outro estudo, Honkalampi et al (2000 a), concluíram que havia uma relação íntima da alexitimia com a depressão na população geral e que o impacto dos fatores sociais na alexitimia seriam explicados primariamente pela depressão. Para eles a depressão deve ser considerada um fator de *confounding* quando se estuda alexitimia na população geral, devido à forte associação de alexitimia e depressão. Um estudo de Honkalampi et al. (2004 e), em que foram utilizados a *Toronto Alexithymia Scale-TAS* e a *Beck Depression Inventory-BDI*, em 1.339 participantes da população geral, concluiu que a alexitimia estava associada com o gênero masculino e trabalhadores “operários”, enquanto sintomas depressivos ao gênero feminino, idade mais avançada, saúde subjetivamente considerada pobre, situação financeira pobre e baixa satisfação na vida. Durante o *follow up* de 3 anos, os eventos estressores eram maiores no grupo de alexitímicos-depressivos e de depressivos que nos grupos de alexitímicos e não alexitímicos-não depressivos. Os estressores mais comuns eram a perda de um parente próximo ou amigo, mudança negativa na saúde de um membro da família e problemas financeiros. Os escores da Tas decresciam nos grupos de alexitímicos-depressivos e depressivos. Os do BDI decresciam no grupo alexitímico-depressivo mas se mantinham relativamente estáveis no de depressivos. Desconsiderando os sintomas depressivos a alexitimia parecia ser um fenômeno raro. Para os autores os sintomas depressivos eram crônicos e de longa duração na população geral em seu estudo. A importância do referido estudo está em estabelecer diferenças entre gêneros e circunstanciar com clareza os eventos estressores ligados a cada qual, de acordo com o grupo de participantes. Ainda que o sujeito possa migrar de grupo, durante *follow up* mais prolongado, este estudo já teve o mérito de conseguir acompanhar uma amostra expressiva, por um espaço de tempo considerável. Tal tipo de investigação pode permitir estabelecer

com maior clareza, a natureza de traço ou estado à alexitimia e os aspectos que permitem identificá-los.

Honkalampi et al. (2000 b) concluíram que a alexitimia muda em função da depressão e por isto não parece ser um traço estável entre pacientes depressivos. Honkalampi et al. (2001c) mostraram que a severidade da depressão estava significativamente associada com alexitimia e portanto poderia ser um fenômeno estado-dependente. Em outro estudo, Honkalampi et al. (2001d) concluíram que é importante usar diferentes pontos de vista ao estudar mudanças no status da alexitimia e que a alexitimia parece ser um traço estável, baseando-se em similaridades do escore principal na TAS-20 em fases distintas de seu estudo. Quando consideradas individualmente, as características da alexitimia pareciam ser estado-dependentes e fortemente relacionadas com sintomas depressivos. Luminet et al. (2001) verificaram que os escores da alexitimia variam significativamente da “linha de base” ao *follow-up* de 4 semanas de tratamento, indicando falta generalizada de estabilidade absoluta. Haviam fortes evidências de estabilidade relativa (os escores da alexitimia na linha de base correlacionando-se fortemente com os escores da alexitimia durante o *follow-up* após parcializar os efeitos da severidade da depressão). Concluíram que apesar dos escores da alexitimia mudarem na presença de consideráveis mudanças na severidade dos sintomas depressivos, os achados de uma relativa estabilidade da alexitimia davam apoio à visão segundo a qual este constructo seria um estável traço de personalidade mais que um fenômeno estado-dependente. Saarijävi et al. (2001) examinaram mudanças nas características de alexitimia e depressão e outros sintomas de estresse psicológico durante um ano, em pacientes com depressão maior e constataram que dificuldades em identificar e descrever sentimentos (fatores 1 e 2 da

*Toronto Alexithymia Scale- 20* ) estavam associadas com mudanças de humor, enquanto pensamento externamente orientado (fator 3 da Tas-20) não.

Como se pode notar os autores nem sempre são unânimes em relação à alexitimia como traço ou como estado, até mesmo em diferentes momentos de seus próprios estudos. Todavia, parece ser mais ou menos estabelecido que a alexitimia varia segundo a severidade da depressão, sendo relativa sua estabilidade e neste sentido estado-dependente. E possivelmente, nos casos em que ela se apresenta como traço, poderá eventualmente ser mais evidente nas fases mais severas da depressão. Isto não quer dizer portanto, que havendo alexitimia haverá depressão necessariamente.

Yucel et al (2002) estudaram depressão, pensamentos automáticos, alexitimia e assertividade em pacientes com dor de cabeça por tensão, comparando-os a controles saudáveis. Utilizaram o Inventário Beck de Depressão, Escala de Pensamentos Automáticos, a Escala de Alexitimia de Toronto e a Escala de Assertividade em 105 pacientes com dor de cabeça por tensão e 70 controles. Os participantes com dor de cabeça tinham altos escores em depressão, pensamentos automáticos e alexitimia, e baixos scores em assertividade. Sujeitos com dor de cabeça crônica por tensão tinham mais altos escores de depressão e pensamentos automáticos que aqueles com dor de cabeça episódica por tensão. Pessoas com dor de cabeça por tensão tem altos escores de depressão e mais dificuldade de expressar suas emoções. A frequência da dor de cabeça parece influenciar a probabilidade de coexistência com depressão.

Kreitler e Niv ( 2001) revisaram estudos sobre a relação entre alexitimia e dor crônica. Na primeira parte consideraram 20 estudos, comparando escores de pacientes com alexitimia com pacientes com dor crônica e grupo controle. Os estudos mostraram que

pacientes com dor crônica são mais alexitímicos que controles saudáveis tanto quanto outros tipos de pacientes psiquiátricos ou médicos. Na segunda parte analisaram as correlações de alexitimia em pacientes com dor crônica (dentro do grupo). Os achados mostravam que alexitimia não se relaciona a aspectos demográficos ou clínicos da dor tanto quanto à psicopatologia, mas sim com descrição de dores difusas, queixas somáticas, raiva ou agressividade inibidas, ansiedade, passividade, relações sociais limitadas, histeria, hipocondria. Principais implicações: a alexitimia é um fenômeno primário e não meramente uma reação à dor. Pacientes com dor dispõem de pobres meios para controlá-la. Intervenções psicofarmacológicas e comportamentais são mais comumente usadas que os métodos psicoterapêuticos para ajudar tais pacientes.

Sendo a dor um fator relevante no surgimento de sintomas depressivos, ansiosos e mesmo alexitímicos, não se pode deixar de considerá-la no caso dos pacientes portadores de glaucoma, pois como foi mencionado, há fases em que o paciente pode apresentá-la. Caso não se trate de dor intensa, poderá, ainda assim, repercutir sobre o humor dos pacientes, especialmente se contínua.

Considerando que o glaucoma representa uma ameaça de perda visual a seus portadores, são esperadas portanto, que reações emocionais e do humor se intensifiquem à medida em que os sintomas relacionados à doença tornem-se mais evidentes e afetem a qualidade de vida destes pacientes. Supõe-se que a população alvo apresente índices mais elevados de ansiedade e depressão, e eventualmente de alexitimia, em razão da forma de encarar o diagnóstico e prognóstico (entre assintomáticos), das eventuais perdas objetivas de acuidade e funcionalidade visual ocasionadas pelo glaucoma em pacientes não assintomáticos. Supõe-se ainda que fatores demográficos tais como gênero, idade e outros

poderão guardar certa associação com a presença de sintomas de ansiedade, depressão e/ou alexitimia.



## OBJETIVOS

### Objetivo Geral

Estudar a associação entre sintomas de depressão, ansiedade e alexitimia em portadores de Glaucoma.

### Objetivos Específicos

Avaliar alexitimia, depressão e ansiedade em portadores de Glaucoma em atendimento ambulatorial (amostra toda e de acordo com o sexo).

Avaliar aspectos demográficos tais como gênero idade, escolaridade, situação sócio-econômico e alguns itens relacionados à saúde relativamente às variáveis estudadas.

## MÉTODOS

Participantes

A amostra foi constituída por 39 sujeitos portadores de glaucoma, pacientes ambulatoriais de clínica oftalmológica de um hospital geral de cidade do interior de São Paulo. A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sócio-demográficas da amostra geral e de acordo com o sexo.

Tabela 1- Distribuição das variáveis sócio-demográficas no geral e de acordo com o sexo

Variável	Geral( n=39)		M (n=13)		F (n=26)	
	f	F%	F	F%	f	f%
<b>Idade</b>						
18 a 20	2	6 %	1	7%	1	4%
21 a 40	3	7%	2	15%	1	4%
41 a 60	23	59%	6	46%	17	65%
61 a 75	11	28%	4	31%	7	27%
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro	3	8 %	2	15%	1	4%
Casado ou amasiado	26	66%	10	77%	16	61%
Separado ou divorciado	2	5%	0	0	2	7%
Viúvo	8	20%	1	7%	7	27%
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	7	18%	1	8 %	6	23%
1º grau incompleto	19	49%	7	52%	12	46%
1º grau	8	20%	3	22%	5	19%
2º grau	4	10%	1	8%	3	11%
3º grau	1	3%	1	8%	0	0
<b>Condição Laboral</b>						
Na ativa *	12	31%	5	38%	7	27%
Aposentado	12	31%	6	46%	6	23%
Afastado	8	20%	4	31%	4	15%
Desempregado	1	2%	0	0	1	4%
Prendas Domésticas	8	20%	0	0	8	31%
<b>Renda familiar</b>						
Até 1 salário	10	25%	3	23%	7	27%
2 a 5 salários	27	69%	10	77%	17	65%
6 a 10 salários	2	6%	0	-	2	7%
+ de 10 salários	0	0	0	-	0	0

- 2 participantes da amostra masculina eram aposentados, porém realizavam pequenos serviços, sistematicamente.

## Material

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B): De acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, cada participante foi previamente informado sobre a pesquisa, seus objetivos, instrumentos e quanto ao uso dos dados para fins acadêmicos. Foi descrito em linguagem acessível, contendo todas as informações necessárias relativas à pesquisa, garantia de sigilo e confidencialidade, indicando-se a participação voluntária com possibilidade de desistência a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo para o participante.

Questionário Sócio-Demográfico (Anexo C): Constituído por itens relativos ao perfil dos pacientes como idade, sexo, nível de escolaridade e de renda, ocupação, tempo de diagnóstico e de frequência a consultas para acompanhamento do glaucoma, além de fatores predisponentes do sujeito (hereditariedade, miopia, diabetes) e de fatores externos que podem ocasionar o glaucoma tais como efeito secundário de cirurgia, uso de antidepressivos ou ansiolíticos, álcool e outras substâncias que caracterizam algum tipo de adição.

## Instrumentos de Avaliação Psicológica

Escala de Alexitimia de Toronto – TAS (Taylor et al, 1985) (Anexo D): É um instrumento de auto-avaliação, composto de 26 itens, idealizado para medir o grau de alexitimia. O sujeito deve responder através de escala de tipo Likert de cinco pontos onde, 1 corresponde a discordo inteiramente, 2 discordo, 3 não sei, 4 concordo e 5 concordo plenamente. Os escores totais variam entre 26 e 130, sendo que para escores acima de 74 (inclusive) o sujeito é considerado alexitímico e menores de 62 (inclusive) é considerado não alexitímico

(Taylor et al, 1988 b). Será utilizada a versão em português e validada para população clínica (Yoshida, 2005). Desde que proposta, a TAS-26 (Taylor, Ryan & Bagby, 1985) tem sido amplamente utilizada em diferentes tipos de patologia, diferentes populações e versões. Ela acompanha basicamente os mesmos resultados das pesquisas com a versão original: boa validade de construto e de critério. Apresenta boa consistência interna (Taylor, Ryan & Bagby, 1985; Bagby, Taylor & Atkinson, 1988, apud Yoshida, 2000) e estabilidade em medidas de teste e reteste (Taylor, Ryan & Bagby, 1985, apud Yoshida, 2000). Todas estas propriedades psicométricas foram obtidas também na pesquisa realizada com a versão em português da TAS-26, com amostra de estudantes universitários (Yoshida, 2000).

Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Cunha, 2001). É composto por 21 categorias de sintomas e atitudes com 4 ou 5 afirmações, cada qual refletindo um grau crescente de severidade de depressão. O sujeito escolhe que sentença descreve melhor a intensidade de seus sentimentos em relação ao aspecto avaliado. O escore é obtido pela somatória das respostas de cada questão. A classificação da depressão é a seguinte : mínimo 0-11; leve;12-19; moderado 20-35; grave 36-63. A validação desta escala para a população brasileira ocorreu inicialmente em 1992. Em 1993 fez-se coleta de dados em pacientes psiquiátricos (Cunha, Prieb, Lemes & Oliboni, 1997, apud Cunha, 2001). Em estudo sobre as suas propriedades psicométricas (em 1994), verificou-se que o instrumento apresentou consistência interna de 0,81 na amostra total; para sub-amostra masculina de 0,76 e para a feminina 0,83. Os padrões são semelhantes ao de outros países: não foram encontradas diferenças clínicas significativas. O constructo foi considerado válido. A adequação da versão brasileira do instrumento para o uso clínico foi evidenciada no estudo



de validade discriminante, no qual foram obtidas diferenças significantes entre pacientes deprimidos e ansiosos clinicamente diagnosticados( Gorenstein & Andrade, 1998).

Inventário de Ansiedade de Beck ( BAI): Foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer, no Center for Cognitive Therapy (CCT). De acordo com Beck & Steer ( 1993, apud Cunha 2001) o BAI “*..foi construído para medir sintomas de ansiedade, que são compartilhados de forma mínima com a depressão*”(p.1) O inventário é consituido por 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de Ansiedade ( Beck & Steer, 1993, p.2, apud Cunha, 2001 ) e devem ser avalidadas pelo sujeito com referência a si mesmo, em uma escala de 4 pontos que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma : 1) “Absolutamente não” ; 2 ) “Levemente: não me incomodou muito” ; 3) “ Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar “ ; 4 ) “Gravemente: dificilmente pude suportar”. Os itens, incluídos por Beck & Steer (1993 a, apud Cunha 2001) são os seguintes : 1) Dormência ou Formigamento; 2) Sensação de Calor; 3) Tremores nas pernas; 4) Incapaz de Relaxar; 5) Medo que Aconteça o Pior; 6) Atordoado ou Tonto; 7 ) Palpitação ou Aceleração do Coração; 8 ) Sem equilíbrio; 9 ) Aterrorizado; 10) Nervoso; 11) Sensação de Sufocação; 12) Tremores nas Mãos; 13) Trêmulo; 14) Medo de Perder o Controle; 15 ) Dificuldade de Respirar; 16) Medo de Morrer; 17) Assustado; 18) Indigestão ou Desconforto no Abdomem; 19) Sensação de Desmaio; 20 ) Rosto Afogueado; 21) Suor (não devido ao calor). O score total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais e permite a classificação em níveis de intensidade de ansiedade. A classificação recomendada em 1993 foi a seguinte: mínimo - scores de 0-7 ; leve - scores de 8-15; moderado - scores de 16-25; grave - scores de 26-63. Os scores do gênero feminino tendem a ser 4 pontos mais elevados que a média dos scores do gênero masculino. É inversamente

proporcional à idade: jovens referem mais ansiedade que mais velhos. Na versão em português os níveis de escore são um pouco diferentes em razão dos níveis de corte calculados com base nos dados de pacientes com transtorno de ansiedade: Mínimo de 0 a 10; Leve de 11 a 19; Moderado de 20 a 30; e grave de 31 a 63. O tempo de administração previsto para 5 à 10 minutos para a forma auto-administrada e 10 minutos para a forma oral.

### Procedimento

Após aprovação pelo Comitê de Ética da PUC-Campinas (Anexo B) teve início a coleta de dados. A aplicação dos instrumentos ocorreu nas dependências do Hospital e Maternidade Celso Pierro. Após o encaminhamento pelo(s) oftalmologista(s) do ambulatório de glaucoma, o paciente era consultado sobre seu interesse em participar da pesquisa e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, procedeu-se à aplicação dos instrumentos.

A aplicação dos instrumentos ocorreu em ambiente apropriado para tal (iluminação, mobiliário, higiene e privacidade) no ambulatório de glaucoma, o que facilitou a condução do paciente. A duração da aplicação, em cada paciente, variou de 30 minutos a uma hora, em função de nível de compreensão dos aspectos envolvidos tanto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quanto em relação aos instrumentos e ao ritmo individual dos participantes. Havendo sintomas era encaminhado para clínica de psicologia.

Após encaminhamento do paciente para a pesquisadora, pelo(s) oftalmologista(s) do ambulatório de oftalmologia, e com a devida concordância de cada um dos participantes, necessariamente expressa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o participante foi submetido individualmente aos instrumentos acima discriminados, em uma

única sessão. A sequência dos instrumentos foi variada para cada participante, a fim de controlar possível viés nos resultados induzido pela ordem de aplicação dos instrumentos, de tal modo que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Questionário Sócio-Demográfico.

Os participantes que apresentaram níveis moderado ou grave, quer de ansiedade, quer de depressão foram encaminhados para a Clínica de Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade de Campinas e para o Serviço de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Aqueles que apresentavam dificuldade de deambulação, bem como de realizar atividades da vida diária, em função de suas limitações visuais foram encaminhadas ao Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação e Educação Especial da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e para a Entidade Assitencial Pró-Visão a fim de realizar processo de reabilitação.

Os participantes que apesar de apresentarem níveis de ansiedade e depressão leves ou mínimos, tiveram necessidade de partilhar algum tipo de dificuldade relativa a sua vida privada, também foram orientados a procurar os mencionados serviços de psicologia ou psiquiatria, a fim de receberem orientação ou atendimento psicológico.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à composição da amostra, os dados da Tabela 1 mostram que apesar do predomínio de mulheres (66%), a amostra masculina não se diferenciou de forma significativa da feminina no que concerne às variáveis sócio-demográficas. Em ambos os estratos predominaram os sujeitos entre 41 e 60 anos (Média = 53,69, DP = 12,54), casados, com escolaridade entre 1<sup>a</sup>. e 4<sup>a</sup> série do 1<sup>o</sup>. grau, renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos e, um elevado número de participantes inativos por aposentadoria ou afastamento do trabalho. Apresentavam diagnóstico de glaucoma, e estavam no ambulatório para acompanhamento do glaucoma. Foram encaminhados pelos residentes do ambulatório em geral antes de serem submetidos à consulta para a qual haviam comparecido.

Quanto à distribuição das variáveis relacionadas ao glaucoma (Tabela 2), os participantes distribuíam-se predominantemente entre sujeitos que tiveram conhecimento do diagnóstico, há mais de sete anos e, para o controle do glaucoma faziam consultas mensalmente ou mais de uma vez por mês (31%) ou ainda em intervalos de tempo trimestrais (25%).

Os dados foram submetidos aos testes de Pearson, Spearman e Teste t para verificação de correlações, níveis de significância e verificação de diferenças.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis relacionadas ao glaucoma na amostra geral e de acordo com o sexo

Variável	Geral (N= 39)		Feminino (N=26)		Masculino (N=13)	
	F	F%	F	f%	F	F%
Tempo de Diagnóstico						
≤ 1 ano	7	18%	5	19%	2	15%
1 a 3 anos	11	28%	7	27%	4	31%
4 a 10 anos	13	33%	11	42%	2	15%
≥ 10 anos	7	18%	2	7%	5	38%
Cirurgia de glaucoma						
Sim	10	32%	7	37%	3	23%
Não	21	67%	14	61%	7	77%
Outra Cirurgia Oftalmológica						
Sim	8	20%	5	27%	3	7%
Não	21	80%	14	73%	7	92%
Medicação						
Colírio	35	90%	23	88%	12	92%
Antidepressivo	12	31%	10	25%	1	7%
Adição						
Tabaco	2	5%	0	0	2	15%
Álcool	2	5%	0	0	2	15%
Outros	1	2%	0	0	1	7%
Fatores predisponentes						
Miopia	9	23%	6	23%	3	23%
Diabetes	15	38%	12	46%	3	23%
Hereditariedade	13	33%	9	34%	4	31%
Intervalo de tempo						
< 1 mês/ mensal	12	31%	6	23%	5	38%
Bimestral	7	18%	6	23%	2	15%
Trimestral	10	25%	9	34%	2	15%
4 a 6 meses	7	18%	5	27%	2	15%
Mais de 6 meses	2	4%	0	0	2	15%

Cerca de 25 % da amostra total foi submetida à cirurgia específica de glaucoma, e 20% a outra cirurgia oftalmológica (catarata) também. Assim, 45 % foi submetida a alguma

cirurgia oftalmológica. Cerca de 90% da amostra refere o uso de colírio para controlar a pressão intra-ocular, efetivamente a medicação mais utilizada neste tipo de patologia. Em relação à variável adição verifica-se uma frequência bastante baixa de sujeitos que referem o uso de tabaco e álcool (5%) e mesmo assim, apenas entre os homens. Apenas um homem referiu adição (não quis especificar a droga não lícita que tinha deixado de usar), o que aparece na Tabela 2 como outros.

A ocorrência do diabetes apresentou diferença entre as duas amostras, porém a generalização deste dado é limitada, devido ao tamanho da amostra total. Observe-se que a faixa etária predominante entre os que apresentavam diabetes era entre 58 e 71 anos, constituindo 38% da amostra total, dos quais 7% do gênero masculino e 31% do feminino. Cerca de 46% da amostra feminina referiu o uso de antidepressivos em alguma fase da vida, passada ou presente. Observou-se predomínio de pacientes da amostra feminina entre os participantes com mais de sete anos de diagnóstico de glaucoma que fizeram cirurgia de glaucoma. A maioria da amostra não citou a hereditariedade como fator para glaucoma, em ambas as amostras, masculina e feminina.

### Alexitimia

Para a análise da distribuição dos escores da TAS-26, a Tabela 3 apresenta as médias, desvios padrão e medianas da amostra geral e de acordo com o sexo. Observa-se que os escores médios totais das amostras masculina (71,2) e feminina (74,15) não diferem significativamente entre si, ficando próximos do verificado na amostra geral (73,18). O mesmo se pode dizer, dos escores médios dos fatores. Observa-se também que as médias e

a medianas ficaram próximas em todas as amostras, apontando para uma distribuição normal da variável nos três substratos estudados.

Tabela 3. Médias, desvios padrão e medianas da TAS -26, amostra geral e segundo o sexo

TAS-26	Geral			Masculina			Feminina		
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana
Total	73,18	11,56	75	71,2	12,9	69	74,15	10,96	75
Fator 1	30,05	7,34	30	27,23	6,97	27	31,46	7,22	30,5
Fator 2	12	3,81	12	13	4,54	13	11,5	3,37	11,5
Fator 3	17,05	2,79	17	16,46	2,40	16	17,34	2,96	17,5
Fator 4	14,10	4,12	14	14,61	4,64	15	13,84	3,90	13,5

Considerando que não houve diferenças entre homens e mulheres, passa-se a examinar mais detidamente a distribuição dos escores em relação à amostra geral. No que concerne à dispersão dos escores totais, estes variaram entre 48 e 102, tendo predominado os escores entre 74 e 80 (Figura 1), sugerindo, portanto um perfil alexitímico dos participantes, se for considerado o ponto de corte internacionalmente aceito, igual a 74 (Taylor et al, 1998). Os dados, até certo ponto, confirmam as observações de Naacke & Baudouin (1999) quanto a dificuldade de pacientes de glaucoma, em sua amostra, em expressar emoções, ainda que não a tenha rotulado, como alexitimia. No entanto, devido à falta de pesquisas brasileiras para a definição de pontos de corte deve-se ter cautela quanto à interpretação destes resultados. Por ora, pode-se apenas confrontá-los aos encontrados em outras pesquisas brasileiras e estabelecer comparações que têm, todavia alcance limitado.

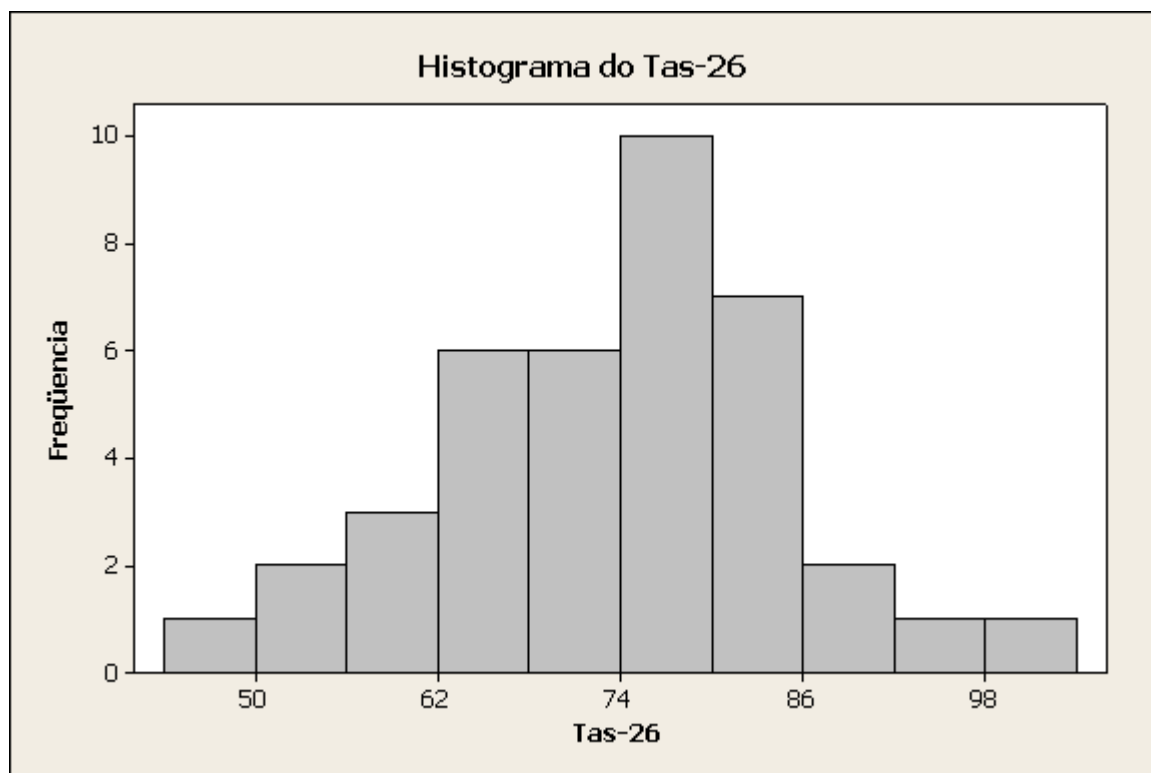


Figura 1 - Distribuição de frequência dos escores da TAS-26 da amostra geral (N=39)

Tendo em vista os resultados de pesquisas nas quais a avaliação de alexitimia foi realizada com a versão em português da TAS-26 (Yoshida, 2000), observa-se na Tabela 4 que as amostras clínicas (atual, estudos I, II e III), tiveram escores mais elevados do que os das amostras não clínicas, formadas por estudantes (estudos IV e V). Entre as amostras clínicas os escores médios variaram entre 72,81 e 78 e entre os estudantes entre 63,13 e 66. Isto é, há, conforme o esperado, uma tendência de populações clínicas apresentarem índices mais elevados de alexitimia do que populações não clínicas, ainda que não se possa determinar qual seria o ponto de corte em nossa realidade. Ademais, é preciso salientar que a diferença de nível de escolaridade entre as amostras clínicas, compostas por pessoas com baixos níveis de escolaridade, e as amostras não clínicas, formadas por estudantes



universitários (Estudo IV) e de nível técnico (Estudo V), pode ter contribuído para as diferenças nos escores médios. Portanto, pesquisas utilizando a TAS-26 (ou outras versões) com amostras não clínicas e baixa escolaridade, deverão ser empreendidas para que se conheça a relevância desta variável sobre os escores totais e parciais. Entretanto Honkalampi, particularmente no estudo de 2004, encontrou baixo nível de escolaridade como um dos aspectos característicos de sua amostra de portadores de alexitimia, aspecto que sinaliza uma questão cultural, mais que falta de vocabulário decorrente disto.

Tabela 4- Escores médios e desvios padrão da TAS de estudos com amostras brasileiras.

Pesquisa	Atual (N=39)		Estudo I (N= 48)		Estudo II (N=40)		Estudo III (N=294)		Estudo IV (N=581)		EstudoV (N=48)	
	<u>M</u>	DP	<u>M</u>	DP	<u>M</u>	DP	<u>M</u>	DP	<u>M</u>	DP	<u>M</u>	DP
Total	73,18	7,33	74	7,52	78,65	7,99	72,81	9,15	63,13	10,12	66	10,78
F1	2,50	3,81	2,69	6,0	3,20	0,57	-	-	-	-	3	0,73
F2	2,40	3,81	2,24	2,49	2,99	0,75	-	-	-	-	2	0,79
F3	2,43	2,79	2,47	2,19	2,83	0,36	-	-	-	-	2	0,44
F4	2,82	4,12	2,58	2,75	2,91	0,56	-	-	-	-	3	0,59

I – Pregnotatto (2005) – pacientes renais crônicos em hemodiálise; II – Maciel (2005)-pacientes ambulatoriais de clínica de alcoólicos; III – Yoshida (2005) - pacientes de hospital geral; IV – Yoshida (2000) – universitários; V - Picolli (2005)- estudantes de cursos técnicos.

Comparando-se as amostras clínicas entre si, e com isto eliminando possíveis interferências provocadas por diferenças no nível de escolaridade das amostras, verifica-se que os portadores de glaucoma assemelharam-se mais aos pacientes de hemodiálise em termos de escores médios totais para TAS-26, assim como os escores de seus fatores, e desvios padrão. Por outro lado, os pacientes dependentes de álcool apresentam escores

médios maiores, o que está de acordo com a literatura a qual aponta efetivamente para a existência de associação entre alexitimia e dependência de álcool (Maciel, 2005).

### Depressão

Em relação à medida de depressão a Tabela 5 apresenta os valores do BDI para a amostra geral e de acordo com o sexo. Em relação à ampla dispersão dos escores observado na amostra geral (0 a 54), deve-se ao fato de um participante da amostra feminina ter tido o escore 54 no BDI, imprimindo um viés para cima na média do grupo, que desta forma se distanciou da média da amostra masculina. Excluindo-se este caso de *outlier*, a média da amostra geral cai para 11,19 e a feminina para 12,32 , portanto muito próximas da masculina. Ou seja, ao contrário do esperado, a amostra revelou ter grau mínimo de depressão. Ainda assim nota-se que a média feminina nesta amostra é maior. A incidência de glaucoma é maior entre mulheres (Shields, 1997).

Tabela 5. Escores máximos, mínimos, médias, medianas e desvios padrão do BDI para amostra geral e de acordo com o sexo.

Amostra	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Geral	54	0	12,31	10	11,67
Masculina	27	0	8,83	10	7,71
Feminina	54	0	13,92	11	12,92

A observação da Figura 2 permite verificar a distribuição da amostra no que concerne aos níveis de depressão.

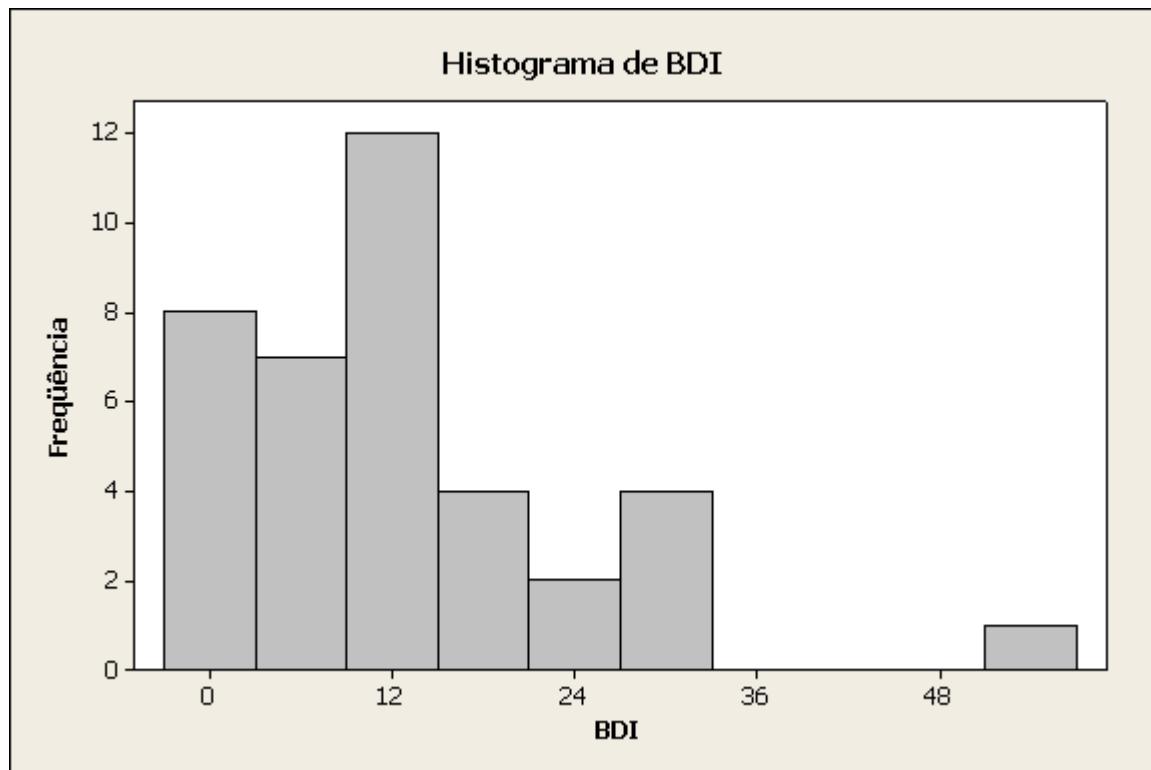


Figura 2 - Distribuição de frequência dos escores do BDI da amostra geral (N=39)

De acordo com a Figura 2 há mais participantes no nível mínimo de depressão (escore até 11) (54%), seguido posteriormente de sujeitos no nível leve (entre 12 e 19) (20%), declinando, no nível moderado e sendo praticamente inexistente no nível grave.

### Ansiedade

Em relação à ansiedade, assim como ocorreu com a medida de depressão, os participantes apresentaram em sua maioria escores baixos na BAI, sugerindo índices mínimos de ansiedade. Porém devido a um *outlier* (escore = 46) na amostra feminina, o

escore médio da amostra total, e da feminina, foram indevidamente elevados. Sem o *outlier*, o desvio padrão para amostra feminina passa a ser 11,43. Considerando-se que é esperada uma diferença de quatro pontos entre os gêneros masculino e feminino (Cunha, 2001), pode-se dizer que a diferença constatada entre as amostras masculina e feminina no presente trabalho, está próxima do observado na população geral: 5,02. Portanto, ligeiramente acima da faixa de normalidade, o que, similarmente, a aproxima dela.

Tabela 6. Escores máximos, mínimos, médias, medianas e desvios padrão da BAI para amostra geral e de acordo com o sexo.

Amostra	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Total	46	1	12,34	8	11,23
Masculina	18	1	6,41	10,57	6,04
Feminina	46	1	15,07	10,5	12,10

Deve-se mencionar durante a aplicação do instrumento, algumas participantes fizeram comentários indicativos de que se encontravam sob estresse em seus lares, particularmente situações que envolviam problemas de saúde em parentes próximos, e / ou necessidade de cuidar de parentes idosos. Os fatores estressores mencionados, especialmente os que envolvem itens relativos à saúde, coincidem aos observados por Honkalampi et al (2004).

Apenas uma participante estava vivendo luto por sua perda visual recente e irreversível, tendo apresentado escore 34 na BAI. Outra paciente com escore elevado, 36, apresentava dificuldade de deambulação, além de visão comprometida.

A paciente que apresentou o escore mais elevado, 46, apresentou diagnóstico de “Lupus” (autoimune) e complexo e estressante relacionamento com filhos. Outro caso relevante, com doença associada, pênfigo (autoimune), apresentou escore moderado: 28. Deve-se salientar que a citada patologia, causava grande constrangimento e desconforto à paciente, tendo relatado inclusive sua mudança para Campinas, para poder receber tratamento adequado.

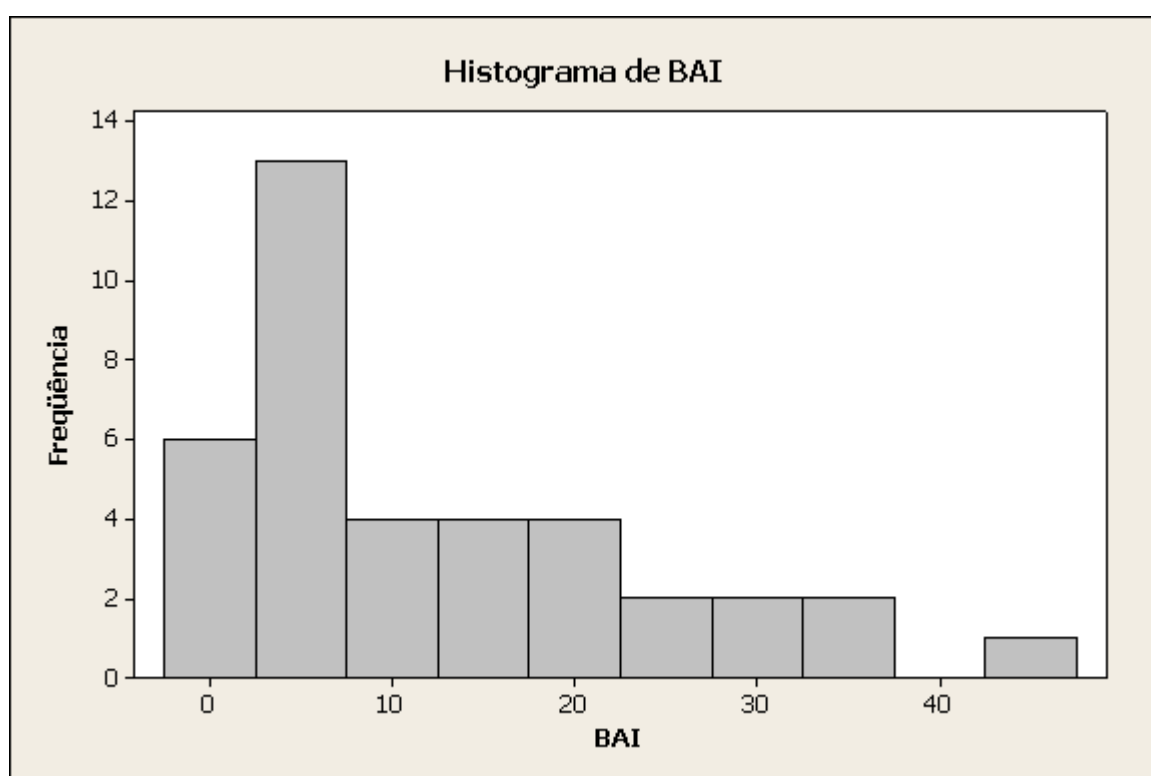


Figura 3 - Distribuição de frequência dos escores da BAI da amostra geral (N=39)

Apesar de algumas pacientes estarem enfrentando situações de stress, a Figura 3 indica que há mais participantes no nível mínimo de ansiedade (54%) e um número bem menor de sujeitos no nível leve de ansiedade (18%). Há poucos no nível moderado (30%) e

menos ainda no nível grave. Note-se que outras participantes tiveram certa dificuldade de estabelecer a intensidade das sensações e sentimentos que identificavam em si mesmas.

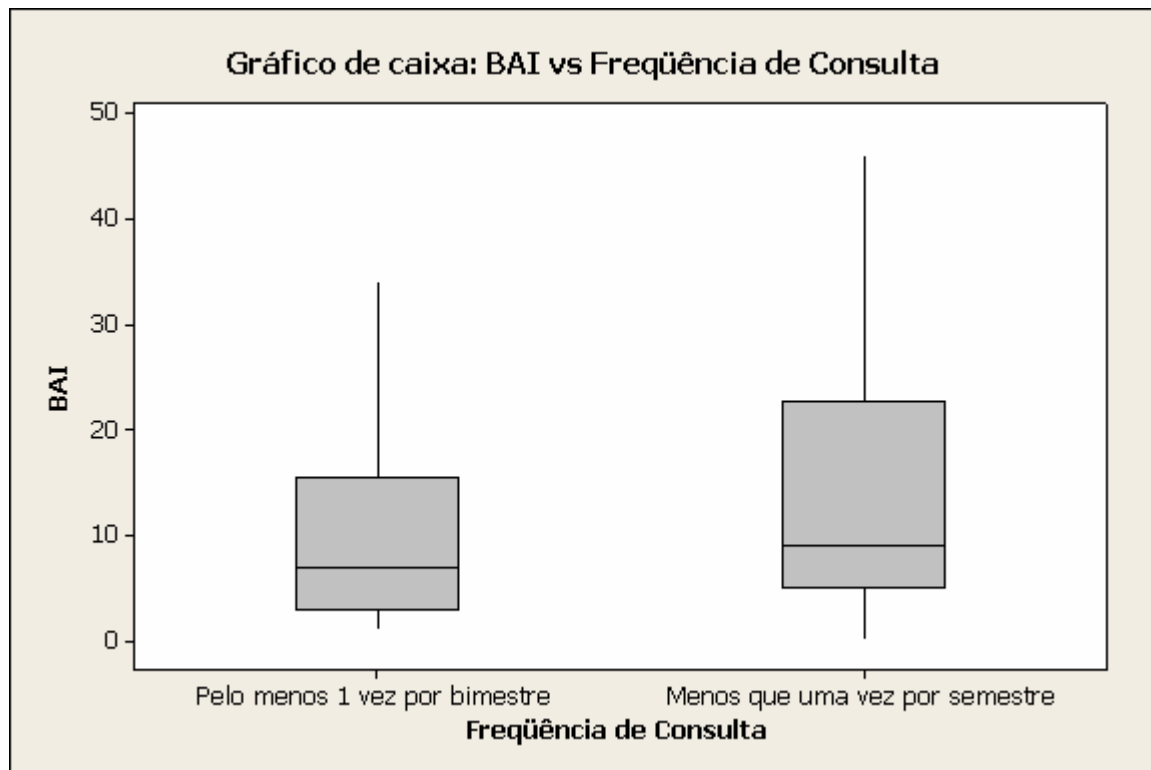


Figura 4: Variação dos escores na BAI de acordo com a frequência a consultas

A Figura 4 demonstra que a variação dos escores da BAI para os participantes que compareciam ao ambulatório uma vez por bimestre ou menos, não ultrapassa o nível leve de ansiedade. Entre os participantes que freqüentavam ao menos uma vez por semestre ou pelo menos uma vez por trimestre, apresentaram uma variação maior de escore incluindo os níveis leve e moderado. Algo a ser melhor estudado pois pode estar indicando que quanto menor a freqüência de acompanhamento do glaucoma maior o nível de ansiedade.

Tal como o realizado com a TAS-26, foram comparados os escores médios da atual pesquisa com os encontrados em outras amostras, os quais constam do Manual da versão

em português das Escalas Beck (Cunha, 2001). Observando-se a Tabela 7 pode-se verificar que os portadores de glaucoma se assemelham às demais populações clínicas dos estudos ali indicados. No BDI os portadores de diabetes do tipo II apresentam média mais elevada. No BAI todos os grupos são bem semelhantes. Comparados à população não clínica pode-se constatar que as médias são mais elevadas em todos os estudos. O que se pode deduzir destes dados é que as populações clínicas, tendo em comum o fato de portarem alguma patologia, podem, apresentar escores mais altos por este fato.

Tabela 7. Médias e Desvios Padrão do BDI e da BAI em amostras clínicas.

Variável	Estudo Atual N= 39		Estudo I n = 92		Estudo II n=30		Estudo III n= 102		Estudo IV N= 1746	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
BDI	12,31	11,67	11,03	6,93	16,73	8,35	12,63	8,89	6,47	5,80
BAI	12,34	11,23	11,77	7,62	---	---	12,10	0,88	7,54	6,88

Atual – portadores de glaucoma; Estudo I – cardiopatia; estudo II – diabetes mellitus (tipo II); estudo III – pacientes de cuidados primários em saúde; estudo IV – universitários<sup>2</sup>

#### Alexitimia, Depressão e Ansiedade

De acordo com a Tabela 8, a TAS-26 apresentou correlação significativa com a BAI na amostra total e na feminina, mas não na masculina. Considerando que coeficientes de correlação são influenciados pelo tamanho das amostras, é possível que a ausência de associação significativa na amostra masculina seja devida ao número reduzido de participantes.

Tabela 8. Coeficientes de Correlação de Pearson entre Tas-26, BAI e BDI

Amostra	Total	Masculina	Feminina
Variável	(N= 39)	(N=13)	(N=26)
Tas-26/BAI	0,49**	0,44	0,55**
Tas-26/ BDI	0,35*	0,33	0,37
BAI / BDI	0,68***	0,65*	0,67***

\*  $p < 0,05$  (bicaudal); \*\*  $p < 0,01$  (bicaudal); \*\*\*  $p < 0,001$  (bicaudal)

Deve-se observar que aos escores mais altos na TAS-26, apresentados por alguns participantes da amostra feminina, correspondiam os escores mais altos na BAI, porém aparentemente ocasionados por outras patologias (“Lupus”, Pênfigo e “Problema do Coração” não esclarecido) e situações estressantes, em virtude das quais os pacientes mostraram-se visivelmente mobilizadas. De modo que para situações agudas, ainda que sejam poucos casos, tanto a TAS-26 como as demais escalas, não parecem estar associadas ao glaucoma, mas a outros fatores que estariam agindo como *confounding*.

Quanto à associação entre alexitimia e depressão, foi encontrada apenas uma associação moderada na amostra total, contrariando a expectativa teórica. O baixo índice de depressão, explica provavelmente a falta de associação entre estas variáveis. Por outro lado,



os relativamente baixos índices de depressão e de ansiedade na amostra, refletiram-se na associação positiva e significativa verificada nas três amostras.

Tabela 9. Coeficiente de Correlação de Pearson (r) entre variáveis sócio-demográficas e TAS-26, BAI e BDI (N=39)

Variável	Idade	Escolaridade	Renda Familiar	Tempo de Diagnóstico
TAS 26	0,24	- 0,02	0,28	-0,18
BAI	0,03	-0,31	0,19	0,13
BDI	0,29	-0,33	0,02	0,21

A Tabela 9 traz os coeficientes de correlação entre os escores obtidos nas escalas acima mencionadas e as variáveis sócio-demográficas. Não foram detectadas correlações significantes entre as variáveis indicadas na tabela acima, e os escores dos participantes, para os instrumentos indicados. A maior parte destes pacientes havia sofrido perda visual há mais de quatro anos, ou possuía visão normal, sem seqüelas perceptíveis, e vinha recebendo atendimento regularmente. Deste modo, a característica deste sub-grupo (incluindo prováveis alexitímicos) era situação estável do ponto de vista visual, o que pode, portanto ter contribuído para os resultados aqui verificados.

## CONCLUSÕES

A amostra total mostrou-se homogênea sob vários aspectos (idade, escolaridade, renda familiar, estado civil e situação de trabalho), mas não quanto ao gênero (esperado conforme literatura), o que provavelmente influenciou algumas análises, especialmente as que envolviam correlações. Sugere-se para pesquisas futuras se trabalhe com amostras mais numerosas.

Se o glaucoma representa um ameaça de perda visual a seus portadores, esperava-se que reações emocionais e do humor se intensificassem à medida em que os sintomas relacionados à doença se tornassem mais evidentes e afetassem a qualidade de vida destes pacientes. Não ocorreram casos suficientes para referendar tal afirmação, visto que a maioria dos participantes apresentava um quadro estável do ponto de vista da doença e da situação visual e que foram encontrados no geral, baixos índices de alexitimia, depressão e ansiedade. Outros instrumentos, complementares, para avaliação auxiliariam tal verificação.

Considerando-se estudos futuros, sugere-se que para a composição das amostras também se observem as diferentes fases do glaucoma, para fins de comparação e estabelecimento de eventuais diferenças ou variações nos parâmetros abordados. Tanto quanto possível seria recomendável considerar a distribuição por tipo de glaucoma, tendo em vista a incidência na população geral. Por se tratar de uma doença crônica é provável que a relação entre novos casos e casos em acompanhamento seja bastante distinta, devendo pois ser levada em conta. Os dados permitem dizer que pacientes com diagnóstico de glaucoma e que estejam em atendimento ambulatorial regular, não apresentam índices elevados de alexitimia, depressão ou ansiedade. Tendo em vista as limitações relativas à composição da amostra e o caráter de estudo exploratório desta pesquisa, os resultados

devem ser vistos com cautela.

## REFERÊNCIAS

- Biederman J., Petty C., Faraone S.V., Hirshfeld-Becker D.R., Henin A., Pollack M.H. & Rosenbaum, J.F. (2005). Patterns of comorbidity in panic disorder and major depression: findings from a nonreferred sample. Depression and Anxiety, 6 (21), 55-60.
- Bienvenu O.J, Samuels J.F, Costa P.T, Reti I.M, Eaton W.W, & Nestadt G. (2004) Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: a higher-and lower-order personality trait investigation in a community sample, Depression and Anxiety, 20(2), 92-97.
- Brody, B. L., Gamst, A. C., Williams, R.A., Smith, A.R., Lau, P.W., Dolnak, D., Rapaport, M.H., Kaplan, R. M., & Brown, S. I. (2001) Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. Ophthalmology, 108(10), 1893-900.
- Chou, K.L. & Chi, I. (2004). Combined Effect of Vision and Hearing Impairment on Depression in Elderly Chinese. International Journal of Geriatric Psychiatry, 19( 9), 825- 32.
- Costa, D. M. (1994), Visão Subnormal ( Biblioteca Brasileira de Oftalmologia) (pp. 125-128), Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica.

Cunha, J.A.( 2001), Manual da Versão em Português das Escalas Beck, São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ferracina,C, Rodrigues, A.M., Belfort, R. & Mello, P.A.A.(2004). Aspectos Psicológicos de Crianças com Glaucoma do Desenvolvimento. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, 67(6), 859-62.

Gorestein, C., & Andrade, L.( 1998). Inventário de Depressão de Beck: Propriedades Psicométricas da Versão em Português. Revista de Psiquiatria Clínica, 25(5), 245-250.

Guyton, A. C. ( 1973). Tratado de Fisiologia Médica, 4a. Edição, Alcyr Kraemer. Guanabara: Koogan.

Hamelin N., Blatrix C., Brion F., Mathieu C., Goemaere I., & Nordmann J.P. (2002). How Patients React When Glaucoma is Diagnosed ? Comment les patients réagissent-ils à la découverte d'un glaucome ? Journal Français d'Ophthalmologie , 25 ( 8) : 795 -798.

Heine C.; Browning C.J. ( 2002 ). Communication and psychosocial consequences of sensory loss in older adults: overview and rehabilitation directions.Disability and Rehabilitation,24(15), 763-773.

Honkalampi K., Hintikka J., Tanskanen, A., Lehtonen J. & Viinamäki, H. ( 2000 a). Depression is strongly associated with Alexithymia in the General Population. Journal of Psychosomatic Research, 48, 99 -104.

- Honkalampi, K., Hintikka J., Saarinen P. & Lehtonen J. (2000 b). Is Alexithymia a Permanent Feature in Depressed Patients ? Results from a 6-Month Follow-Up Study. Psychotherapy and Psychosomatics. 69, 303-308.
- Honkalampi K., Hintikka J., Laukkanen E. ,Lehtonen J. & Viinamäki H.(2001 c) Alexithymia and Depression. A prospective Study of Patients with Major Depressive Disorder. Psychosomatics. 43 (3), 229-234.
- Honkalampi K., Koivumaa-Honkanen H., Tanskanen, Hintikka J. , Lehtonen J. & Viinamäki.(2001 d) Why do Alexithymic Features Appear to Be Stable ? A 12- Month Follow-Up Study of a General Population. Psychotherapy and Psychosomatics, 70, 247-253.
- Honkalampi K., Koivumaa- Honkanen H. ,Hintikka J., Antikainen R., Haatinen K., Tanskanen A. & Viinamäki H. ( 2004 e). Do Stressful Life-Events or Sociodemographic Variables Associate with Depression and Alexithymia Among a Genreal Population ? A 3-Year Follow-Up Study .Comprehensive Psychiatry. 45, 4 : 254-260
- Hunt C., Slade T., & Andrews G. (2004). Generalized Anxiety Disorder and major Depressive Disorder Comorbidity in the National Survey of Mental health and Well Being .Depression and Anxiety, 20 ( 1), 23 – 31.
- José, R. T.(1997), Understanding Low Vision. New York: American Foundation for The Blind.
- Kadoi C., Hayasaka, S., Tsukamoto,E., Matsumoto, M., Hayasaka , Y., & Nagaki, Y. ( 2000).Bilateral Angle Closure Galucoma and Visual Loss precipated by Antidepressant

and Antianxiety agents in a patient with depression. Ophthalmologica : International Journal of Ophthalmology, 214( 5), 360- 361

Kano, M., Fukudo S, Gyoba J, Kamachi M, Tagawa M, Mochizuki H, Itoh M, Hongo M., & Yanai K (2003). Specific brain processing of facial expressions in people with alexithymia: an H2 15O-PET study. Brain, 126(6), 1474-1484.

Kooiman, C.G., Spinhoven, Ph., Trijsburg , R.W. ,& Roojijmans, H.G.M.(1998) Perceived Parental Attitude, Alexithymia and Defense Style in Psychiatric Outpatients , Psychotherapy and Psychosomatics , 67: 81-87

Kreitler S & Niv, D. (2001). Pain and alexithymia: The nature of a relation Pain Clinic, 13 (1), 13-38.

Lane R.D., Sechrest L., Reidel R., Weldon V., Kaszniak A. & Schwartz G.E. (1996), Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia, Psychosomatic Medicine, 58 (6) 203-210

Lane R.D., Sechrest L., Riedel R., Shapiro D.E. & Kaszniak A.W. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style. Psychosomatic Medicine, 62(4), 492-501.

Larsen J.K., Brand N., Bermond B., & Hijman R.(2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies, Journal of Psychosomatic Research, 54(6), 533-41.

- Lemche, E., Klann-Delius, G., Koch R., & Joraschky, P.( 2004). Mentalizing Language Development in a Longitudinal Attachment Sample: Implications for Alexithymia. Psychotherapy and Psychosomatics, 3, 366-374.
- Luu C.; Kiely P.; Crewther D.; Kowal L.; Crewther S. ( 2003) Central and peripheral vision loss associated with nefazodone usage .Documenta Ophthalmologica.106(3):319-25
- Lumient O., Bagby R.M. & Taylor G.J.( 2001) . An Evaluation of The Absolute and Relative Stability of Alexithymia in Patients with Major Depression. Psychotherapy and Psychosomatics 70: 254-260
- Lumley, Mark A ( 2000) .Alexithymia and Negative Emotional Conditions , Journal of Psychosomatic Research 49 , 51-54
- Lundh, LG, Johnsson, A, Sundqvist, K, & Olsson, H ( 2002).Alexithymia, Memory of Emotion, Emotional Awareness and perfectionism. Emotion, 2 (4) , 361- 379.
- Lundh, LG & Simonsson- Sarnecki, M ( 2001). Alexithymia, Emotion and Somatic Complaints. Journal of Personality, 69 (3), 483- 510
- Maciel, M. J. N. (2005). Avaliação da Alexitimia, Neuroticismo e Depressão em Dependentes de Álcool. Dissertação de mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Marchesi,-C, Brusamonti,-E, & Maggini,-C. (2000) Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders?. Journal of Psychosomatic Research, 49(1), 43-9

- McDougall, J.(2000). Teatros do Corpo : A psicossomática na Psicanálise. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Montreuil, M, & Pedinielli, JL (1995). Caracteristiques du Traitement visuel parallèle chez des sujets sains alexithymiques, Application de la Toronto Alexithymia Scale et du test de saisie visuelle parallèle. L 'Encephale, XXI, 589-595.
- Moreira, A.C.G. .A Melancolia na obra de Freud : Um Narciso sem [Des]culpas. ( 2005) Bibliotecas Virtuais : Professores Associados Consultoria Educacional & Equipe
- Naacke, H., Baudouin, C, (1999). Le Patient glaucomateux et son Traitement: Qu 'en est –il réellement? Journal Français Ophtalmologie, 22 (1), 99-101.
- Piccoli, A. P. B (2005). Qualidade de vida e alexitimia em estudantes de cursos técnicos. Dissertação de mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.
- Posse M., & Hallstrom, T. (1998). Alexithymia, personality, characteristics, and somatization tendency in different physical diseases. European Journal of Psychiatry, 12 (4), 215-224.
- Pregnoatto, A. P. F. (2005). Alexitimia e sintomas psicopatológicos em paciente com insuficiência renal crônica. Dissertação de mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.
- Rai , S. Moster M.R., Kesen, M., Fontanarosa, J., Spaeth, G.L., Steinmann W. C., Wilson, R., Myers, J. ( 2005).level of disagreement between Proview Phophene Tonometer and Goldmann Applanation Tonometer Intraocular Pressure Readings.Journal og



Glaucoma.14(2) : 120-123

Saarijärvi S., Salminen J.K. & Toikka T.B.( 2001). Alexithymia and Depression.A 1-year Follow-up Study in Outpatients with Major Depression. Journal of Psychosomatic Research. 51,729-733

Shields, M.B., ( 1997) Textbook of Glaucoma, Philadelphia, fourth edition, Williams & Wilkins

Spalletta G., Pasini A., Costa A., De Angelis D., Ramundo N., Paolucci S. & Caltagirone C. (2001) Alexithymic features in stroke: effects of laterality and gender. Psychosomatic Medicine. 63(6):944-50.

Stelmack J. ( 2001). Quality of life of low-vision patients and outcomes of low-vision rehabilitation. Optometry and Vision Science. 78(5), 335-42

Taylor, G.J., Ryan, D., Bagby, R. M. ( 1985 a). Toward the development of a new self- report Alexithymia Scale. Psychotherapy and Psychosomatics,44,191-199

Taylor,G.J., Bagby, R.M.,Ryan,D.P.,Parker,J.D., Doody, K.F., Keefe,P. ( 1988 b) Criterion Validity of the Toronto Alexithymia Scale. Psychosomatic Medicine,50,500-509

Taylor, G. F., & Bagby, R. M.(2004). New Trends in Alexithymia Research, Psychotherapy and Psychosomatics,73(2),68-77.

Troisi A, Belsanti S, Bucci, AR, Mosco, C, Sinti, F & Verucci, M (2000). Affect Regulation in Alexithymia: an Ethological Study of Displacement Behavior during Psychiatric Interviews. The Journal of Nervous & Mental Disease, 188, 13-18

- Troisi, A, D'Argenio, A, Francesco, P & Petti, P (2001) .Insecure Attachment and Alexithymia in Young Men with Mood Symptoms. The Journal of Nervous and Mental Disease 189, 311-316
- Vaughan, D., Asbury, T., & Riordan- Eva, P. (1998) , Oftalmologia Geral, 4a. Edição, São Paulo, Atheneu Editora.
- Winokur, G (1988).Anxiety Disorders .Relationships to Other Psychiatric Illness. Psychiatric Clinics of North America, 11(2) 287-292
- Yucel, B, Kora, K, Ozyalcin, S, Alcalar, N, Ozdemir, O, & Yucel, A. (2002).Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. Headache. 42(3):194-9
- Yoshida, E. M. P. (2000). Toronto Alexthymia Scale-TAS: precisão e validade da versão em português. Psicologia: Teoria e Prática, 2 (1), 59-74.
- Yoshida, E.M.P. (2005). Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS para população clínica (manuscrito).

## ANEXO A

Glossário

**Câmara Anterior:** estrutura do olho entre a córnea e a íris ( Manual Merck, seção 20, capítulo 216 " Os olhos e a Visão )

**Campo da visão:** é a área abrangida por um olho num dado momento. A área vista do lado nasal é denominada campo nasal de visão e a área vista no lado lateral é denominada campo temporal da visão. Pela campimetria, teste que permite verificar como, e se o glaucoma afetou o campo de visão. Permite avaliar a extensão do dano sobre as fibras nervosas do nervo óptico. Existem diversos aparelhos que permitem este exame. Há a campimetria computadorizada: rosto apoiado em um apoio e olhando fixamente para uma luz piloto. Cada vez que outras luzes aparecerem à frente deve ser acionado um botão. Dessa forma, ao final do teste, o médico receberá um gráfico ilustrativo do campo visual. O perímetro de Goldmann também realiza a tarefa, porém sem utilização de computador (Queiroz Neto, 2003). Como um mapa cartográfico com fronteiras e topografia de uma ilha, o perimetrista pode medir os limites periféricos do campo visual e a acuidade visual relativa das áreas dentro destes limites. O campo visual normal pode ser retratado como um contorno tridimensional, representando áreas de relativa sensibilidade retiniana e caracterizado por (*peak by*) pontos de fixação, correspondendo à uma depressão absoluta ao ponto cego e *sloping* das áreas remanescentes às bordas do campo. Os danos iniciais glaucomatosos podem produzir uma generalizada depressão deste contorno. As mudanças mais específicas do glaucoma são, entretanto, defeitos localizados que correspondem à perda da fibra do nervo retiniano e incluem escotomas acima e abaixo, e defeitos ao longo da linha média nasal ( Shield, 1998).

**Disco óptico:** papila óptica, ponto da retina na qual penetra o disco óptico. É formado pelas fibras nervosas que se originam na célula ganglionar da retina e converge sobre o *nerve head* ( *nervo óptico*) de todos os pontos no *Fundus*. Aparece como disco branco ou rosa. Não existem receptores sensoriais sobre ele assim não responde a estímulos, por isto também é chamado de ponto cego.( dicionário médico espanhol no site akademisyen.com ou eacademician.com, index academicus, 2005 . É também o lugar de entrada e saída dos vasos da retina. O termo *optic nerve head* (nervo óptico)é geralmente preferível a disco óptico desde que sugira uma estrutura sem profundidade. O termo disco ou papila são freqüentemente usados para referirem-se à porção do nervo óptico que é clinicamente visível à oftalmoscopia ( Shields, 1997).

**Glaucoma de Ângulo Aberto Primário:** É a forma mais comum de glaucoma, estimando-se em cerca de 0,4 e 0,7% das pessoas ao redor dos 40 anos e 2 e 3% das pessoas com cerca de 70 anos. É mais comum em negros, com forte tendência familiar envolvida. Parentes próximos devem fazer exames regularmente. É um processo degenerativo na malha trabecular, incluindo depósito de material extracelular dentro da malha e sob a linha do canal de Shlemm. A consequência é a redução da drenagem do aquoso que conduz à aumento de pressão intra-ocular.

O aumento de pressão precede alterações no disco óptico e no campo visual durante anos. Há associação entre o nível de pressão intra-ocular e a gravidade da perda visual, mas há uma grande variabilidade entre indivíduos relativamente aos efeitos da pressão no nervo óptico. Algumas pessoas toleram pressões elevadas sem alterações no campo ou disco. Outros as desenvolvem com pressões normal ou baixa.

Havendo perda do campo visual no primeiro exame, o risco de progressão adicional será muito maior. Sendo a pressão intra-ocular o único risco tratável ela é o principal foco da terapia medicamentosa. Existem evidências de que o controle da pressão diminui o dano do disco e perda de campo.

A detecção deste tipo de glaucoma é dificultada pela ausência de sintomas até relativamente o fim da doença: quando o paciente nota a perda, a escavação glaucomatosa já ocorreu, e é substancial. O tratamento deve ser iniciado no estágio inicial ou precoce da doença, portanto exames regulares oftalmológicos, com medição de pressão, especialmente dos parentes de afetados. O exame do disco óptico e a tonometria devem fazer parte da rotina de todos os adultos com cerca de 30 anos (Vaughan,1998).

Note-se que pode haver diferença na medida de pressão intraocular conforme o tipo de tonômetro utilizado, de tal modo que é preciso considerar o instrumento utilizado para avaliar a precisão da leitura deste instrumento para obter a medida mais exata da pressão intraocular (Rai et al, 2005).

**Glaucoma Primário de ângulo fechado:** Ocorre quando há oclusão do ângulo, desenvolve-se uma íris *bombeé*, o que bloqueia o fluxo do aquoso e aumenta a pressão intra-ocular mais rapidamente, causando dor, vermelhidão e visão turva. Ocorre em olhos com pré-existência de estreitamento anatômico da câmara anterior (principalmente em hipermetropes). O ataque agudo geralmente ocorre em pacientes mais idosos quando há alargamento do cristalino associado à idade.

A pupila é meio dilatada com bloqueio pupilar associado. Ocorre normalmente à noite, quando o nível de iluminação é reduzido. Pode ocorrer quando a pupila for dilatada para oftalmoscopia. Se a dilatação pupilar for necessária em pacientes com câmara anterior superficial é melhor confiar em agentes de curta ação e observar o paciente cuidadosamente. É caracterizado pelo aparecimento repentino de um grave embaçamento, seguido por dor torturante, halos, náusea, vômitos. Há aumento marcante pressão intraocular, câmara anterior rasa, edema de córnea, pupila dilatada e moderadamente fixa e injeção ciliar.

O glaucoma de ângulo fechado secundário agudo pode ocorrer pelo descolamento do diafragma irido-cristaliniano associado a alterações de volume no segmento posterior do olho, o que pode ser observado na oclusão da veia retiniana central, na esclerite posterior e depois de procedimentos terapêuticos tais como: fotocoagulação panretiniana, crioterapia retiniana, e *blucking* escleral por descolamento retiniano. Tratamento com mióticos, hipotensores oculares e *Yag laser*. Se o tratamento é demorado, a íris periférica pode aderir à malha trabecular, produzindo oclusão irreversível do ângulo da câmara anterior, exigindo

cirurgia, com danos no nervo óptico.

Uma variedade de drogas, além do stress, pode levar a um ataque de glaucoma por causar dilatação da pupila. Estas incluem: antidepressivos, medicações para gripe, anti-histamínicos, e algumas medicações para o tratamento de náuseas ( Queiroz Neto, 2000 ).

Exames de rotina utilizando gonioscopia podem prever com alguma antecedência ataque agudo de glaucoma de ângulo fechado. Uma lente especial contendo alguns espelhos é colocada à frente do olho do paciente, permitindo a visualização do ângulo. Pacientes com ângulos estreitos podem ser advertidos quanto aos sinais e sintomas de uma crise para, desta forma, procurar tratamento imediatamente. Em alguns casos a iridectomia com laser é aconselhável como prevenção em casos de alto risco ( Queiroz Neto, 2000 ).

Glaucoma de ângulo fechado é uma emergência oftálmica: é preciso redução da pressão intra-ocular. Epinefrina não deve ser usado porque acentuará o ângulo fechado. Com a pressão controlada uma iridectomia periférica deve formar uma permanente conexão entre câmaras posterior e anterior, prevenindo a ocorrência de íris de *bombée*. Se não é possível controlar a pressão intra-ocular faz-se trabeculectomia de emergência ( Vaughan, 1998 ).

**Há relato recente de precipitação de glaucoma de ângulo fechado por uso de anti-depressivo e anti-ansiolítico em paciente com depressão; e do efeito nocivo do anti depressivo nefazodone na constrição do campo visual em ambos os olhos em paciente do gênero feminino, concluindo-se que o primeiro local de dano neural é a retina em razão da neuro toxicidade da substância ( Luu et al, 2003 ;Kadoi et al , 2000).**

Glaucoma de ângulo fechado sub-agudo: Pacientes com pré-disposição ao fechamento do ângulo da câmara anterior, em pequeno número, não desenvolvem aumento agudo da pressão intra-ocular, mas formam uma sinéquia anterior periférica extensa acompanhada por um aumento gradativo da pressão intra-ocular. Como os de ângulo aberto primário, apresentam extensa perda do campo visual em ambos os olhos. Eventualmente ocorre fechamento do ângulo subagudo.

Há pressão intra-ocular elevada, ângulo da câmara anterior com variáveis quantidades de sinéquia anterior periférica e alterações no disco óptico e campo visual. Iridectomia, que pode ser à laser, sugere ser importante. Pressão intra-ocular controlada, se possível, por medicamentos, mas a formação de sinéquia periférica e a saída do fluxo lenta pela malha trabecular remanescente, faz com que o controle da pressão seja mais difícil, exigindo cirurgia de drenagem. Epinefrina e mióticos não devem ser usados ( quanto aos mióticos parece controversa sua não utilização nestes casos), exceto se uma patente iridectomia periférica estiver presente devido ao fechamento acentuado de ângulo (Vaughan,Asbury & Riordan, 1998).

**Glaucoma congênito:** É raro e pode ser subdividido em congênito primário, no qual as anormalidades do desenvolvimento estão restritas ao ângulo da câmara anterior, e

anomalias do desenvolvimento ao segmento anterior ( Síndrome de Axenfeld, anomalia de Peter e Síndrome Rieger) na qual a íris e a córnea são também anormais; e uma variedade de outras condições nas quais o desenvolvimento de anomalias do ângulo estão associadas com outras anormalidades oculares ou extra-oculares( aniridia, síndrome de Sturge - Weber, neurofibromatose, síndrome de Lowe e rubéola congênita) ( Vaughan, Asbury & Riordan, 1998).

É manifestado no nascimento em 50% dos casos, nos primeiros 6 meses em 70% dos casos e no final do primeiro ano em 80% dos casos. O glaucoma congênito pode ser secundário à alguma outra condição ocular. A causa é considerada hereditária Seus efeitos podem ser excessivo aumento do volume do globo ocular, lacrimejamento, fotofobia, opacidade, pobre acuidade visual e campo visual restrito. Os modos de detecção podem ser o estudo do campo visual, tonometria e oftalmoscopia. A cirurgia é recomendada o mais rapidamente possível para evitar maiores danos.O prognóstico do tratamento depende da resistência inata das estrutura do olho. Pode haver cegueira se não tratado (José, 1997).

A causa do glaucoma adulto congênito é hereditária ou é resultante de mudança no(s) olho(s) após cirurgia. Os efeitos ou sintomas podem ser dor de cabeça na porção frontal da cabeça especialmente pela manhã, visão de halos ao redor de luzes, decréscimo da acuidade visual, perda do campo visual, fotofobia, campo periférico constricto nos casos severos. O prognóstico também depende da resistência inata do olho. Pode haver necessidade de uso de óculos e de óculos de sol, além de colírios.Também existe o risco de cegueira se não tratado.

A hereditariedade do glaucoma não tem o mecanismo de transmissão completamente conhecido, mas considera-se que é autossômico com mais de um tipo de arranjo genético(herança)( José, 1997).

A causa do ataque agudo de glaucoma é a inabilidade de drenar o aquoso. Os sintomas ou efeitos dele são náusea, severa vermelhidão do(s) olho(s), dor de cabeça e dor severa. É necessária cirurgia de emergência: sem ela danos ocorrem, permanentes para os tecidos oculares, com perda da acuidade visual e da visão periférica.

**Oftalmoscopia:** é realizada através de oftalmoscópio mediante o exame de fundo do olho como é conhecida popularmente a oftalmoscopia. Permite visualizar diretamente através da pupila o aspecto do nervo óptico. A sua coloração e aparência podem indicar se há ou não dano relacionado ao glaucoma e qual a extensão deste (Queiroz Neto, 2003). Há a gonioscopia para avaliação da câmara anterior e a fundoscopia para avaliação do nervo óptico.A fundoscopia é um dos métodos para avaliação do glaucoma congênito e para o acompanhamento da resposta à terapêutica empregada (Shields, 1998).

**Plasma:** é a parte do líquido extra-celular do corpo. É quase idêntico ao líquido intersticial encontrado entre as células dos tecidos, exceto por uma diferença: o plasma contém 7% de proteínas e o líquido intersticial contém 2% de proteínas. Todos os líquidos existentes fora das células constituem o líquido extra-celular e estão em constante

movimento de mistura. O plasma é um dos líquidos extra-celulares, ao lado do líquido intersticial, líquido intra-ocular, líquidos do aparelho gastrointestinal e líquidos dos espaços em potencial. O plasma é a porção não celular do sangue, sempre em comunicação com o líquido intersticial, pelos poros capilares (Guyton, 1973).

**Pressão Intraocular Elevada / Hipertensão ocular:** É a elevação da pressão intra-ocular sem anormalidades de campo ou disco, sendo mais comum no glaucoma primário de ângulo aberto. O risco de elevação aumenta com a idade, história de glaucoma na família, miopia, diabetes mellitus e problemas cardiovasculares. É também maior em negros. Havendo hemorragia do disco há indício de aumento de risco de desenvolvimento de glaucoma. Comum em pacientes com paquimetria elevada ( cornea espessa). Havendo hipertensão ocular há suspeita de glaucoma. Submete-se a controle do disco óptico, da pressão intra-ocular e do campo visual ( 1 a 3 vezes por ano) (Vaughan,Asbry & Riordan, 1998).

**Pressão Osmótica:** é a pressão necessária para impedir completamente a osmose. Osmose é a difusão da água através da membrana celular, porém a quantidade que se difunde nas duas direções é equivalente, para não ocorrer a mínima difusão diferencial. Assim, o volume celular se mantém constante. Em certas condições, um gradiente de concentração para água pode desenvolver-se, do mesmo modo que um gradiente de concentração para outras substâncias, levando à difusão diferencial. O processo de difusão resultante da água por um gradiente de concentração é a osmose ( Guyton, 1973).

**Tonometria:** é realizada através de tonômetro que é o aparelho que mede a pressão intra-ocular. Para usar um tonômetro de aplanção (é aplanção ou aplinação?) o olho é anestesiado com colírio antes da medição. Com lâmpada de fenda, um pequeno prisma plástico tocará levemente o olho a fim de realizar a medida. Um tonômetro de ar dispara um jato pequeno de ar na direção do olho e mede assim a pressão não necessitando anestesia pois não há contato direto com o olho( Queiroz Neto, 2003). Tonômetros medem a pressão intra-ocular relacionando a deformação do globo à força responsável pela deformação ( Shields, 1998).

## ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu \_\_\_\_\_, RG no. \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa intitulada “Alexitimia, Depressão e Ansiedade em Portadores de Glaucoma”, ( sob a responsabilidade de Maria Cristina de Oliveira Regina, aluna do Mestrado de Psicologia Clínica, cujo telefone de contato é 19- 37888805, orientada pela Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Puc-Campinas). Estou ciente que a pesquisa tem como objetivo, estudar a associação entre sintomas de depressão, ansiedade, alexitimia e qualidade de vida em portadores de Glaucoma do Hospital e Maternidade Celso Pierro.

Concordo em responder aos testes indicados para realizá-la (Escala de Alexitimia de Toronto ou Tas o Inventário Beck para Depressão, BDI, e o Inventário Beck para Ansiedade, BAI), que versam sobre aspectos emocionais /psicológicos.

Tomei esta decisão voluntariamente, sem nenhum tipo de pressão ou imposição de qualquer profissional ligado, ou não, à referida pesquisa. Sei que posso abandoná-la a qualquer tempo, sem qualquer penalidade em função de tal decisão. Estou ciente que poderei, se quiser, solicitar que seja retirada qualquer contribuição que tenha prestado a esta pesquisa, durante o seu curso.

Tenho conhecimento que as informações coletadas sob esta forma estarão sob sigilo absoluto, devendo ser utilizados de forma a preservar a identidade do participante, uma vez que serão apresentadas em termos de grupo. A aplicação dos testes será feita pela própria responsável. Declaro, pois ter sido informado e ter compreendido todos os aspectos envolvidos nesta pesquisa.

---

data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Comitê de Ética da PUC-Campinas- tel: (19) 3729-6808.**



## ANEXO C

Questionário sócio-demográfico : data da aplicação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. idade : \_\_\_ 2. sexo : \_\_\_ 3. estado civil : \_\_\_ 4. escolaridade : \_\_\_\_\_

2. Situação atual de trabalho :

Trabalha ? ( ) Sim

( ) Não ( \_\_\_ Afastado ; \_\_\_ Aposetado; \_\_\_ Desempregado )

3. Renda Familiar Atual:

a. até 1 salário mínimo

b. de 2 à 5 salários mínimos

c . 6 à 10 salários

d. Mais de 10 salários mínimos

4. Há quanto tempo tem glaucoma ? \_\_\_\_\_

5. Teve que usar medicamento?

( ) Sim ( ) Não;

Fez algum outro tratamento?

( ) Sim ( ) Não(qual) \_\_\_\_\_

6. Com que frequência vai ao médico por causa disto anualmente desde o diagnóstico?

\_\_\_\_\_

7. Você tem/teve alguma das situações abaixo mencionadas ?( se atual ou passado)

a. outros parentes com glaucoma

b. Miopia e/ou Hipermetropia

c. Cirurgia oftalmológica por glaucoma e/ou cirurgia oftalmológica por outro problema

d. Diabetes e. Alcoolismo e/ou drogadição

f. uso de medicamento anti-depressivo e/ou anti-ansiolítico

## ANEXO D

## Escala de Alexitimia de Toronto

(Toronto Alexithymia Scale - TAS) (Taylor e cols., 1985)

Responda aos itens abaixo escolhendo uma das seguintes alternativas:

- 1- Discordo inteiramente (DI),
- 2- Discordo (D),
- 3- Eu não sei (NS)
- 4- Concordo ( C )
- 5- Concordo plenamente (CP)

Itens	I		S		P
Quando choro sempre sei por quê.					
"Sonhar acordado" é uma perda de tempo.					
Gostaria de não ser tão tímido.					
4.Freqüentemente fico confuso sobre qual emoção eu estou sentindo.					
Freqüentemente fico "sonhando acordado" sobre o meu futuro.					
Pareço fazer amigos tão facilmente quanto as outras pessoas.					
7.Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.					
É difícil para mim encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.					
Eu gosto de mostrar às pessoas do que preciso.					
Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.					
Para mim não é suficiente que as coisas sejam feitas. Eu preciso saber por quê e como elas funcionam.					
Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.					
Prefiro analisar problemas em vez de apenas descrevê-los.					
Quando estou chateado não sei se estou triste, amedrontado ou com raiva.					
15.Uso um bocado minha imaginação.					
Fico um tempão sonhando acordado sempre que não tenho nada para fazer.					
Freqüentemente fico cismado com sensações em meu corpo.					
Raramente sonho acordado.					
19. Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de entender por que elas acontecem daquele jeito.					
20. Tenho sentimentos que mal posso identificar.					
21. Estar em contato com as emoções é essencial.					
22. É difícil para mim descrever como me sinto em relação às pessoas.					
23. As pessoas falam para eu descrever mais os meus sentimentos.					
24. Deve-se procurar por explicações mais profundas.					
25. Não sei o que acontece dentro de mim.					
26. Freqüentemente eu não sei por que estou com raiva.					