

FACULDADES INTEGRADAS FAFIBE
CURSO DE PSICOLOGIA

ALBA REGINA NEMER BERGEMANN

O USO DE MARCAPASSO CARDÍACO E SEUS SIGNIFICADOS: UM ESTUDO DE
CASO

BEBEDOURO

2009

ALBA REGINA NEMER BERGEMANN

O USO DE MARCAPASSO CARDÍACO E SEUS SIGNIFICADOS: UM ESTUDO DE
CASO

Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia,
apresentado às Faculdades Integradas Fafibe, sob a
orientação da Professora Mestre Laura Vilela e Souza
para obtenção do título de Psicólogo.

BEBEDOURO

2009

Bergemann, Alba Regina Nemer.

O uso de marca-passo cardíaco e seus significados: um estudo de caso / Alba Regina Nemer Bergemann . --
Bebedouro: Fafibe, 2009.

57f. ; 29,7cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Faculdades Integradas Fafibe, Bebedouro, 2009.

Bibliografia: f. 37-40

1. Psicanálise. 2. Simbolização. 3. Marcapasso. I. Título.

ALBA REGINA NEMER BERGEMANN

O USO DE MARCA-PASSO CARDÍACO E SEUS SIGNIFICADOS: UM
ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão do Curso de
Psicologia, apresentado às Faculdades
Integradas Fafibe, sob a orientação da
Professora Laura Vilela e Souza para
obtenção do título de graduação.

Banca examinadora

Laura Vilela e Souza – Faculdades Integradas Fafibe

Débora Paro – Faculdades Integradas Fafibe

Bebedouro, 24 de novembro de 2009

Dedico este trabalho aos meus pais, em especial à minha mãe e à minha sogra, que serviram como inspiração e motivação para a conquista de mais uma importante batalha em minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

Elaborar um trabalho de conclusão de curso é, sem dúvida, um processo que envolve inúmeras pessoas. Desde as discussões iniciais para a elaboração do mesmo, diversos amigos, colegas e mestres das Faculdades Integradas Fafibe foram consultados. Dessa maneira, deixo minha gratidão especial a todos que, de algum modo ou outro, contribuíram para a elaboração desse trabalho.

Em especial, agradeço ao meu esposo, que presenciou pacientemente meus momentos de inquietude, e com sua mão afetuosa me acalmou e me incentivou a seguir em frente. Com toda certeza, essa monografia não teria acontecido sem você! Muito obrigada!

À minha orientadora, que se dispôs a trilhar comigo esse complexo tema. Tanto em aspectos de cunho mais metodológico quanto éticos, a sua intervenção foi sempre construtiva e deixarão em mim eternas lembranças positivas. Muito obrigada!

“Do seu despertar ao seu
ocaso, a pessoa humana é
necessariamente um ser de
relação. É na relação, no
contato, no encontro que ela se
transforma e se humaniza.”
(RIBEIRO, 1994, p. 4)

RESUMO

Introdução: O coração é um órgão vital percebido pelos indivíduos gerador de vida. Não se sabe de onde surgiu sua simbologia, porém é o mais universal dos símbolos. Diferentes afecções cardíacas levam o indivíduo a necessitar da instalação de um aparelho que regula os batimentos cardíacos, conhecido por marca-passo cardíaco. O uso do marca-passo, conforme evidencia a literatura pesquisada, é sentida de forma singular por cada pessoa, porém, é possível observar características semelhantes no comportamento dos portadores, pois o implante significa ligar sua vida a um aparelho, sendo o coração significado como fonte de vida. Objetivo: Compreender os sentidos sobre o uso de marca-passo cardíaco produzidos por uma pessoa que faz uso desse aparelho. Metodologia: O presente estudo valeu-se de metodologia qualitativa, do tipo estudo de caso. A psicanálise serviu de instrumento para a compreensão de uma série de fenômenos psíquicos. Resultados: Abordando, a partir de uma leitura psicanalítica, tópicos elucidantes de uma pessoa que fez cirurgia para aplicação de um marca-passo como: medo de morrer como seu pai que faleceu por não ter realizado a mesma cirurgia; na hora do procedimento cirúrgico perdeu a visão, e que, contudo declarou-se uma pessoa que apresenta com *“tudo normal: durmo normal, como normal, caminho normal”*, acredita-se que frente à morte e ao desconhecido, a fantasia surgiu como meio de elaborar a realidade. Conclusão: Evidenciou-se neste estudo de caso, que a negação do estado enfermo pode acarretar em maiores prejuízos à saúde da pessoa, pois o processo de simbolização e atribuição de significados diversos é uma característica inerente do ser humano, merecendo atenção da equipe de saúde, para que exemplos como o estudado, não interfiram na saúde de mais pessoas.

Palavras-chave: Psicanálise. Simbolização. Marcapasso,

ABSTRACT

Introduction: The heart is a vital organ felt by individuals that generate life. It is not known the origin of its symbology, although it is the more well known symbol. Different cardiac affections lead the individual to need the installation of an instrument which adjusts the cardiac rates, called pacemaker. According to the researched literature, the use of pacemaker is felt in different ways for each person, although similar behavior can be found on the carriers, because the implant means connecting a life to an instrument, having the heart as a matter of life resource. Objective: Comprehend the meanings about the use of cardiac pacemaker produced by a person who uses this equipment. Methodology: The present study availed itself of qualitative methodology, as the study of case. The psychoanalysis was used as an instrument to comprehend many psychic phenomena. Results: Analyzing from a psychoanalytic reading, elucidative topics of a person who has done surgery to apply a pacemaker as: fear of dying because the father has passed away due to the non execution of the same surgery; while in the surgery lost the vision, and that, however, declares having "everything normal: sleep normal, eat normal, walk normal", it is believed that faced to death and to the unknown, the fantasy surged as a way of elaborating the reality. Conclusion: It was evidenced on this study of case, that the denial of the ill condition can lead to higher damage of the person's health, therefore the process of many meanings symbolization and attribution is a characteristic inherent from human being, deserving attention from health staff, so that example as the one studied, doesn't interfere in more people's health.

Keywords: Psychoanalysis. Symbolization. Pacemaker.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 DESENVOLVIMENTO	11
2.1 O marcapasso cardíaco	11
2.2 A experiência do uso do marcapasso cardíaco na literatura	15
2.3 A colocação do marcapasso e a relação com o profissional.....	17
3 MÉTODO.....	19
3.1 Delineamento.....	19
3.2 Materiais utilizados	19
3.3 Procedimentos de coleta e análise de dados	19
3.4 Aspectos Éticos	21
4 ESTUDO DE CASO	22
4.1 Descrição da participante.....	22
4.2 Contexto e conteúdo das entrevistas.....	22
5 DISCUSSÃO	24
5.1 O diálogo com a psicanálise	24
5.2 As implicações na prática profissional	30
6 CONCLUSÕES	36
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXOS	41

1 INTRODUÇÃO

O coração é um órgão vital, pulsante. Para além do coração visto em sua biologia funcional, temos o coração construído no imaginário social. O coração muito antes de ser explorado pela medicina, já era percebido pelos indivíduos como órgão principal e gerador de vida, da coragem e da razão (PRATES, 2005).

Sua simbologia é a mais universal dos símbolos. Não se sabe de onde surgiu esta representação despertando inúmeras curiosidades nos historiadores atuais. Alguns deles, em seus estudos sobre a origem do símbolo do coração, afirmam que sua semelhança deve-se a semelhança com a folha de hera, que na antiguidade representava o símbolo da imortalidade e do poder. Plutarco (46 – 120 d.C.) em sua obra sobre o mito Isis e Osíris, afirma que o pessegueiro era dedicado a esses deuses devido à fruta ilustrar a forma do coração, e em consequência, a aparência anatômica do coração conservou durante anos a forma desta fruta (VINKEN, 2000).

Já a etimologia da palavra coração “deriva do grego e do latim cor. Ambas tem origem na palavra Kurd do sânscrito, que significa saltar” (NAGER, 1993 , s/p apud PRATES, 2005, p. 12).

Uma dificuldade no funcionamento do coração traz, dessa forma, consequências não apenas físicas, mas na construção que a pessoa faz do próprio corpo, de si mesmo e de suas relações no mundo. Diferentes motivos levam o coração a mudar seu ritmo normal e um deles é a baixa estimulação elétrica, levando-o a pulsar de forma irregular ou lentamente, trazendo como consequências para o indivíduo, vertigens, sensação de fraqueza e cansaço (NELESEN, THOMAS e DIMSDALE, 2008).

Um dos métodos utilizados pela medicina moderna para o restabelecimento da saúde cardíaca se dá através da aplicação do marca-passo, que tem a função de regular os batimentos do órgão. Contudo, inúmeros relatos científicos descrevem uma série de sintomas psicológicos que emergem após a cirurgia de instalação do equipamento.

Dessa maneira, organiza-se essa monografia com base na investigação dessa vicissitude. Quais os significados atribuídos, pelos pacientes, ao marcapasso cardíaco? Qual a contribuição da psicologia no auxílio desses casos?

Dada as dificuldades na adaptação à vida com marcapasso dessas pessoas apresentadas na literatura, somando a escassez de estudos qualitativos que aprofundem os significados construídos por essas pessoas para a colocação desse aparelho, busca-se, nesse estudo, dar voz a essa população para conhecerem suas narrativas e construções sobre o marcapasso. Espera-se que esse trabalho aprofunde o conhecimento na área, contribuindo com os profissionais na área de saúde para a preparação de estratégia de promoção de saúde e atendimento mais eficazes considerando suas necessidades.

Para responder a esses objetivos, dividimos essa monografia em blocos distintos. Inicialmente, abordam-se as temáticas relacionadas ao aparelho em si, sendo que, na sequência, serão apresentados os estudos realizados com esses pacientes e, finalmente, apresentaremos um estudo de caso a respeito.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 O marcapasso cardíaco

O coração é um órgão muscular oco que bombeia sangue através de um sistema de circulação para que todos os órgãos e tecidos recebam alimento e oxigênio fazendo assim com que o corpo se mantenha vivo e funcione bem. Tal mecanismo é possível devido aos impulsos elétricos transmitidos no coração. Estes impulsos permitem que o coração bata de forma rítmica, 60 a 80 batimentos por minuto ou 100000 batimentos por dia. Isto é o esperado em indivíduos saudáveis (GARDNER, GRAY e O'RAHILLY, 1967).

Um coração normal trabalha sem parar e no mesmo ritmo. O marcapasso natural do coração inicia-se no sinusal, estimulando impulsos elétricos e ocasionando a contração do músculo cardíaco. Quando por algumas vezes o coração apresentar falha na condução do impulso elétrico, deixando de produzir o número adequado de batimentos cardíacos, ele se transforma em um "coração lento" por curtos ou constates períodos. Trata-se da chamada bradicardia – menos de 60 batimentos por minuto, o que leva o indivíduo a apresentar síncope – tonturas, fadiga, falta de ar, desmaios, sendo indicado o implante do gerador artificial (MATINELLI JR., 2002).

Chardack e Greatbatch, em 1960, construíram um aparelho pequeno e com peso reduzido para ser implantado no subcutâneo, e Paul Zoll, em 1961, demonstrou a técnica de implante de marcapasso epicárdico, onde os eletrodos eram posicionados mediante colocação de cabos elétricos diretamente no músculo ventricular (FALCÃO, 2004).

Segundo a pesquisadora, em 05 de junho de 1962, Lagergren ligou um cabo-eletrodo a um gerador de pulso implantável, conseguindo assim um sistema transvenoso totalmente implantável. A partir de então, outras unidades foram desenvolvidas, permitindo a criação de aparelhos com dimensões pequenas e tecnologias avançadas com capacidade funcional prolongada.

No Brasil, Kormann foi o primeiro a desenvolver e a implantar geradores com tecnologia nacional. Sendo assim, a estimulação cardíaca nasceu com o objetivo de eliminar os sintomas e reduzir a mortalidade dos clientes com bloqueios atrioventriculares avançados. Essa finalidade foi conseguida já nas primeiras gerações de marcapassos, que inicialmente eram assíncronos e depois síncronos ou de demanda (ANDRADE et al., 2001).

Ao longo das últimas quatro décadas, a estimulação cardíaca artificial teve um grande avanço tecnológico. Atualmente, o marcapasso cardíaco é um moderno sistema de estimulação artificial do coração que consiste em transmitir estímulos de natureza elétrica por meio de um gerador de pulsos e um eletrodo, objetivando substituir a pilha natural do coração. Seu campo oferece aos clientes uma maior segurança nos ambientes de urgência, tornando-se obrigatório para a prevenção da morte súbita, manutenção da vida, bem como na promoção do conforto e bem-estar do paciente (BRASIL & CRUZ, 2000).

Leão (2001) explica que a tecnologia associada ao conhecimento eletrofisiológico possibilitou a implantação segura do marcapasso definitivo. Hoje, milhares de pessoas se beneficiam com esta medida terapêutica, por conseguinte, aumentando a sobrevida humana e melhorando a qualidade de vida. Atualmente os aparelhos de marca-passos são pequenos, pesam em torno de 13 a 20 gramas, e são comandados por minúsculos chips de computador. Eles são alimentados por baterias que duram vários anos. Sua função elétrica tornou-se mais ampla, passou a ser um modo de correção dos distúrbios do ritmo cardíaco e do sincronismo atrioventricular.

Os marca-passos cardíacos definitivos modernos têm um diâmetro aproximadamente de 5 cm e só funcionam na ausência do ritmo cardíaco natural. Estes se apresentam de vários tipos, podendo ser unipolares, quando um só cabo-eletrodo está em contato com o coração (pólo negativo), ou bipolares, quando dois pólos (positivo e negativo) estão em contato com o miocárdio (LEÃO, 2001).

O gerador de marcapasso é um dispositivo eletrônico composto de circuitos e baterias capazes de fornecerem a energia de cada pulso durante toda a vida útil do sistema. Sua fonte de energia é acondicionada numa cápsula de titânio hermeticamente fechada denominada gerador. A longevidade do sistema é dada pela capacidade da bateria e, as mais usadas atualmente são as de lítio-iodo, cuja

vida útil é longa, alcançando cerca de 5 a 10 anos de durabilidade, acrescentando-se o fato de que não liberam gases e de serem impermeáveis (FALCÃO, 2004).

Os marca-passos cardíacos artificiais podem se apresentar de duas formas: são provisório/temporário ou permanente/definitivo. A escolha do tipo de marcapasso, assim como sua indicação, dependerá da fisiopatologia apresentada no ritmo do coração natural, porém, sabe-se que a sua utilização deixou de ser apenas um meio de salvar vidas, passando a ser um modo de “corrigir fisiologicamente os distúrbios do ritmo cardíaco” (LEÃO, 2001 p. 75).

De acordo com o mesmo autor acima, a estimulação elétrica temporária é empregada com frequência na correção dos distúrbios transitórios do ritmo cardíaco, associados à doença cardíaca e sua maior indicação é nas bradiarritmias, bem como no controle da prevenção ou reversão de taquiarritmias transitórias ou permanentes. Em muitos dos casos, a estimulação temporária serve de suporte terapêutico imediato até que seja indicado o implante definitivo do marcapasso.

Considera-se estimulação temporária os estímulos cardíacos aplicados temporariamente no coração, por meio das vias cutâneo-torácicas, esofágica, percutânea, epicárdica e endocárdica. Esses procedimentos requerem um acompanhamento criterioso, considerando que é possível haver complicações decorrentes do manuseio na técnica de implante, assim como propiciar o deslocamento do eletrodo em virtude da movimentação do cliente, já que estes são gerados a partir de um impulso externo visível (ANDRADE et al., 2001).

Quanto a sua indicação, Falcão (2004) afirma que:

“O marcapasso cardíaco artificial definitivo, no entanto, é indicado no tratamento de bradicardias irreversíveis, taquiarritmias, na terapêutica das miocardiopatias hipertróficas e dilatadas, na correção dos distúrbios hemodinâmicos e outros. Sua função é deflagrar a contração atrial e/ou ventricular, permitindo a condução do impulso cardíaco numa frequência normal” (p. 82).

De acordo com Andrade et al. (2001), podem ser também unicamerais, em que somente os átrios são estimulados, ou bicamerais sendo átrios e ventrículos estimulados pelo mesmo sistema, e multicamerais, sendo biaxiais e biventriculares. Existem ainda os marcapassos de demanda, que respeitam o ritmo próprio do paciente, e os assíncronos, que estimulam de forma permanente não respeitando o ritmo próprio do coração.

Quanto à programação do sistema, podem ser do tipo programáveis e não programáveis, no entanto, atualmente, a maioria dos geradores é de multiprogramáveis, pois apresentam vários parâmetros de programação. Os eletrodos podem ser implantados por via transvenosa, que são os marcapassos endocárdios, enquanto os implantados no pericárdio são os epicárdios (ANDRADE et al., 2001). O mais comumente usado, porém, é pôr via endocárdica, pelo fato de este ser mais seguro e menos invasivo, não requerendo toracotomia.

Brasil e Cruz (2000) confirmam em seus estudos que atualmente milhares de marcapassos são implantados por ano no mundo. No Brasil, segundo dados pesquisados pelas autoras na década passada, os dados do Registro Brasileiro de Marcapassos registravam no país, em média, 5,5 procedimentos por 100 mil habitantes, para uma população de 148.493.245 habitantes e, em termos regionais, a maior taxa é encontrada na região centro-oeste, que realiza 9,4 procedimentos por 100 mil habitantes (LEÃO et al., 1995).

A evolução do conhecimento eletrofisiológico, associada ao desenvolvimento tecnológico dos aparelhos e ao avanço nos métodos diagnósticos, transformaram o implante de marcapasso definitivo em um procedimento seguro, que pode levar o indivíduo portador a maior sobrevida com qualidade, na dependência mais da doença de base que do distúrbio elétrico tratado. Hoje os aparelhos oferecem diversidade no seu modo de funcionamento, com parâmetros programáveis, capazes de gerar um estímulo elétrico confiável e, por vezes, fisiológico (BRASIL e CRUZ, 2000, p.97).

Mas, pelo fato de haver a possibilidade de o marcapasso comprometer a qualidade de vida de um paciente quando a escolha do aparelho não é adequada, a conduta nos pacientes com marcapasso deve incluir a avaliação dos efeitos positivos e negativos do implante, não apenas sobre a morbidade e mortalidade, mas também sobre a qualidade de vida (LEÃO, 1994).

Segundo o autor acima mencionado, a sobrevida com qualidade é difícil de ser caracterizada ou mensurada. Entretanto, essa caracterização deve ser buscada, na tentativa de avaliar os procedimentos terapêuticos, pois os tratamentos são realizados não apenas para prolongar a vida, mas para melhorá-la. Hoje, a estimulação elétrica artificial não é mais apenas uma forma de salvar vidas de doentes com bloqueios cardíacos; é um modo de correção das alterações do ritmo e

do sincronismo atrioventricular que pode auxiliar na manutenção de estilos de vida, permitindo a realização das atividades diárias.

Requer, porém, certos cuidados, como a avaliação periódica do sistema e o conhecimento pelo paciente das possíveis fontes de interferência, por se tratar de um dispositivo com componentes eletrônicos. Há, portanto, necessidade de acompanhamento do portador de marcapasso para manutenção do seu bem-estar. Como prótese inerte, o marcapasso em si não significa qualquer limite de atividade física, permitindo o retorno do paciente à sua vida profissional, familiar e esportiva, já que o objetivo principal do tratamento com marcapasso é resgatar a qualidade de vida do paciente (LEÃO, 1994, p. 75-82).

Apesar disso, há que se considerar que o uso de qualquer prótese tende a causar manifestações e a alterar a forma de vida das pessoas. A melhora da condição física não significa melhora análoga no bem-estar psicológico dos pacientes.

2.2 A experiência do uso do marcapasso cardíaco na literatura

Segundo Magnani (2007) a indicação para o uso do marcapasso é sentida de diferentes formas pelas pessoas, pois “o corpo não é somente uma entidade biológica, mas um fenômeno cultural e histórico” (p. 1626). Essa mesma autora aponta que o sentido inicial dado para o uso do marcapasso é o de possuir um coração doente; no qual o estímulo vital (biológico, natural, saudável) será secundário ao estímulo artificial (marcapasso), ou seja, que seu funcionamento dependerá de um aparelho.

Após o impacto da introdução deste aparelho a pessoa pode se sentir marcada tanto fisicamente quanto psicologicamente, tendo que ressignificar sua rotina e reorganizar suas ações e pensamentos. Dentre as mudanças de comportamento evidenciadas por estas pessoas após a colocação do marca passo tem-se: o coração como sendo um órgão representativo de aspectos emocionais profundos, a resistência dos pacientes à sua colocação; a negação da necessidade do seu uso; a rejeição da vida com o marcapasso; o medo da morte; a idéia de um coração fraco que tornará a vida dependente de um aparelho; a busca de uma

explicação para sua condição de saúde, na tentativa de dar um sentido para o ocorrido; baixa auto-estima; depressão, entre outros (MAGNANI, 2007).

Leosdottir et al. (2006), afirmam que os pacientes com marcapasso apresentam preocupações relacionadas ao mau funcionamento do aparelho, interferência nas atividades sexuais e nas atividades no trabalho e no dirigir carro. Estes mesmos autores afirmam que estes pacientes apresentam ansiedade e depressão.

Newall et al. (2007) retomam a literatura atual na área que aponta para a alarmante presença de ansiedade e depressão na população que utiliza marcapasso, e percebem em seu estudo que o uso de terapias grupais (principalmente a terapia de apoio) pode ser uma ferramenta importante para lidar com estas angústias. Estes mesmos autores percebem bastante flexibilidade dos pacientes para o trabalho em terapia de grupo, principalmente naqueles com mais de 50 anos de idade.

Willians, Young, Nikoletti e McRae (2004) perceberam que os pacientes mais jovens tiveram menor abertura para participação na terapia grupal, uma hipótese para isso foi que essas pessoas se mostraram menos preocupadas com a colocação do marcapasso, e dessa forma não apresentaram angústias que tivessem que ser trabalhadas em grupo.

Waltkins (2002) aponta a ruminação (preocupações e pensamentos que focam nos sintomas ou nas suas conseqüências) como componente importante na depressão e ansiedade nesses pacientes. Todavia, não se sabe se esse é um processo reativo à colocação do marcapasso, ou esta relacionado à co-morbidades psíquicas pré-existentes.

Da revisão da literatura na área, pode-se perceber que dentre os estudos que abordam as vivências emocionais dos portadores de marcapasso são predominantes os estudos que objetivam conhecer a qualidade de vida antes e depois da implantação do mesmo.

Eck et al. (2008) buscaram identificar a relação da qualidade de vida em uma maior quantidade de pacientes e de maneira mais sistemática que estudos anteriores. Estes autores afirmam já existir uma menor qualidade de vida nessa população, em relação à população geral, mesmo antes da colocação do marcapasso, causado, possivelmente, pelos prejuízos da própria dificuldade cardíaca que gerou a colocação do dispositivo. Esses resultados levaram os autores

a chamarem a atenção para a necessidade dos médicos diminuírem o tempo de espera entre o diagnóstico e o procedimento cardíaco.

De acordo com Magnani (2007), a aceitação do marcapasso é percebida de forma singular por cada pessoa, e com isso é possível observar características semelhantes no comportamento dos portadores, pois o implante significa ligar sua vida a um aparelho, sendo o coração significado como fonte de vida. A mesma autora diz que dentro deste contexto, essas pessoas mudam totalmente seu estilo de vida, após a colocação do marcapasso, elaborando estratégias e rituais que vão muito além dos cuidados recomendados pelos médicos. Ou seja, em um excesso de zelo que parece indicar que essas preocupações relacionam-se muito mais com as idéias, mitos, fantasias e medos dessas pessoas do que com perigos concretos relacionados ao procedimento cirúrgico.

Esse mesmo autor afirma que esta passagem do estado de saúde, no qual a pessoa antes de ir para o médico não tem patologia aparente para o recebimento de um diagnóstico de uma doença que ameaça a vida, leva-os a terem que ressignificar e reconstruir o sentido de sua existência, pois têm que lidar com a perspectiva de morte, acabando a fantasia de imortalidade.

2.3 A colocação do marcapasso e a relação com o profissional

Embora todos saibam que um dia vão morrer, vive-se o presente como um tempo muito distante da morte. A cirurgia cardíaca é um procedimento muito complexo, e tanto pode preservar a vida como extingui-la (MELO FILHO, 1992).

A Organização Mundial da Saúde (OMS,1995) define saúde como um bem estar físico, psíquico e social. Desta forma, a perfeita correção de um distúrbio físico deverá ser acompanhada, necessariamente, de um bem estar psíquico e social, para que o paciente readquira sua situação primitiva (OLIVEIRA e GAUCH, 1993). Qualquer intervenção cirúrgica pode trazer, ao paciente, alterações do comportamento psíquico e social.

Os princípios modernos de saúde compreendem uma interação e respeito fundamental entre paciente e equipe assistencial (BRASIL, 2002). Para prover

saúde, o sistema deve respeitar integralmente o usuário, que por sua vez será ativo no seu processo de cura.

As doenças cardiovasculares são consideradas um flagelo mundial, sendo responsáveis pela morte de milhares de pessoas todos os anos. Dentre elas, as arritmias vem há séculos preocupando pacientes e profissionais, mas o tratamento dos distúrbios do sistema de condução cardíaco sofreu enorme transformação a partir das tentativas de controlar a frequência cardíaca humana através do chamado marcapasso cardíaco (BRASIL & CRUZ, 2000 p. 97-113).

Estas alterações são particularmente frequentes em pacientes submetidos ao implante de marcapasso. Este fato deve-se a vários fatores, mas destaca-se aqui a falta de conhecimento do paciente em relação ao mecanismo e tudo que o envolve em importância e em consequência gerada. Tal desconhecimento acaba gerando sentimentos de inquietação, medo e angústia, podendo alterar profundamente os seus relacionamentos sociais e psíquicos (BRASIL & CRUZ, 2000 p. 97-113).

Ao longo das últimas décadas, os avanços tecnológicos permitiram o desenvolvimento de aparelhos sofisticados capazes de propiciar a quantidade e a qualidade de vida dos pacientes, adequando a frequência do aparelho com a necessidade metabólica do cliente, trabalhando de forma semelhante ao marcapasso cardíaco natural, prolongando vidas e permitindo a realização de atividades diárias, anteriormente restritas. Sendo assim, a estimulação elétrica não é apenas uma forma de salvar vidas, mas um meio de auxílio que visa à melhoria do estilo de vida (BRASIL & CRUZ, 2000 p. 97-113).

Apesar da importância do tema, existem poucas publicações a esse respeito na literatura especializada. Em uma busca específica ao banco de dados da Scielo, utilizando-se como palavra-chave o termo “marcapasso”, foram encontradas apenas 23 (vintes e três) ocorrências. Não obstante este ter sido um parco resultado dentre um imenso universo de pesquisas disponíveis, o que sem dúvida é mais alarmante é o fato de apenas 1 (um) artigo científico, dentre estes, ter como foco de pesquisa os aspectos psicológicos do paciente, quando os outros 22 (vinte e dois) focam aspectos biomecânicos e funcionais do mecanismo. Na base de dados Lilacs, utilizando-se as mesmas palavras-chave, foram encontradas 757 referências sendo que apenas um referia-se a aspectos emocionais do uso desse dispositivo. Como se vê, ainda há muito que se pesquisar sobre a questão.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento

O presente estudo valeu-se de metodologia qualitativa, do tipo estudo de caso (TRIVINOS, 1987).

O material recolhido durante as entrevistas foi transcrito e analisado de acordo com a teoria psicanalítica, uma vez que a mesma possibilita um entendimento aprofundado do sujeito em relação aos fenômenos.

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO C) com seres humanos da Fafibe e todos os cuidados éticos foram cumpridos nesse estudo.

3.2 Materiais utilizados

Os instrumentos e materiais utilizados foram um roteiro de entrevista semi-estruturada (ANEXO A), gravador digital, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) e o diário de campo. O diário de campo consistirá dos registros de fatos, impressões e reflexões derivadas das observações que a pesquisadora elaborará ao longo do período de coleta dos dados.

3.3 Procedimentos de coleta e análise de dados

O presente estudo valeu-se de metodologia qualitativa, do tipo estudo de caso. Considerando a vasta literatura pesquisada, que forneceu dados epidemiológicos e descritivos importantes acerca do tema, priorizou-se esse método para a parte empírica desse estudo, uma vez que provê a um entendimento da realidade de modo profundo e contextualizado (TRIVINOS, 1987).

Segundo a literatura específica, estudos de caso são amplamente utilizados na atualidade, sobretudo devido:

À crença de que ele poderá facilitar a compreensão de algo mais amplo, uma vez que pode servir para fornecer insights sobre um assunto ou para contestar uma generalização amplamente aceita (ALVES-MAZZOTTI, 2006, p. 642).

Ademais, por meio da análise das narrativas humanas, pode-se inferir generalizações ou ainda levantar questões acerca de determinados conceitos e fenômenos. Nesse estudo, os dados coletados ocorreram tanto por meio de observações comportamentais, quanto durante entrevistas semi-dirigidas.

O objetivo destas foi de eliciar sentimentos, percepções e pensamentos acerca do impacto do uso do marcapasso à percepção da qualidade de vida dos portadores. Verificou-se, dessa forma, atribuições de significado sob uma perspectiva da própria entrevistada, que apresentava os requisitos para inclusão na pesquisa (possuir marcapasso) e foi selecionada segundo critérios de conveniência.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Na sequência, sucedeu-se à análise de conteúdo temático, sob o viés teórico psicanalítico.

Optou-se por esse olhar em decorrência de sua alta capacidade de descrever fenômenos psíquicos, sobretudo os do tipo “somatizante” ou com descarga na forma de doença física.

Do mesmo modo, o delineamento qualitativo se fez necessário em decorrência, justamente, das características subjetivas que perpassam o tema e que dificilmente seriam apreendidas com a aplicação de questionários ou inventários.

Nesse estudo, optou-se pela análise segundo a psicanálise clássica freudiana, justamente por sua relação histórica com as doenças somatizantes e seu delineamento para estudos clínicos individuais.

De Freud à Bion, passando por Klein e Lacan, nosso intuito não foi de categorizar a participante, mas sim de compreendê-la em sua dinâmica pulsional, uma vez que todo indivíduo utiliza de comportamentos defensivos pra lidar com conflitos advindos de suas subjetividades.

Vale lembrar que a teoria Psicanalítica surgiu justamente no escopo entre o sintoma e o representante mental, quando Freud observava pacientes “histéricas” que se abstinham de seu sintoma quando em estado alterado de consciência

(FREUD, 1990). Desde então, inúmeros relatos e estudos se seguiram, aumentando o conhecimento científico sobre as doenças e sua implicação biopsicossocial.

3.4 Aspectos Éticos

Esse projeto de pesquisa recebeu sua aprovação (Protocolo número 0134/2009) pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos das Faculdades Integradas Fafibe, em sua reunião do dia 06 de Maio de 2009. A participação nesse estudo foi voluntária e antes do início da coleta dos dados a participante formalizou sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, a coleta dos dados foi efetuada em conformidade com a disponibilidade e motivação da participante. Não foram utilizadas técnicas de persuasão de qualquer espécie.

Todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos foram respeitados, assegurando a impossibilidade da identificação da participante dessa pesquisa, utilizando um nome fictício para referir-se a ela. A voluntária tinha total liberdade para desistir, em qualquer momento, da colaboração com esta pesquisa, sem nenhum prejuízo ou punição.

4 ESTUDO DE CASO

4.1 Descrição da participante

Jô, nome fictício dado a uma senhora de 59 anos, residente no interior de São Paulo, casada, dona de casa mãe de três filhos, relatou que ao passar por uma consulta de rotina com seu cardiologista em sua cidade natal, foi encaminhada para Ribeirão Preto com sintomatologia bem definida de Bradicardia e a indicação foi para a colocação de um marcapasso cardíaco.

4.2 Contexto e conteúdo das entrevistas

O primeiro contato com Jô foi em abril de 2009 pelo telefone, onde me identifiquei como estudante de psicologia e perguntei-lhe se poderia contribuir para a construção de um trabalho a respeito do uso do marcapasso. Jô foi rápida em aceitar o pedido e marcou para o dia seguinte a entrevista.

No dia e hora marcada, encontrei-me com Jô, nos apresentamos, expliquei-lhe que a entrevista consistia no seu relato de como foi o processo para colocação do marcapasso e o que isso significa na sua vida hoje.

O significado do marcapasso para Jô, é que ele devolveu a vida, pois seus batimentos cardíacos estavam abaixo da média, 30 por minuto, sendo que o normal é de 90 a 110 minutos.

Pedi que relatasse como foi receber a notícia de que precisaria colocar o aparelho, ela respondeu que inicialmente ficou assustada, sentiu um forte medo de morrer, medo de não dar tempo de chegar a Ribeirão para fazer o procedimento de colocação do aparelho, tristeza principalmente nos momentos em que estava sozinha. Acreditava que seu problema era hereditário, pois seu pai morreu aos 50 anos com o mesma patologia. Refere ter sentido muita tristeza ao ver o pai chegar morto do trabalho e que o mesmo tinha conhecimento do problema, mas tinha medo

de ir colocar o marcapasso porque das pessoas que ele conhecia e que colocaram, passado um tempo, morriam.

Dando seqüência a entrevista, perguntei-lhe como era fazer o uso do marcapasso e Jô respondeu que não tem problema nenhum exceto nos afazeres domésticos e ginástica, sente-se um pouco mais cansada. O médico ao lhe oferecer as orientações pós-cirúrgicas, disse-lhe que poderia ter uma vida normal, apenas ser cautelosa nos esforços físicos. Jô usa da seguinte expressão:

Mas é o único probleminha que eu sinto, mais nada. Normal, minha vida normal; tenho tudo normal: durmo normal, como normal, caminho normal; caminho todos os dias, agora eu to participando dessas atividades que eu te falei, dessas ginástica, né, também tudo normal; tenho, às vezes, quando o professora força um pouquinho, eu sinto um pouquinho de cansaço e eu dou aquela paradinha, aí retomo novamente...

Ela relata que no momento do processo cirúrgico, perdeu a visão por seis minutos e pede para enfermeira segurar em sua mão e rezar o pai-nosso com ela. O médico orientou que ela ficasse olhando em um pontinho no teto que logo a visão iria voltar.

Quanto à família, Jô refere ter recebido muito carinho e amor, que todos ficavam em sua volta incentivando-a ir com fé que tudo daria certo. Ela afirma que até hoje os familiares ficam em cima dela porque repetidas vezes se esquece de comprar o remédio de seu uso diário, quando este acaba, e os mesmos ficam bravos dizendo:

“Mãe você tem que comprar antes de acabar, mãe, você não pode deixar acabar, por que você não fala, ou você vai buscar, ou você pede pro pai, ou então você pede pra gente”, eles me deram muita atenção, muito carinho.

Em seguida, Jô também relatou que estava passando pelos efeitos indesejáveis da menopausa e hipotireoidismo.

5 DISCUSSÃO

5.1 O diálogo com a psicanálise

A relação entre psicanálise e coração é contada por Mello Filho (1992) evidenciando que as emoções repercutem no coração como fenômenos subjetivos, atribuindo uma representação simbólica e, manifestados externamente.

Para esse autor, a vida psíquica constitui de uma somatória de experiências atuais e passadas, registradas de forma singular por cada um e sentidas de acordo com as nossas contradições e censuras tanto na esfera consciente como inconsciente.

A teoria psicanalítica, enquanto método de escuta e de entendimento do sujeito do inconsciente nos fornece um rico instrumento para a compreensão de uma série de fenômenos psíquicos. Dentre esses, podemos citar a percepção do sujeito acerca de si mesmo, dos outros e do mundo.

A Psicanálise como instrumento, surgiu em decorrência da constatação de seu criador, o neurologista austríaco Sigmund Freud, de que algumas pacientes com sintomas físicos eram sugestivas ao método hipnótico. Isso se deu em Salpêtrière, famoso manicômio de Paris, quando Freud, em início de seus estudos, observou as intervenções de Jean Martin Charcot com pacientes histéricas. Essas pacientes, a título de exemplificação, apresentavam paralisia em membros inferiores, que desapareciam após sugestão verbal quando do estado hipnótico. Inaugura-se nesse momento a possibilidade de redimir sintomas físicos por meio do trabalho verbal, e se comprova o poder da fantasia sobre os processos fisiológicos (FREUD, 1990).

O elo epistemológico da psicanálise com a ciência médica, que buscava uma explicação ou um sentido físico-químico às afecções, em seus tempos primórdios, desenvolveu-se a tal ponto que, nos dias de hoje, constitui-se num campo independente da medicina. Contudo, isso não significa que o corpo e a psique não sejam mais objeto de estudo para os pesquisadores dessa teoria. Pelo contrário, cada vez mais as ciências têm se valido dos pressupostos psicanalíticos, que na modernidade abandonaram o uso da hipnose, uma vez que o pressuposto terapêutico vigente é o da catarse, ou “cura pela fala” (FREUD, 1990).

Minha discussão versa sobre Jô e seus sintomas quando passou pela cirurgia para colocação do marcapasso cardíaco. Sendo de especial relevância, buscaremos refletir sobre os sentidos e as representações associadas a esse procedimento de vital importância para a manutenção da vida em pacientes com afecções cardíacas severas. Iremos, portanto, abordar alguns tópicos relativos a esses aspectos, de modo a elucidar possíveis entraves para um sucesso terapêutico.

Algumas perguntas procuraram ser respondidas no decorrer desse trabalho, dentre elas, quais são os fenômenos que perpassam a aceitação desse procedimento cirúrgico? Que fantasias borbulham no inconsciente dos pacientes que necessitam tal procedimento? E que medidas podem ser aprendidas, de modo que sejam possíveis diminuir o padecimento psíquico nesses casos?

Recorremos a uma análise teórica e conceitual do caso de Jô, através da análise da entrevista realizada abordando, a partir de uma leitura psicanalítica, tópicos elucidantes que irão nos guiar até o desfecho desses significantes.

É preciso, antes disso, contextualizar o leitor no campo de estudo do sujeito do inconsciente, que é singular e não se aplica a generalizações. O que se depreende de Jô diz respeito somente a ela, embora possa servir de estudo de caso para outros pacientes que utilizam o marca passo.

Jô, que utiliza o marcapasso há 3 anos aproximadamente, se declara uma pessoa que se apresenta com “tudo normal: durmo normal, como normal, caminho normal” e que, por vezes, até esquece que utiliza o aparelho.

Contudo, Jô declara que apresentou uma série de sentimentos antes do procedimento cirúrgico de instalação do marca passo, como: “na hora que colocou o marcapasso eu perdi a visão”, atribuindo causa em função de uma excessiva ansiedade.

Do mesmo modo, comenta que esses sentimentos não ocorreram somente no hospital, e sim durante o período anterior ao procedimento. Discursa que “eu já chorei aqui antes de ir, fui chorando, aí depois cheguei lá e fiquei todo esse tempo”.

Cabe lembrar que o trabalho de significar via psicanálise é comparado a tarefa de um arqueólogo. Os conteúdos simbólicos se associam com os acontecimentos de vida de modo atemporal, com elos e associações rápidas e complexas. Logo, nossa tarefa é de encontrar sentido e coerência tanto nas verbalizações de Jô, quanto nos escritos de importantes autores psicanalíticos.

Acerca destes, abordaremos os ensinamentos de Freud, Bion, Klein e Winnicott, por entender que se faz fundamental um entendimento coeso entre a teoria psicanalítica e o discurso da paciente. Jô diz que chorou antes de ir ao hospital, mas confirma que “sempre fui muito medrosa, como eu comecei a te contar, já é hereditário”.

O primeiro aspecto, ligado ao simbolismo do processo, refere-se ao marcapasso, ao controle da vida presente neste aparelho. Segundo a teoria freudiana, a estruturação psíquica compreende o id, o ego e o superego. Este, por sua vez, diz respeito aos “controles” dos impulsos e desejos, em um jogo incessante de vida e morte. A fantasia e somatização são destinos comuns para os anseios inconscientes, conforme nos fala Freud em “Pulsão e seus destinos” (1915/1990). Segundo ele, as associações simbólicas exercem forte descarga pelo órgão somático, enunciando algum significado.

Jô comenta o período aproximado em que sentiu-se mal: “Eu tava sentindo muita ansiedade, muita falta de ar e começou assim de repente (...) eu tava entrando em menopausa, e todo mês eu menstruava e sangrava muito” .

Até esse ponto, podemos pensar ser plausível a ocorrência de alterações biológicas, uma vez que a menopausa é um período de intensas mudanças hormonais. Contudo, Jô fornece um elemento que possibilita avançar um pouco mais na compreensão de seu padecimento, ao falar que:

Eu acho que já é um problema que vem acarretando lá de trás (...) meu pai morreu trabalhando, voltou do serviço morto [pois] meu pai não quis ir operar lá em Rio Preto.

Cabe postular, diante deste discurso da psicanálise, que a coexistência de impulsos de vida e de morte é fundamental para o processo de entendimento do sujeito. Esse movimento de vida e morte, de prazer e desprazer, é “controlado” ou mediado pelo superego, que tem por função estabelecer um funcionamento de acordo com as normas vigentes em determinada sociedade. Contudo, tratando-se da constituição psíquica enquanto uma formação influenciada por estímulos internos e externos, a rigidez do funcionamento superegógico pode ocasionar, também, sofrimento mental, como obsessões, excessiva privação de prazer, entre outros (FREUD, 1990).

O marca-passo, simbolicamente, pode aludir a esse funcionamento super-egógico, que, por essência, tem um teor de castração e privação do prazer. O

coração é ligado popularmente às emoções aos prazeres, tendo um mecanismo que o “controle” e lhe confere a vida um caráter “artificial”, conforme pontuado na revisão teórica realizada.

Jô compara o aparelho a uma moeda de um real, símbolo contemporâneo de poder e prazer. Assim, podemos supor que, de fato, seu coração estará “controlado” por algo externo (superego e suas pressões) a ela (ego).

Freud (1915/1990) esclarece acerca do sofrimento de que determinados sujeitos podem se submeter, mesmo que sejam “donas de casa exemplares”, em decorrência de fatos passados mal elaborados e propulsores de culpa;

Embora os clínicos esclareçam que os riscos são mínimos, e que o procedimento é essencial para a manutenção da vida, percebe-se um aumento de sintomas depressivos na população que utiliza o marcapasso (MAGNANI, OLIVEIRA e GONTIJO 2007).

Do mesmo modo, frente à morte e ao desconhecido, a fantasia novamente surge como meio de elaborar a realidade. Jô conta que “... na hora me deu tanto desespero, que eu pedi pra enfermeira pegar na minha mão e rezar junto comigo, rezar o Pai Nosso”.

Nesse medo diante do desconhecido e uma percepção de morte, é possível entender que Jô executou uma identificação projetiva com aspectos negativos relacionados à morte.

A não visão traz consigo um sentido da morte enquanto algo escuro. Conforme pontua Kovács (2008), abre-se espaço, então, para pensar em algum sentimento de culpa ou remorso anterior. O corpo enuncia algo que está na ordem do inconsciente, assim, a solicitação do “Pai Nosso” pode ser vista como remissão/proteção viável dentro de sua capacidade de simbolização e expressão.

Klein (1952/1991) coloca essa questão do ponto de vista de um funcionamento esquizo-paranóide, atrelado a uma culpa e ansiedade intensa. Nessa linha de raciocínio, o sintoma emerge enquanto uma identificação projetiva, e, no caso, pode-se pensar que a “ausência de visão” denotaria uma ansiedade decorrente de um luto mal elaborado, ou de um luto que “não foi olhado”.

Seguindo o raciocínio, elucida-se essa questão ao tomar os preceitos de Freud (1933/1990), ao afirmar que o inconsciente é atemporal, ou seja, que suas pulsões são derivadas de experiências remotas no tempo e atualizadas no presente. O discurso de Jô esclarece essa leitura, ao falar que:

Meu pai não quis ir operar lá me Rio Preto, porque tava começando a cirurgia em Rio Preto e ele falava que tinha muito medo, que naquela época teve um vizinho nosso lá em Olímpia que operou do coração e morreu na mesa, justo nos dias que meu pai tava passando mal, e ele falou “eu não vou. Vou morrer sem operar, mas lá eu não vou”. Morreu. Então, eu acho que já vem aquele, sabe, desde lá de trás, eu já tinha aquele medo, e aconteceu comigo a mesma coisa.

A própria paciente traz a figura do pai como possível “razão” para seu sintoma. Além disso, a figura paterna é trazida mais de uma vez ao longo da entrevista, sendo um elemento significativo dentro de seu discurso.

Tal qual pontua Magnani, Oliveira e Gontijo (2007), o uso do aparelho marcapasso elucida questões que demandam dos pacientes uma nova organização psíquica, ou uma reorganização. Nesse sentido, as experiências prévias de cada pessoa devem ser olhadas, não com um foco essencialmente psicanalítico mas, antes de tudo, acolhedor (WINNICOT, 1984).

Em sua dinâmica psíquica, talvez Jô sintasse culpada por não ter podido “salvar” esse pai, dentro de sua onipotência. Nesse contexto, pode-se pensar, ainda, em uma associação causal entre a perda do pai (e possível luto mal elaborado) com o desenvolvimento do sintoma cardíaco, em uma compulsão a repetição. Conforme afirma Freud (1976) “a sombra do objeto recai sobre o ego”.

A “sombra” (falta de luz, perda da visão representada simbolicamente em sintoma) diz respeito ao luto, à escuridão, decorrentes da perda (morte) do pai. Como recurso pulsional, conforme foi pontuado anteriormente, muitas pessoas acabam por exercer atuação no corpo, ou mesmo fantasiando questões e, em certa medida, negando a realidade.

Essa libido, não sendo corretamente elaborada, uma vez que, conforme a própria Jô diz “porque a gente não tem condição de tá pagando” e, sem o apoio psicoterápico nesse momento, gerou um recaimento sobre o seu próprio ego.

O “estar pagando” associa-se a outro elemento relacionado ao dinheiro, que é a moeda. A moeda remete ao controle do coração, e Jô vê-se “incapaz” de dar conta de sua energia psíquica, criando o sintoma. Essa “dívida” com o pai repete-se com os filhos, que controlam, assim como o seu marcapasso, o funcionamento da mãe em relação à medicação.

O “esquecimento” que Jô aborda com ênfase em “mas de resto até esqueço que eu tenho marcapasso, porque eu não sinto nada, nada, nada” corroboram que a

negação da realidade esta a serviço de alguma energia inconsciente (SANDLER, 2008).

Mais adiante, Jô confirma essa hipótese, ao comentar que: “eu sempre fui muito medrosa, como eu comecei a te contar, já é hereditário, meu pai morreu com 50 anos”. A perda do objeto de amor, tomando o complexo de Édipo enquanto conceito central da teoria psicanalítica, acaba tornando-se uma perda do próprio ego, acarretando um padecimento, em última instância, de todo o organismo (FREUD,1990).

Talvez possamos pensar que Jô tenha medo que os filhos não possam cuidar dela também, em uma ambivalência de sentimentos e projeção de culpas que pertencem a ela, tal qual pontua a teoria psicanalítica ao descrever a compulsão à repetição e o fenômeno da projeção.

Em sua dinâmica psíquica, Jô talvez se sinta culpada por não ter podido "salvar" esse pai, dentro de sua onipotência. Nesse contexto, pode-se pensar, ainda, uma associação causal entre a perda do pai (e possível luto mal elaborado) com o desenvolvimento do sintoma cardíaco, em uma compulsão a repetição. Conforme afirma Freud (1976) “a sombra do objeto recai sobre o ego”.

Ora, se ela pensa que perdeu ou teve culpa por seu objeto de amor (pai), pela sua falência cardíaca, projeta nos filhos esses sentimentos, muito possivelmente em decorrência de não haver um discernimento acerca do conteúdo inconsciente e recalçado. Ou seja, Jô acaba expressando suas angústias na forma de sintomas, sendo a projeção um deles.

Com isso, nossa hipótese é a de que Jô boicota a medicação para "culpar" os filhos e não poder olhar para o seu "fracasso" enquanto filha, por isso fica cega. Lembremos das histéricas tratadas por Charcot, em Paris. O corpo é uma entidade psicossomática e integrada, sendo que esses movimentos são realizados em velocidade e intensidade impressionantes (CHARCOT,1882).

Bion (1992) diria, a respeito disso, que o desejo de evitar o confronto com a verdade, que no caso de Jô poderia ser uma culpa por não ter cuidado do pai, tem como objetivo evitar a dor.

Desdobrando o parágrafo acima, retoma-se, novamente, um particular aspecto ligado à pulsão de morte, sob o ponto de vista kleiniano, que é influenciado por questões internas e externas.

Para Melanie Klein (1952/1991), em uma situação de frustração e inibição do prazer, o indivíduo pode apresentar dois destinos básicos. O primeiro deles é a melancolia ou a depressão, em uma sensação de impotência (castração) diante do mundo mau e adverso. No segundo, a voracidade do desejo projeta-se no objeto amado, surgindo uma condição de posição esquizo-paranóide. Nessa, há uma dose de indistinção entre o eu e o não eu, que também está a serviço de encobertar as verdadeiras razões do padecimento.

Dessa maneira, temos a constatação da força com a qual o inconsciente expressa sua energia reprimida. Tomando por base que a pulsão exige descarga, e Jô, alheia aos seus conteúdos inconscientes, tem como única forma de simbolização o próprio corpo. Diante disso, abre espaço para a discussão do papel do psicólogo junto às equipes multidisciplinares que atendem a esses casos.

5.2 As implicações na prática profissional

Tomando o coração como arquétipo e símbolo do prazer e das emoções, percebe-se uma coerência entre o desenvolvimento de sentimentos depressivos - ou mesmo autodestrutivos - diante de intervenções nesse órgão. Os números e estatísticas evidenciam que essa população sofre mais, o que esclarece que alguma relação existe, de fato, tal qual percebeu Freud ainda no estudo sobre as doenças histéricas, na antiga Viena.

Diante do exposto, algumas outras considerações merecem menção. Uma delas diz respeito à subjetividade de cada pessoa e as condições particulares na qual cada uma foi exposta durante sua vida.

Dentre os pacientes que necessitam do marcapasso para continuarem vivendo é improvável que apresentem “dramas” iguais aos de Jô, ou mesmo que estabeleçam as mesmas correspondências entre vivências e sintomatologia.

Contudo, cabe apreender que o processo de simbolização e atribuição de significados diversos é uma característica inerente do ser humano. Dessa forma, pode-se concluir que todos os usuários ou candidatos ao uso do marcapasso representarão, mentalmente, algum simbolismo em relação ao procedimento. Alguns de modo mais saudável, outros não.

Nesse sentido, é possível salientar a importância do acolhimento dessas angústias e sentimentos advindos do uso do marcapasso, que pode ser realizada por profissionais tanto do campo da psicologia e medicina, como de profissionais da enfermagem, contanto que acolham esse sentimento.

Resgatando os preceitos da “talking cure”, ou cura pela fala, nome inicial dado a psicanálise, em que o simples ato de falar sobre o que se sente já pode aliviar a dor e angústia presentes no inconsciente, pois já é um processo de elaboração.

Além disso, a contribuição da psicanálise para o desvelo de traumas, anseios e dores é evidente e merece destaque a partir das discussões acima empreendidas.

Assim como Jô, outras pessoas podem associar o marcapasso às experiências anteriores, visto a força e expressão dos fenômenos inconscientes. Contudo, salienta-se novamente que nem todos desenvolverão sintomas como a cegueira ou o próprio boicote de medicação.

Assim, a escuta dos pacientes, em formato individual ou grupal, coordenado por especialista no assunto, pode contribuir – e muito – na minimização do sofrimento psíquico. Nas abordagens grupais, a troca de experiências e identificação com o outro favorece ao insight e ao abandono de crenças infundadas.

Do mesmo modo, individualmente o profissional poderá coletar material pregresso do paciente, escutando-o para além do conteúdo verbalizado explicitamente, de modo a tornar o processo o mais saudável possível.

A correspondência entre mente e corpo é uma verdade na medicina contemporânea. No corpo que está descontrolado por um coração insano, os significantes podem e, geralmente são, atribuídos ao sintoma (SANDLER, 2008).

Embora o profissional que atue no atendimento desses pacientes não possa apreender, em sua plenitude, toda a gama de simbolismos do inconsciente do paciente, pois, conforme comenta Freud “a realidade sempre permanecerá incognoscível” (FREUD, 1975, p.225), a escuta atenta desses enunciados pode minimizar o sofrimento psíquico.

Nesse sentido, Bion (1992), comenta que “esta conversa esquisita que denominamos psicanálise funciona – é inacreditável, mas funciona” (p. 126).

Assim, conforme encontrado na literatura “nada do que um paciente fala na sessão é isento de função, que pode ser detectada e submetida à reflexão e comunicação” (SANDLER, 2008, p. 43-57). Podemos pensar que existe uma alternativa que não o padecimento psíquico. Tal como postula Winnicott, o sujeito, mesmo onipotente em relação ao que lhe causa o sintoma (conteúdo inconsciente), pode simbolizar e representar de outro modo sua vida (WINNICOTT, 1984).

Em recente estudo, Brasil e Pondé (2009), comentam que:

A associação entre transtornos mentais e doenças físicas se deve tanto a fatores psicossociais quanto biológicos. Dentre os primeiros, ressaltam-se a frustração na realização de desejos e necessidades, agravamento de conflitos intrapsíquicos, inadequação dos mecanismos de defesa, perda do sentimento de auto-estima, alteração da imagem corporal e isolamento social (p. 24-31).

A respeito disso, percebe-se que Jô, nossa entrevistada e que serviu como estudo de caso, ilustrou com riqueza clássica a formação de sintomas e uma certa inadequação quanto aos mecanismos de defesa utilizados.

Em estudos similares a esse, evidenciou-se que a negação do estado enfermo pode acarretar em maiores prejuízos à saúde da pessoa. Jô comenta por diversas vezes que “é uma pessoa normal” e “até esquece” que possui o aparelho instalado.

Com esses esquecimentos, soma-se o fato de esquecer-se, também, do uso de sua medicação e, em última instância, se esquece de sua condição humana de culpa inconsciente.

Nesses casos, Freud é enfático (1990) ao propor um método de entendimento e destino da pulsão inconsciente, inerente à todos nós. Ou suas dores, culpas e anseios tem vazão por meio de mecanismos elaborados, como a fala, ou seu inconsciente encontrará um destino alternativo.

Em seu caso, a culpa possível pelo falecimento do pai à encaminharam a um destino em comum. Jô apresentou a mesma necessidade de seu pai ao demandar um marcapasso cardíaco. Freud dizia que o sintoma representa algo anterior, ampliando a análise dessa questão e propiciando que pensemos sobre as diferentes etiologias de doenças.

O pai de Jô morreu por não se submeter à cirurgia de implante do aparelho. Anos depois, a paciente se deparou com a mesma necessidade, que lhe comoveu

de modo intenso. A entrevistada nos comenta sobre períodos de extrema ansiedade, medo e melancolia. Atribui “causa hereditária” ao seu medo.

Esse “encontro”, supomos, foi de tamanha intensidade emocional que Jô, novamente, valeu-se do recurso que lhe dispunha no ato, que era o “esquecimento”. Diz o ditado que “quem não é visto não é lembrado”, sendo a perda de visão um símbolo praticamente contundente a não capacidade de compreender a realidade:

Frequentemente, todo indivíduo seleciona inconscientemente um número bastante restrito de comportamentos defensivos, que utiliza para lidar com os conflitos advindos de seu mundo interno ou externo. Isto é, qualquer estrutura defensiva, ao se constituir como uma escolha inconsciente de operar, afasta outras possibilidades, o que produz certa limitação funcional do ego” (CHAVATAL, BOTTCHER-LUIZ e TURATO, 2009, p. 43-47).

Para Klein (1952/1991), a própria identificação projetiva de Jô em relação a uma situação adversa ocorrida no passado (perda do pai, em situação similar a que se encontrava agora), denota a “ambivalência do devir humano e a força dos conteúdos inconscientes” (p.283).

Uma forma de organização desse conteúdo é o sintoma, que está atrelado a uma experiência angustiante latente, eliciada quando a própria paciente encontra-se em mesa de cirurgia. Tal exemplo ilustra, mesmo que citando apenas um caso, a relevância de um processo de escuta dentro de unidades cardiológicas, junto de pacientes das mais variadas demandas.

Embora nossa leitura explore questões sob a égide (amparo, proteção) da psicanálise, é pertinente pontuar que diversos estudos de delineamento mais descritivo corroboram a mesma tese explorada nesse estudo.

Sardinha, Nardi e Zin (2009), em recente pesquisa, avaliam de modo sistemático as publicações em cardiologia que versam sobre estados psicológicos e impacto na saúde cardiovascular. Na análise das publicações encontradas, os pesquisadores afirmam que condições psicológicas adversas, como ansiedade e depressão, apresentam relação direta com doenças cardiovasculares.

Embora esse estudo não “interprete” o conteúdo ou causa do sofrimento dessas pessoas, as discussões versam, em sua maioria, acerca da necessidade de intervenção psicoterapêutica nesses casos, de modo a prevenir agravos ou eliciar alguma doença cardiovascular (SARDINHA, NARDI e ZIN, 2009).

Verificou-se semelhanças entre os dados advindos da parte teórica desse estudo com os resultados da análise qualitativa, sobretudo no que tange à elevada prevalência de sintomas depressivos e ansiosos na população que utiliza marcapasso cardíaco.

O objetivo dessa reflexão é servir como fundamento para a literatura existente na área, contribuindo para o constante aprimoramento do atendimento e assistência aos pacientes cardiológicos. Esse esforço encontra sintonia com os preceitos de saúde do Sistema Único de Saúde, criado a partir das discussões da 8ª edição da Conferência Nacional da Saúde (BRASIL, 2002).

O conceito de saúde do SUS implica um sujeito ativo em seu processo de saúde e doença. O usuário desse sistema deve ter direito ao acesso aos serviços, mas têm o direito de ser ouvido e respeitado durante as atividades sanitárias. Universalidade, Integralidade e Equidade compõem os pilares teóricos e operacionais da saúde brasileira. A Conferência de Ottawa, realizada em 1986, deixou um conceito saúde compreendido por um:

Cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção de saúde por todos os seus membros (OMS, 1995, p. 41).

Ou seja, o entendimento do sujeito da saúde, na atualidade, pressupõe uma relação de cooperação na prestação de assistência. Para a promoção da saúde, distintos profissionais deverão cooperar para o atendimento integral de todos os usuários.

Constatando-se que desajustes emocionais, ambientais e orgânicos afetam as dimensões constituintes da qualidade de vida – OMS -, é de dever do estado prover os melhores recursos assistenciais disponíveis.

Sendo o uso de marcapasso um fato bastante frequente em pessoas com determinado sofrimento psicológico, e sendo consenso que este conduz, muitas vezes, a demais doenças crônicas, a reflexão que deixamos é: não é sensato provermos todo o recurso possível, evitando assim que outras pessoas deixem de ver, tal qual fez Jô? Destaca-se aqui a falta de conhecimento do paciente em relação ao mecanismo e tudo que o envolve em importância e em consequência gerada. Tal desconhecimento acaba gerando sentimentos de inquietação, medo e

angústia, podendo alterar profundamente os seus relacionamentos sociais e psíquicos.

O sujeito saudável participa, está engajado na sua promoção de saúde. A equipe de saúde, por sua vez, deve ser alertada sobre a pertinência de ações de saúde com foco mais primário e preventivo.

6 CONCLUSÃO

Esse estudo focou seu olhar para essa correlação entre as dimensões físicas e psíquicas envolvidas diante do uso do marcapasso cardíaco. De um lado, identificou-se dados epidemiológicos advindos de outros estudos na área, que apontam para uma elevada prevalência de sintomas psicológicos, como ansiedade e depressão.

É de consenso entre a literatura médica que tais alterações aumentam, consideravelmente, a chance de desenvolvimento ou agravamento de outras patologias, dentre as quais se situam as doenças cardíacas, o que justifica o empreendimento de estudar tais nuances, de modo a prover um serviço de saúde capaz de atender às diversas demandas do sujeito.

Dentre os pacientes que necessitam do marcapasso para continuarem vivendo, é improvável que apresentem “dramas” iguais aos de Jô, ou mesmo que estabeleçam as mesmas correspondências entre vivências e sintomatologia. Contudo, cabe apreender que o processo de simbolização e atribuição de significados diversos é uma característica inerente do ser humano, merecendo atenção da equipe de saúde, para que exemplos como o de Jô não interfiram na saúde de mais pessoas.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cad. Pesqui.**, v. 36, n.129, p.637-651, 2006.

ANDRADE, J. C. S. et al. Diretrizes para o Implante de Marcapasso cardíaco permanente. In: _____. **Temas de Marcapasso**. São Paulo: Lemos, 2001. Cap.5, p.101-115.

_____. Técnicas Cirúrgicas para Implante de Marcapasso. In: _____ **Temas de Marcapasso**. São Paulo: Lemos, 2001. Cap.4 p. 85-119.

BION, W. **Quatro discussões com W. R. Bion**. Em: W. Bion, *Conversando com Bion*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1978), 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>. Acesso em: 23/08/2009.

BRASIL, V. V. e CRUZ, D. A. L. M. Alterações nos hábitos de vida relatadas por portadores de marcapasso definitivo. **Reblampa**, v, 13, n. 2, p. 97-113, 2000. Disponível em: www.relampa.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=285, acesso em: 23/08/2009.

CHVATAL, V. L. S.; BÖTTCHER-LUIZ, F.; TURATO, E. R. Respostas ao adoecimento: mecanismos de defesa utilizados por mulheres com síndrome de Turner e variantes. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 36, n. 2, p.43-47, 2009.

FALCÃO, Patrice Vale. Repercussão do autocuidado no estilo de vida do portador de marcapasso. **Dissertação de Mestrado**. Fortaleza: UNIFOR (Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza, 2004. Disponível em: <<https://uol03.unifor.br/oul/conteudosite/.../Dissertacao.pdf>>, acesso em: 23/08/2009.

FREUD, S. **Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise**. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago. 3ª ed. (Obra original publicada em 1933), 1990.

FREUD, S. **Triebe und Tribschicksale**. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. X. Rio de Janeiro: Imago. 3ª ed. (Obra original publicada em 1915), 1990.

FREUD, S. **Esboço de psicanálise**. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1940), 1975.

FREUD S. (1917). **Luto e melancolia**. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. V. XIV, p.271-91.

GARDNER, E.; GRAY, J. D.; O'RAHILLY, R. **Anatomia: estudo regional do corpo humano**. Tradução Liberato J. A. D. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA, 1967.

KLEIN, M. **Inveja e Gratidão**. Rio de Janeiro: Imago, 1990 (Obra original publicada em 1952).

KLEIN, M. **Nosso mundo adulto e suas raízes na infância**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KOVÁCS, M. J. **Morte e existência humana: caminhos de cuidado e possibilidades de intervenção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

LEÃO, M. I. P. Normas para Orientação de Pacientes Portadores de Marcapasso. In: ANDRADE, J. C. S. et al. **Temas de Marcapasso** (p. 183-198). São Paulo: Lemos, 2001.

LEOSDOTTIR, M.; SIGURDSSON, E.; REIMARSDOTTIR, G.; GOTTSKALKSSON, G.; TORFASON, B.; VIGFUSDOTTIR, M.; EGGERTSSON, S.; ARNAR, D. A. Health-related quality of life patients with implantable cardioverter defibrillators compared with that of pacemakerrecipients. **Europace**, v. 8, p. 168-174, 2006.

MAGNANI, Claudia; OLIVEIRA, Bruna Guimarães; GONTIJO, Eliane Dias. Representações, mitos e comportamentos de pacientes chagásicos com marcapasso. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p.:1624-1632, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23/08/2009.

MARTINELLI, Jr. Marcapasso: O Coração no Ritmo da Vida. **Revista ABCFARMA**, n. 118. Disponível em: <<http://www.guiasaudeoncine.com.br/repor/marcapasso.htm>>, Acesso em: 23/08/2009.

MELLO FILHO, Júlio de (1992). *Psicossomática Hoje*. Artes Médicas. Porto Alegre.

NEWALL, E.G.; LEVER, N.A.; PRASAD, C.; HORNABROOK, C.; LARSEN, P.D. Psychological Implications of ICD implantation in a New Zealand population. **Europace**, v.9, p.20-24, 2007

OLIVEIRA, I. C. Doença Cardíaca: um Mal-Estar Vivido pelos Indivíduos na Contemporaneidade. **Rev. Cent. Ci. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 24-29, Jan/mar, 2002.

OLIVEIRA, M. F. P. e GAUCH, P. R. A. Alterações psicossociais em pacientes portadores de marcapassos cardíacos. **Rev. Bras. Marcapasso e Arritmia**, v. 6, n. 2, p. 84-86, 1993. Disponível em: <http://www.relampa.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=541>, acesso em: 23/08/2009.

OMS. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, v. 41, p. 1403-9, 1995.

PRATES, P. R. Símbolo do Coração. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.12, n.3, p. 1-6, 2005

RONZANSKI, A. et al. The epidemiology pathophysiology, and management of psychosocial risk in cardiac practice. The emerging field of behavior cardiology. **Journal of American College of Cardiology**, v. 45, n. 5, p. 637-51, 2005.

SARDINHA, A.; NARDI, A. E.; ZIN, W. A. Ataques de pânico são realmente inofensivos? O impacto cardiovascular do transtorno de pânico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, n. 1, p.57-62, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000100014&lng=pt&nrm=iso>, acesso em 20 ago. 2009.

SILVA, L. F. et al. Déficit de conhecimento: Diagnóstico de Enfermagem do Paciente com Marcapasso Cardíaco Artificial Definitivo. **Revista RECCS**, n. 12, p. 34-46, 2000.

SOUZA, Fernando Sérgio Oliva de. **Palavra de especialista**. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. 1ª ed. on line, maio, 2006. Disponível em: <http://www.socesp.org.br/publicacoes/jornal_psico_pdf/psico_m04_a06.pdf>, acesso em: 23/08/2009.

TRIVINOS, A. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VINKEN, P. **The Shape of the heart**. Amsterdam: Elsevier 2000.

WATKINS, E.; BROWN, R. G. Rumination and executive function in depression: an experimental study. **Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 72, p. 400-402, 2002.

WILLIAMS, A. M.; YOUNG, J.; NIKOLETTI, S.; MCRAE, S. Reasons for attending and not attending a support group for recipients of implantable cardioverter defibrillators and their carers. **International Journal of Nursing Practice**, v. 10, p. 127-133, 2004.

WINNICOTT, D. W. Os objetivos do tratamento psicanalítico. Em: D. W. Winnicott, **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1984 (Trabalho original publicado em 1962).

ANEXO A – Entrevista semi-estruturada

OBJETIVOS REFERENTES A CADA PERGUNTA:

1. Conte-me um pouco de como é usar um marca-passo cardíaco?

Aqui o entrevistador buscou explorar quais os significados para o uso do marca-passo no cotidiano da pessoa. De que forma isso modificou ou não sua rotina, comportamentos, auto-imagem e relacionamentos.

2. Como foi a colocação do marca-passo?

Aqui o entrevistador buscou explorar o momento da colocação do dispositivo, incluindo, como a notícia foi dada pelo profissional cuidador, como foi recebida pela pessoa e pela família, quais as fantasias despertadas, receios, dúvidas e outros sentimentos vivenciados. Como foi o procedimento cirúrgico, a relação com a equipe médica.

3. Como foi o período posterior a colocação do marca-passo?

Explorar logo após a cirurgia a pessoa vivenciou mudanças no comportamento, sentimentos, nas relações familiares em decorrência do uso do aparelho.

4. Hoje, o que significa o marca-passo para você?

Explorar os significados subjetivos dados ao marca-passo e as associações feitas a partir deles.

ENTREVISTA NA INTEGRA:

A: A senhora gosta de ser chamada como?

J: Então na minha vida toda, poucas pessoas me conheceram por xxxx ,poucas, acho que tem duas ou três pessoas. Em todo lugar que eu faço amizade, as

peessoas me conhecem por Jô. Pode me chamar de Jô, porque até quando você for falar de mim, todos me conhecem por Jô. No entanto, quando eu vou assinar, já aconteceu de eu assinar Jô. Então se você falar só são poucas que conhecem.

A: Eu queria que a senhora contasse como que é usar o marca-passo. Como é pra senhora usar o marca-passo?

J: Então assim, eu não tenho problema nenhum, a não ser eu sempre comento com o doutor xxxx, que eu mais reclamo com ele: quando você esforça um pouquinho a mais você sente cansaço. No caso que nem eu falo pro doutor xxxx, eu sou do lar, então todo serviço da minha casa sou eu que faço, porque a gente não tem condição de ta pagando. Então quando você vai fazer um serviço um pouquinho mais pesado como lavar um tapete, esfregar um piso, quando eu vou lavar um banheiro, lavar uma varanda, eu sinto cansaço, um pouquinho de cansaço. Então o doutor xxxx sempre comenta comigo, que eu posso fazer tudo, que não me impede de fazer nada, desde que eu coloquei; ele fala isso desde que eu coloquei; ele fala pra mim “você é uma pessoa normal”, só que assim faz tudo na maciota, ele sempre usa essa expressão pra mim; “tudo na maciota, sem pressa, sentiu cansaço para um pouquinho, depois retorna”. Mas o único probleminha que eu sinto, mais nada. Normal, minha vida normal; tenho tudo normal: durmo normal, como normal, caminho normal; caminho todos os dias, agora eu to participando dessas atividades que eu te falei, dessas ginástica, né, também tudo normal; tenho, às vezes, quando o professora força um pouquinho, eu sinto um pouquinho de cansaço e eu dou aquela paradinha, aí retomo novamente...

A: A senhora respeita a limitação. Cada um sabe a sua limitação, cada um tem que...

J: É, isso. (...) mas de resto até esqueço que eu tenho marca-passo, porque eu não sinto nada, nada, nada.

A: E quando a senhora colocou, inicialmente, também, desde o início a senhora...

J: É isso aqui mesmo, desde que eu coloquei; tanto que quando eu coloquei o médico, eu coloquei em xxxx, no xxxx; no começo quando eu coloquei o médico mandava eu retornar de seis em seis meses, pra ele ta acompanhando, porque chega lá ele coloca um aparelhinho pra ver o funcionamento do marca-passo. É, mas todas as vezes que eu fui lá ele falava que o marca-passo tava funcionando normalmente, normalmente. Então, eu não tive problema nenhum, desde a hora que eu fui pro quarto La no hospital, já não senti nada, nada, nada mesmo. Só na hora que colocou o marca-passo, que eu perdi a visão, mas disse o médico lá de xxxx que é porque eu fiquei muito nervosa, porque eu fui um dia antes, internei de manhã, fiquei o dia todo nesse hospital, demorou bastante pra internar, fiquei lá na portaria, de manhã até o horário do almoço; depois entrei pra dentro do hospital, depois do almoço, aí fiquei aquele resto de dia, passei a noite, colocou o marca-passo no outro dia, acho que devia ser uma nove ou dez horas da manhã. Então você fica naquele nervosismo, né, porque eu não sabia como era, fora da minha cidade, que eu moro aqui e fui colocar em xxxx.

A: A senhora estava sozinha?

J: Sozinha porque eles me internaram naquela parte do coração, que é que nem uma enfermaria enorme, não sei nem te falar como chama aquilo lá.

A: Como foi no hospital?

J: São Francisco. Então é como uma enfermaria assim enorme, e tinha tanto homens como mulheres, e você via pessoa, tinha pessoa do lado da gente

passando mal, gemendo muito, a noite toda gemendo. Então o nervosismo foi, né ; então na hora que ele foi colocar o marca-passo, eu tava muito nervosa, e eu acho que foi por isso que eu perdi a visão, e isso me deu mais desespero ainda, a hora que eu vi que eu fiquei ceguinha; acho que foi na hora que ele ligou o cabo do marca-passo na artéria do coração

A: A senhora estava acordada?

J: Tava acordada, eles dão anestesia local, e foi ele sozinho, doutor xxxx, ele sozinho, só com uma enfermeira que acompanhou ele ali; só uma enfermeira que acompanhou ele e ele sozinho; então, eu vi tudo, tinha um computadorzinho na frente assim da mesa, e a hora que ele foi colocar, ele ainda mostrou pra mim, como uma moedinha de um real, assim o marca-passo, apareceu lá no computador.

A: Mas me fala um pouco mais desse nervoso, dona Jô, desse momento assim: a senhora pensa que foi por toda essa situação que a senhora tava vivendo, ou que realmente tava envolvido com a colocação do marca-passo, a senhora acha que por te visto alguém passando mal ...

J: Eu penso que foi, foi muito nervoso, que fiquei muito nervosa, muito ansiosa, que eu não via a hora que colocava, e eu penso que foi; eu não sei.

A: Mas essa ansiedade era pra ficar mais segura ou pra acabar logo com a situação?

J: Eu acho que medo; eu sempre fui muito medrosa, como eu comecei a te contar, já é hereditário, meu pai morreu com 50 anos, fazia um mês que eu era casada, meu pai faleceu; a gente viveu uma situação assim, foi muito triste a perda do meu pai. Meu pai morreu trabalhando, voltou do serviço morto, então eu já tinha aquele medo. No dia que eu fui no doutor xxxx, que ele falou pra mim “nossa menina do céu, você já ta muito mal, você tem que já pra xxxx, você vai colocar um marca-

passo”, que ele viu e assustou, eu fiquei muito assustada, então já fui pra xxxx assustada, eu já chorei aqui antes de ir, fui chorando, aí depois cheguei lá e fiquei todo esse tempo esperando. Então, eu acredito, não sei se foi mesmo, o doutor xxxx me falou isso, falou “não, fica tranqüila, a visão Já vai voltar”, ele ainda falava “fica olhando fixo no forro ali em cima, que a tua visão já vai voltar, você vai começar a ver como uma luzinha”, e foi mesmo. Mas na hora me deu tanto desespero, que eu pedi pra enfermeira pegar na minha mãe e rezar junto comigo, rezar o Pai Nosso. Então ela pegou na minha mão, nós rezamos o Pai Nosso de mão dada e ele terminando de colocar ali, sabe. E eu fiquei olhando fixo no forro, aí dali a pouco, foi como ele falou mesmo: foi começando com uma luzinha bem pequenininha assim, e foi se abrindo e eu comecei a olhar do lado assim e eu comecei a enxergar o cordão do forro tudo, assim meio embaçado ainda, ele ainda falava “ta enxergando já, já ta normal?”. e eu falava que não, que tava bem embaçado, e foi assim. Então foi voltando devagar, devagar, mas aí eu chorei bastante, eu chorei, ele até depois que terminou, ele me abraçou, falou pra mim ficar tranqüila, que já tinha passado, que tava tudo bem, que eu tava bem, e realmente, eu fui pro quarto e não senti mais nada, só que eu fiquei assim muito assustada...

A: Eu entendo. E, só pra eu entender: a senhora queria colocar o marca-passo logo para já ficar segura?

J: É...

A: Essa era a ansiedade?

J: Era porque eu tava sentindo muita ansiedade, muita falta de ar e começou assim de repente, eu já caminhava já fazia tempo, já fazia uns 3 anos já que eu caminhava, eu nunca senti nada, de repente em um dia de manhã eu comecei a sentir falta de ar. Aí eu tive problema de anemia, eu tava entrando em menopausa, e

todo mês eu menstruava e sangrava muito, tinha quase como no começo da hemorragia, e então com o tratamento que a dona xxxx passou, não sei, pelo que o doutor xxxx falou, ela me deu muito hormônio, então ajudou acarretar esse problema cardíaco que eu tive; não sei também se foi tudo isso, eu sei que aí eu tive anemia, por causa da perda de sangue, aí eu acho que juntou tudo: anemia e foi aí onde me atacou o problema cardíaco, e aí eu comecei a sentir muita falta de ar. Quando eu comecei a sentir falta de ar eu até pensei que fosse por causa da anemia, que eu tava com anemia; e quando eu fui no doutor Ivan ele falou “não, não é por causa da anemia, teu problema já é o coração, e você tem que ir pra xxxx imediatamente pra colocar um marca-passo.

A: E a senhora foi depois de quanto tempo?

J: Ó eu acho, eu não tenho bem certeza, porque eu até já esqueci, porque eu esperei mais de uma semana ainda, que o doutor xxxx entrou em contato com o convênio, eu já pagava o convênio, que eu fui pelo convênio, mas ainda fiquei aguardando eles marcarem lá, eu conseguir a vaga lá em xxxx, então eu esperei quase uma semana.

A: A senhora esperou em casa?

J: Isso, em casa.

A: E como foi esse momento, essa espera em casa?

J: Então foi um momento de bastante nervoso, de bastante tristeza, é, principalmente quando eu ficava sozinha, eu chorava muito, porque eles não tavam aqui. E assim, o doutor xxxx me aconselhou na hora que ele me viu, que eu não me esforçasse de jeito nenhum; o doutor xxxx falou “não se esforça, não faça nada”; me recomendou até pra eu não fazer o serviço, podia até fazer, mas muito devagarzinho. Mas foi assim.

A: Me explica melhor esse medo. Medo do quê? De acontecer o quê?

J: De morrer, de chegar uma hora que não tinha mais jeito, de chegar lá no hospital e não dar nada certo, e na hora eu ter algum problema grave e acabar morrendo na mesa da cirurgia; e eu acho que já é um problema que vem acarretando lá de trás, que nem eu tava te contando: meu pai não quis ir operar lá em xxxx, porque tava começando a cirurgia em xxxx e ele falava que tinha muito medo, que naquela época teve um vizinho nosso lá em xxxx que operou do coração e morreu na mesa, justo nos dias que meu pai tava passando mal, e ele falou “eu não vou. Vou morrer sem operar, mas lá eu não vou”. Morreu. Então, eu acho que já vem aquele, sabe, desde lá de trás, eu já tinha aquele medo, e aconteceu comigo a mesma coisa, né, então...

A: E depois que a senhora colocou?

J: Ah, depois que eu coloquei, nossa, parece que eu revivi, sou outra pessoa, porque nunca mais eu tive... agora o único medo que eu tenho, que no entanto eu procuro me cuidar mais que eu posso; o doutor xxxx fala que eu não posso ganhar peso, que cada vez que eu vou lá, que eu engordei 500 gramas, o doutor xxxx me pega bastante no pé. Eu tenho a doutora xxxx que também me acompanha, porque eu tenho tireóide. Ela também fala pra mim...

A: A senhora tem hiper ou hipo?

J: Ai, e agora hein?

A: A senhora faz alguma reposição hormonal?

J: Sim, eu tomo Puran.

A: Puran, quanto de Puran?

J: UM comprimido daquele de 88; bom eu não sei qual que é, porque eu não sei qual que é. Então, e é a doutora xxxx também, ela me acompanha; eu vou na xxxx,

logo em seguida eu vou no xxxx. O doutor xxxx já falou isso; eu faço o exame de sangue com a doutora xxxx e depois o doutor xxxx já olha o dela mesmo, nem me pede outro. Então eu vou na Dra xxxx e depois eu já vou no Dr. xxxx. E a doutora xxxx acompanha e ela fala quando eu engordo um pouquinho, e eu então aprendi a segurar, assim, tenho medo assim, de... o único medo que eu tenho agora é disso tornar se agravar e ter que fazer aquela cirurgia de pôr ponte de safena, aquelas coisas; eu morro de medo de fazer aquelas outras cirurgias. Mas do contrário eu to tranqüila, então eu seguro, eu procuro não comer nada que... carne gorda eu tirei da minha vida, de jeito nenhum eu como mais; coisa mais difícil; eu como carne muito magrinha. Como eu te contei, agora eu to acompanhando meu esposo na nutricionista lá; também é uma beleza, ensinando a gente a comer, a se alimentar; porque ela fala que a gente se alimenta tudo errado, né; então, também ta sendo muito bom. Então só o único medo... eu acho que agora o medo que eu tenho é esse, mas eu vivo tranqüilo agora. Do resto ta tudo bem, to tranqüila, não sinto dor nenhuma, nada, durmo bem, tudo bem.

A: O que significa o marca-passo pra senhora? Qual o significado que ele tem?

J: Que ele tem? Sei lá, eu acho que ele me devolveu a vida, porque na situação que eu tava, se eu não tivesse colocado o marca-passo, eu já tinha... eu não tava mais aqui, eu já tinha ido, né, porque ele ajuda a controlar os batimentos do meu coração; o doutor xxxx me disse que o normal é de 90 a 110 as batidas do coração; o meu tava 30 quando eu coloquei. Então eu acho que ele significa isso, tudo, ele colocou, ele devolveu a vida, se eu não tivesse colocado ele, eu acho que eu não taria mais aqui. E também na época eu acho que fiquei muito nervosa, porque era outra coisa que eu pensava: a gente é mulher e a gente se preocupa muito com a estética; eu

pensava assim “nossa, mas agora eu vou colocar o marca-passo e aquilo lá é horrível, vai ficar aquele coisa horrível pra fora, aquilo aqui estufado; eu pensava tudo isso, perguntei onde colocava pro doutor xxxx, ele falou “aqui no peito, embaixo da pele. Então, eu como não conhecia, porque eu não conhecia mesmo o marca-passo, assim, via as pessoas falar, tinha ouvido alguém falar que tinha marca-passo, mas eu nunca me preocupei, nunca me interessei pra conhecer como que era. E de primeiro, os antigos eles eram bem grandes, o doutor xxxx me mostrou lá quando ele me colocou, que tinha pessoas que colocou aquele que parecia um relógio de bolso, como usava antigamente. Então eu ficava pensando, eu tinha uma vizinha que o marido dela trabalhava no Fórum, agora ela mudou daqui, eu conversava muito com ela no quintal, aí eu falava pra ela “ai xxxx, nossa, meu Deus, eu vou colocar aquilo e acho que vai ficar horrível, não vai ficar assim alto, feio aqui”. Ela falava “ai Jô não pensa isso não, não vai ficar não, você vai ver, vai ficar bem, o importante é a sua vida. Então eu pensava tudo isso, tudo isso foi me deixando assim, encucada, sofrendo muito nos últimos dias que eu fui pro hospital colocar.

A: À espera de colocar o marca-passo?

J: É, a espera.

A: Aquela semana que a senhora ficou esperando?

J: Isso.

A: Que mais a senhora ficava pensando nessa semana da espera, dona Jô?

J: Ixi. Não sei, acho que, como eu te falei, eu tinha muito medo de morrer, pensava que eu ia morrer, que não ia ter jeito, que ia acontecer comigo igual aconteceu com meu pai, na época eu tinha quase a idade de meu pai também; eu pensava “nossa o que aconteceu com meu pai vai acontecer comigo”. Então tinha hora que eu parava pra pensar e eu falava “meu Deus, cadê minha fé? Eu tenho tanta fé em Jesus, cadê

esse Jesus que ta dentro de mim? Porque eu entrava em desespero e pensava tudo isso; meus filhos que já tavam criado, mas que eu ia deixar. Ah sei lá, é tanta coisa que passa pela cabeça.

A: É.e como foi com a família?

J: Nossa, muita atenção, muito carinho, muito amor, todo mundo em volta, meu marido, meus filhos, minha filha em volta e falava “mãe, vai com fé, vai dar tudo certo”, os meninos também, até hoje eles ficam muito em cima; às vezes acaba meu remédio e não falo, eu esqueço de falar, aí no outro dia que eu vou falar, que meu remédio acabou ontem, aí vão buscar o remédio pra mim, já ficam bravo – “mãe você tem que comprar antes de acabar, mãe, você não pode deixar acabar, por que você não fala, ou você vai buscar, ou você pede pro pai, ou então você pede pra gente”, eles me deram muita atenção, muito carinho. O dia mesmo que eu operei, de manhã, minha filha já foi lá, o hospital nem deixava entrar, ela teve que ficar lá esperando até na hora da visita, que ela já foi cedo, sem saber o horário da visita, preocupada comigo. Assim, de família, não tenho nada para te reclamar, não, graças a Deus. É uma família muito unida, sabe, meus menino são muito carinhoso, minha filha também; que é o que dá força pra gente, né?

A: Entendo.

J: Até hoje, eles ficam em cima, eles falam muito pra mim, pra me cuidar, que essas atividade que eu to fazendo, às vezes eu falo “ ah, eu saio cedo, largo tudo...” , e eles falam “não mãe, ta certo, você tem mais é que se cuidar, que ir mesmo, que larga, você tando em casa pro horário do almoço é o importante”. Então o carinho da família que foi, vixi, o essencial pra mim; foi tudo.

A: Que bom. E quando o doutor xxxx deu a noticia, tinha alguém da família com a senhora?..

J: Não, eu tava sozinha. Meu esposo me levou pra consultar, mas me deixou lá, porque ele sempre faz isso: ele me leva e volta pro salão; meu marido é cabelereiro. Então, sempre foi barbeiro e cabelereiro, não sei se você conhece.

A: Não o conheço.

J: Ele trabalhou muitos anos ali em frente à xxxx; não sei se você conhece, porque você é bem mais nova, o tempo que era xxxx, depois foi a xxxx ali, ele teve o salão embaixo. Era embaixo, o salão; trabalhou muitos anos ali. Então ele sempre foi cabelereiro, desde quando a gente se casou; e ele sempre fez isso: ele me leva quando eu vou consultar, me deixa e vem embora, porque ele fala, que ele depende dos freguês dele, e também pra não deixar esperando, ele volta pro salão. Então ele tinha voltado e me deixado lá sozinha, no doutor xxxx, quando eu fui consultar.

A: Quando o doutor xxxx realmente falou pra senhora o que veio na cabeça da senhora nesse momento?

J: Ah, desespero, medo, a hora que o doutor xxxx me falou, me deu muito desespero, muito medo, mas eu consegui me controlar muito; a hora que eu cheguei perto do meu marido, ainda ele falou “e aí, o que o doutor xxxx falou que você tem?”, aí eu falei “ai, eu vou ter que colocar marca-passo”. E ele falou “marca-passo?”, ficou me olhando sério, assim, e eu até desviei o olhar dele, porque eu fiquei assim, sabe, muito nervosa, desesperada, não queria chorar na frente dele, na presença dele, queria me manter firme, sabe. Mas eu acho que eu sou um pouco medrosa, viu, eu acho que eu sou muito nervosa, não sou assim, uma pessoa muito corajosa.

A: Uma notícia dessa, não é uma notícia assim, tão simples, para encarar tão tranquilamente. Eu vim hoje, pra gente ter esse bate-papo, pra ter uma idéia de como que foi... há quanto tempo que a senhora colocou o marca-passo...

J: eu tava até pensando em ir lá olhar, antes de você chegar, e não fui porque me esqueci, esqueci não, eu fiquei embalada no serviço e não fui olhar. Me parece, eu acho que é 3 anos que vai fazer agora em junho; foi dia 22 de junho que eu coloquei, mas a minha carteirinha do marca-passo ta na minha bolsa, você quer que eu pego?

A: Não, não, sabe por quê? Hoje é assim, eu vim pra conhecer...

J: Eu acho que vai fazer 3 anos.

A: ... conhecer a senhora, em primeiro lugar, conhecer como aconteceu...

J: Pode ser você, se você não se importar até melhor. (risos)

A: Então esta bom. É, e nós vamos fazer uma reunião, com mais duas ou três pessoas, a senhora vai poder sentir um pouquinho, o que provavelmente todos, cada um com a sua história pra contar, mas todos também, né, não tinham essa coragem que a senhora ta imaginando que deveria ter...

J: É, então, eu acho que é assim, que eu sou muito medrosa, que eu fiquei com muito medo, que eu sofri muito, assim, aqui tem uma vizinha que trabalha lá no xxxx, a xxxx, e eu conversava muito com ela nos dias que eu fiquei esperando; ela me dava muita força, ela falava “Jô, não fica assim não, você vai ver, é muito simples, você não vai sofrer nada, você não vai sentir dor nenhuma, não vai acontecer nada com você, é anestesia local, pode ficar tranqüila”, porque ela sempre foi enfermeira e trabalhou na sala de cirurgia do Santa Casa, agora ela ta lá na sala de cirurgia do Samaritano. E ela, então, me dava muita força, foi ela que me deu muita coragem, mas eu tinha muito medo, muito medo, só pensava o pior, só pensava que não ia dar certo, que meu coração ia acabar parando tudo na hora que eu fosse pra sala de cirurgia; então eu acho que foi isso também, que me fez tudo isso, muito medo.

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXOS C – Carta de Apresentação ao Comitê de Ética

