UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

**TRANSPLANTE CARDÍACO: SISTEMA TENSIONAL INCONSCIENTE
DOMINANTE E DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO OPERACIONALIZADO DE
MULHERES CANDIDATAS AO ENXERTO**

ELISABETE JOYCE GALHARDO TAMAGNINI

Dissertação apresentada ao Departamento de
Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Maria Parahyba Campos

SÃO PAULO
2009

Elisabete Joyce Galhardo Tamagnini

**Transplante Cardíaco: Sistema Tensional Inconsciente Dominante e
Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de mulheres candidatas ao enxerto**

Dissertação apresentada ao Departamento de
Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos requisitos
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora Profa. Dra. Elisa Maria Parahyba Campos

BANCA EXAMINADORA

Dissertação apresentada e aprovada em: ____/____/____

Aos meus pais, com amor...

*Ao Eduardo, pela compreensão indispensável
nos momentos de caos, por todo o amor e
companheirismo que se fizeram constantes ao
longo desta e de outras jornadas...*

Ao Prof. Dr. **José Tolentino Rosa** e à minha orientadora Prof. Dra. **Elisa Maria Parahyba Campos**, minha gratidão por serem a luz nos momentos cruciais, por todo o apoio, proximidade e amizade, pela confiança depositada desde os tempos da Graduação e de Especialização na USP.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pelo constante incentivo na aquisição do saber, por tornarem este trabalho possível.

À minha irmã Elaine, pelo carinho, preocupação e, principalmente, por toda a ajuda dispensada, não só durante o Mestrado, mas em toda a minha vida.

Aos meus avós, Elizabeth Joyce e Domingos Lázaro, pela transmissão de valores essenciais, por todo o amor e dedicação à família.

A todos os meus familiares que participaram direta ou indiretamente na concretização deste trabalho.

À amiga Alessandra, a grande amiga, a irmã, companheira inseparável, por fazer parte da minha vida desde os tempos da graduação, por todo o seu amor e amizade.

À Débora e Beto, pela cumplicidade, amor e presença diária, por todos os maravilhosos anos de convivência que nos tornaram “família”.

Aos amigos Taty e Sandro, por todos os momentos em que rimos e choramos (rimos mais!), pela amizade e cumplicidade, por serem fundamentais em minha rotina.

À amiga Marina, companheira nos tempos de especialização na USP, pelos anos de convivência e amizade dentro e fora da Universidade, agradeço por toda a calma que sempre me transmitiu.

Aos amigos da USP conquistados nos últimos seis anos, que contribuíram com discussões fundamentais em Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica.

Ao Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, especialmente à Dra. Ana Augusta Maria Pereira, por possibilitarem a investigação proposta.

Às mulheres candidatas ao transplante cardíaco do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, os meus sinceros agradecimentos...

RESUMO

Tamagnini, E. J. G. (2009). *Transplante cardíaco: sistema tensional inconsciente dominante e diagnóstico adaptativo operacionalizado de mulheres candidatas ao enxerto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O transplante cardíaco representa a última alternativa de tratamento e única possibilidade de sobrevivência do paciente com insuficiência cardíaca (IC) terminal. É indicado quando todos os procedimentos foram considerados ou excluídos no tratamento da cardiopatia grave. Atualmente, os resultados obtidos com a cirurgia de enxerto indicam possibilidade de aumento de sobrevida do transplantado que, de outro modo, iria a óbito. Em aproximadamente 80% dos transplantes de coração hoje realizados, os pacientes estão vivos dois anos após a cirurgia. Devido à escassez de trabalhos encontrados na literatura, a presente pesquisa foi realizada com mulheres cardiopatas indicadas à cirurgia de enxerto. Questiona-se a interferência de relações objetais estabelecidas pelas pacientes na decisão de submissão à cirurgia e adesão aos cuidados do pós-operatório. O objetivo principal foi verificar a dinâmica emocional de mulheres candidatas ao transplante cardíaco. Foram utilizados como instrumentos o Teste de Relações Objetais de Phillipson (TRO), interpretado através de investigações sobre o Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID), e a entrevista clínica classificada a partir da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), aplicados em sete pacientes encaminhadas à avaliação psicológica pelo Setor de Transplante Cardíaco do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), em São Paulo. A análise dos achados se deu à luz da teoria psicanalítica das Relações Objetais de Melanie Klein. Constatou-se que as mulheres indicadas ao transplante de coração, participantes da presente pesquisa, estabelecem relações objetais persecutórias correspondentes às fases mais arcaicas do desenvolvimento – esquizoparanóide e viscocárica. Agindo como fator tensional, a doença cardíaca terminal pode ser vivida como perigo interno, induzindo a excessiva pressão das forças de morte e agravando tendências à negação e abandono do tratamento.

Palavras-Chave: transplante cardíaco, mulheres – higiene e saúde, Teste de Relações Objetais, Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, relações de objeto.

ABSTRACT

Tamagnini, E. J. G. (2009). *Cardiac transplantation: dominant unconscious tensional system and adaptive operationalized diagnosis of women applying to graft*. Dissertation for Master's Degree in Clinical Psychology, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The cardiac transplantation represents the last alternative of treatment and an unique possibility of surviving for the patient with terminal cardiac insufficiency (CI). It is indicated when all other procedures were considerate or excluded for the treatment of serious cardiomyopathy. Currently, the results achieved with the graft surgery indicate the possibility of growth in overlife of patients that submitted for a transplant which, otherwise, would die. In approximately 80% of the cases of heart transplantations today, the patients are still alive two years after the procedure. Due to the lack of studies found in literature, the current research was made with cardiomyopathy women that submitted for a graft surgery. It is questioned the interference of object relations established by the patients in the decision to submit for the surgery and in the adhesion to the pos-operative cares. The main objective was to verify the emotional dynamic of women applying for a cardiac transplantation. Where used as instruments the Object Relations Test (ORT), by Herbert Phillipson, interpreted by investigations over Unconscious Tensional System, and clinical interviews using the Adaptive and Operationalized Diagnostic Scale (AODS), applied in seven patients sent to psychological analysis at the cardiac transplantation sector of Dante Pazzanese Institute (IDPC), in São Paulo. The analyses of the results were made using Melanie Klein's psychoanalytical theory. The women investigated who applied to the transplantation established persecutory object relations corresponding to the more archaic phases of the development. Acting as a tensional factor, the terminal cardiac disease can be lived as an intern danger, inducting to excessive pressure of forces of death and aggravating tendencies to treatment denial and abandonment.

Index-Terms: cardiac transplantation, women's health, ORT, AODS, object relations.

SUMÁRIO DE CONTEÚDOS

AGRADECIMENTOS	vi
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
SUMÁRIO DE CONTEÚDOS	x
LISTA DE ANEXOS	xii
LISTA DE APÊNDICES	xiii
LISTA DE FIGURAS	xiv
LISTA DE QUADROS	xv
LISTA DE TABELAS	xvi
LISTA DE SIGLAS	xvii

1 INTRODUÇÃO **18**

1.1 O TRANSPLANTE CARDÍACO (TC).....	19
1.1.1 DADOS HISTÓRICOS	20
1.1.2 O PACIENTE CANDIDATO AO TC E O DOADOR: INDICADORES REAIS, LEGAIS, FANTASIAS E CRENÇAS	27
1.2 ESTADO DA ARTE NA PESQUISA DE TRANSPLANTE CARDÍACO E PSICOLOGIA APLICADA À CARDIOLOGIA	33
1.2.1 INVESTIGAÇÕES SOBRE O ESTADO EMOCIONAL DE MULHERES CANDIDATAS AO TRANSPLANTE DE CORAÇÃO	36
1.2.2 O CORAÇÃO	38
1.2.3 A TEORIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS: POSIÇÕES VISCOCÁRICA, ESQUIZOPARANÓIDE E DEPRESSIVA.....	41
1.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS INSTRUMENTOS.....	46
1.3.1 TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS DE PHILLIPSON (TRO)	46
1.3.2 ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA (EDAO) ..	51

2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS **56**

2.1 JUSTIFICATIVA	57
2.2 OBJETIVOS	58
2.2.1 OBJETIVO GERAL.....	58
2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	58

3 MÉTODO	59
3.1 PARTICIPANTES.....	60
3.1.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	60
3.2 INSTRUMENTOS DE ANÁLISE UTILIZADOS	61
3.3 PROCEDIMENTO	61
3.3.1 APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	62
3.3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	62
3.3.3 ENTREVISTA DEVOLUTIVA E PSICOTERAPIA.....	63
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
4.1 PARTE 1 – ANÁLISE INDIVIDUAL.....	66
4.2 PARTE 2 – ANÁLISE GERAL	107
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
6 REFERÊNCIAS	123

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Roteiro de Avaliação do Teste de Relações Objetais de Phillipson (TRO)

ANEXO II - Folha de Resumo – Entrevista Clínica (EDAO)

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Percentual de homens e mulheres candidatos ao transplante cardíaco encaminhados à avaliação psicológica em 2007..... 26
- Figura 2 – Percentual de homens e mulheres candidatos ao transplante cardíaco encaminhados à avaliação psicológica em 2008..... 26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Doadores Viáveis e Potenciais no Estado de São Paulo (entre 2004 e 2008)	23
Quadro 2	Lista de Espera por Transplante de Órgãos (dados de 2008).....	24
Quadro 3	Quantificação dos Setores Adaptativos A-R (Afetivo-Relacional) e Pr (produtividade) – Pontuação conforme adequação.....	53
Quadro 4	STID das candidatas ao enxerto investigadas	115
Quadro 5	Classificação Diagnóstica de mulheres candidatas ao TC	117
Quadro 6	Respostas atribuídas aos setores A-R e Pr	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Pacientes Candidatos ao Transplante Cardíaco Encaminhados à Avaliação Psicológica no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) nos últimos anos	25
----------	---	----

LISTA DE SIGLAS

ADOTE – Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos
A-R – Afetivo-Relacional
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BDI – Inventário de Depressão de Beck
CCC – Cardiomiopatia Chagásica Crônica
CDI – Cardioversor-Desfibrilador Implantável
CFM – Conselho Federal de Medicina
CMD – Cardiomiopatia Dilatada
CMPP – Cardiomiopatia Periparto
CNDCO's – Central de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos
DMID – Diabetes Melito Insulino-Dependente
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
Eco 3D – Ecocardiograma Tridimensional
EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IC – Insuficiência Cardíaca
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IDPC – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
M-P – Marca-Passo
Or – Orgânico
Pr – Produtividade
S-C – Sócio-Cultural
SNT – Sistema Nacional de Transplante
STID – Sistema Tensional Inconsciente Dominante
TC – Transplante Cardíaco
TRO – Teste de Relações Objetivas de Phillipson
VE – Ventrículo Esquerdo

INTRODUÇÃO

1.1 O TRANSPLANTE CARDÍACO (TC)

O sucesso dos transplantes pode ser considerado um dos grandes feitos da Medicina neste século. Trata-se de um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente (receptor), por outro órgão ou tecido saudável de um doador vivo (no caso de transplantes de órgãos duplos) ou morto, entendendo-se como órgãos: coração, pulmão, rins, fígado, pâncreas, intestino, mão. Recomendado como substituição de um problema de saúde incontrollável por outro com controle, o transplante cardíaco é indicado quando todas as demais terapias foram consideradas ou excluídas, representando a única alternativa de sobrevivência do paciente com insuficiência cardíaca (IC) terminal.

Os candidatos ao enxerto aguardam em fila de espera a chegada de um coração saudável, obtido de um doador com diagnóstico de morte encefálica, que continua vivo por meio de aparelhos.

Na cirurgia de TC, o receptor é anestesiado (sob anestesia geral), faz-se uma incisão no osso do peito (esterno). O sangue do paciente é desviado através de tubos para uma máquina de circulação extracorpórea, para mantê-lo oxigenado e circulando. Geralmente, o coração enfermo é removido e, o saudável, suturado no local. Existem duas técnicas cirúrgicas para a realização do TC:

- Transplante ortotópico: o coração doente é removido e em seu lugar é implantado um órgão saudável, retirado de um doador,
- Transplante heterotópico: o coração do doador é implantado sobre o órgão nativo com a finalidade de auxiliar no bombeamento do sangue. Concluída a cirurgia, o paciente terá dois corações, o seu doente e o do doador saudável.

A técnica de transplante heterotópico é utilizada em situações em que o coração danificado não pôde ser removido como, por exemplo, nas situações em que a pressão do sangue nas artérias dos pulmões é anormalmente elevada e não mostra tendência de queda aos níveis normais. Nesse caso, o transplante convencional (ortotópico) não terá sucesso, pois o coração do doador não estará preparado para enfrentar essa pressão elevada. Após implantado, o coração é denervado, não tendo conexão com o sistema nervoso do organismo. Isso acontece porque não há condições de serem refeitas as conexões nervosas, de dimensões microscópicas.

1.1.1 DADOS HISTÓRICOS E ESTATÍSTICOS DO TC

De acordo com dados do Ministério da Saúde, no Brasil, as doenças do aparelho circulatório lideram o *ranking* da mortalidade. Na faixa etária dos 30 a 69 anos, as doenças cardiovasculares respondem por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva.

Atualmente, os resultados do TC indicam a possibilidade de aumento de sobrevida do enxertado que, de outro modo, iria a óbito. Em aproximadamente 80% dos transplantes de coração hoje realizados, os pacientes estão vivos dois anos após a cirurgia. O principal problema do TC, como ocorre em transplantes de outra ordem, é a rejeição do órgão enxertado: se controlada, a sobrevida do paciente pode ser aumentada, em média, em até 10 anos.

Em 1974, grandes alterações no índice de sobrevida foram atribuídas à introdução da técnica de biópsia endomiocárdica para monitorização da rejeição.

Outro avanço nos resultados de sobrevida, foi conquistado com a introdução da *ciclosporina*, em 1980, medicamento com maior agente imunossupressor. No entanto, a necessidade de imunossupressão (enfraquecimento induzido do sistema imunológico a fim de evitar a rejeição do órgão transplantado) torna o receptor susceptível à infecções, sendo essas responsáveis pelo aumento da morbimortalidade após o transplante, mesmo com a utilização de modernos antimicrobianos.

Visando maior proteção dos receptores imunodeprimidos, utilizava-se como método o isolamento protetor, como medida preventiva no cuidado ao paciente. Esse isolamento compreendia o uso de quarto privativo e, a equipe de saúde, paramentava-se com avental, máscara, propés e gorro em adição às precauções universais já estabelecidas. A partir de 1997, houve a descontinuidade do uso do isolamento e, surpreendentemente, não se observaram diferenças na incidência de infecções, dado fundamental para orientação de protocolos (Boaz & Nesralla, 2006).

Apesar de ainda não existirem meios totalmente eficazes para evitar a rejeição do órgão pós-enxerto, muito já se pesquisou neste campo. As expectativas são de que, nas próximas décadas, o problema possa, finalmente, ser controlado.

Com o avanço dos imunodepressores (drogas utilizadas no tratamento de doenças auto-imunes), todo o processo pós-operatório foi modificado ao longo do tempo: o período de internação e reabilitação após o transplante cardíaco foi reduzido.

Os progressos da Medicina Cardiológica, quanto aos equipamentos e procedimentos utilizados no diagnóstico de uma cardiopatia, foram significativos, principalmente, nos últimos quarenta anos. Um dos mais recentes avanços na Cardiologia se deu com a utilização do Ecocardiograma Tridimensional (eco 3D) na

da ultra-sonografia cardíaca¹, que possibilitou a projeção da imagem do coração em movimento observado em três dimensões, a partir das quais o cardiologista pode efetuar cortes em diferentes planos da imagem e estudar estruturas internas com precisão. Assim, o cirurgião recolhe dados diferenciais para planejar a melhor intervenção para o paciente, verifica o funcionamento de próteses antes do término da cirurgia, além de efetuar correções mais complexas exigidas por cardiopatias congênitas.

Em 1967, um paciente da Cidade do Cabo, África do Sul, realizaria o primeiro transplante de coração do mundo, concretizado por Christian Bernard. A técnica tornou-se, então, um marco na história da Medicina, principalmente por favorecer o desenvolvimento de pesquisas que objetivavam investigar aspectos da rejeição, dos medicamentos e sobrevida no pós-operatório.

Nos últimos anos, notadamente a partir de 1997 (ano em que foi sancionada a “lei dos transplantes”²), o número de enxertos cresceu de forma quase linear.³

No Brasil, houve um aumento de 44% no número de transplantes proporcional à população, entre 2001 e 2007. A taxa, que era de 56,4 transplantes por milhão de habitantes, passou para 81. Por outro lado, o número de doadores falecidos teve um crescimento de, apenas, 8,2% no período. Em 2007, do total de casos em que a doação não ocorreu, 34,7% tiveram origem na recusa familiar; 42,2% na contra-indicação médica; 4,5% na morte encefálica não confirmada; e 0,5% na infraestrutura inadequada. Outros motivos responderam pelos 18,1% restantes⁴.

¹ Fonte: Revista Gol n. 51 – Junho/2006

² Lei nº9.434/97, regulamentada pelo Decreto Federal nº 2.268/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

³ Fonte: ABTO – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2008.

⁴ ABTO – Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2008.

Atualmente, o Brasil tem o maior serviço de transplantes do mundo com financiamento público, e ocupa a terceira posição na lista dos países mais preparados para a cirurgia, depois dos Estados Unidos e China.

O estado de São Paulo atingiu recorde histórico em 2008 quanto ao transplante de órgãos. Foram contabilizadas 1.386 cirurgias, número que supera em 23% o total do ano de 2007. Em 2008, até a primeira quinzena de dezembro, houve no Estado 451 doadores viáveis (que tiveram pelo menos um órgão aproveitado para transplante) e 2.208 potenciais doadores⁵.

Quadro 1 – Doadores Viáveis e Potenciais no Estado de São Paulo
(entre 2004 e 2008)

	2004	2005	2006	2007	2008
Doadores Viáveis	431	366	376	376	451
Doadores Potenciais	1.692	1.533	1.719	1.965	2.208

De acordo com dados do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) do Ministério da Saúde, o Brasil tem, hoje, uma lista de espera de 68 mil pacientes que precisam de algum transplante, sendo que, ao ano, são realizadas apenas 15 mil cirurgias desta natureza. Há uma lista nacional com a demanda por doações.

⁵ Secretaria de Estado da Saúde, 2008.

Quadro 2 – Lista de espera por transplante de órgãos – dados de 2008⁶

	Coração	Córnea	Fígado	Pulmão	Pâncreas	Rim	Rim/ Pâncreas	Total
Acre	0	0	0	0	0	6	0	6
Alagoas	3	347	0	0	0	595	0	1.030
Amapá	0	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas	0	610	0	0	0	375	0	985
Bahia	0	854	239	0	0	2.694	0	3.846
Ceará	16	1786	184	0	2	488	0	2.476
Distrito Federal	10	1481	0	0	0	548	0	2.048
Espírito Santo	4	504	24	0	0	1.017	3	1.555
Goiás	12	2680	0	0	0	656	5	3.358
Maranhão	0	614	0	0	0	843	0	1.458
Mato Grosso	2	425	0	0	0	824	0	1.252
Mato Grosso do Sul	14	141	0	0	0	312	0	468
Minas Gerais	21	3031	258	0	59	3.545	55	7.025
Pará	4	876	0	0	0	826	0	1.706
Paraíba	2	126	20	0	0	576	0	726
Paraná	98	1637	402	0	16	2.517	25	4.720
Pernambuco	14	1514	354	0	0	2.250	0	4.140
Piauí	2	672	0	0	0	467	0	1.142
Rio de Janeiro	16	3243	1110	7	29	3.514	0	7.919
Rio Grande do Norte	3	451	11	0	0	870	0	1.336
Rio Grande do Sul	45	1492	389	69	18	1.855	75	4.018
Rondonia	0	4	0	0	0	0	0	4
Roraima	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Catarina	10	1339	99	0	0	304	0	1.756
São Paulo	105	1829	3415	82	34	9.436	384	15.285
Sergipe	0	375	0	0	0	271	0	647
Tocantins	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	381	26031	6505	158	158	34789	547	68906

O Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo (IDPC), fundado em 1954, além do trabalho de assistência clínica e cirúrgica, é também reconhecido internacionalmente pelo desenvolvimento de técnicas diagnósticas e terapêuticas de

⁶ Roraima e Tocantins não possuem CNCDO's (Central de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos) e Amapá ainda não possui pacientes em lista de espera por não ter serviços de transplantes credenciados.

ponta e pesquisas referentes à medicina cardiológica. O setor de Psicologia do IDPC, é responsável pelo atendimento global à saúde dos pacientes cardiopatas, desempenhando o trabalho de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde dos encaminhados. O trabalho do setor visa, principalmente, a melhoria da saúde mental do cardiopata, aderência ao tratamento e qualidade de vida da população.

Foram realizados, no período de novembro de 1991 a agosto de 2000, 80 transplantes cardíacos no referido instituto. Houve predomínio do sexo masculino de 70% dos casos de enxerto (Assef, Valbuena, Neves, Correia & Vasconcelos, 2001).

Atualmente, mantém-se as diferenças percentuais significativas entre os sexos nos casos de enxerto. O número de homens que receberam indicação ao procedimento, encaminhados à avaliação psicológica nos dois últimos anos no IDPC, é o dobro do número de mulheres candidatas no mesmo período.

Tabela 1 - Pacientes candidatos ao TC encaminhados à avaliação psicológica no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) nos anos últimos anos.

	2007	2008
HOMENS	81	58
MULHERES	40	24
Total	121	82

Figura 1 – Percentual de homens e mulheres candidatos ao TC encaminhados à avaliação psicológica no IDPC em 2007

Figura 2 – Percentual de homens e mulheres candidatos ao TC encaminhados à avaliação psicológica no IDPC em 2008

1.1.2 O PACIENTE CANDIDATO AO TC E O DOADOR: INDICADORES REAIS E LEGAIS, FANTASIAS E CRENÇAS

O transplante hoje, considerado procedimento rotineiro, tornou-se vítima do próprio sucesso. A melhoria conquistada nos resultados do TC estimulam cada vez mais seu emprego, levando a uma crescente escassez da oferta de órgãos cadavéricos. Isto representa uma séria ameaça à expansão dos benefícios da transplantação para todos os necessitados.⁷ O procedimento sempre gerou questionamentos éticos e discussões, que compreendem desde a retirada do órgão até o momento em que a morte é constatada, para que seja iniciado.

A retirada de um órgão exige uma seqüência de medidas, iniciada com a autorização prévia da família até o transporte do órgão ao local onde está o paciente receptor. Após a doação, não há mais controle ou interferência da família do doador sobre as etapas subseqüentes.

A política nacional de transplante de órgão e tecido, fundamentada na Legislação (Lei n º 9434/97 e n º 10.211/01), tem como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência com relação aos receptores e não maleficência com relação aos doadores vivos. Estabelece também garantia e direitos aos pacientes que necessitam do referido procedimento e regula autorizações de funcionamento de equipes e instituições.

Lei n º 9434/97

Art. 3º - A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento, deverá ser precedida de diagnóstico de

⁷ Fonte: Medicina Online, 1999. www.medonline.com.br

morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.⁸

Art. 10º - O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

§ 1º - Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida da sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais.

Art. 13º - É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorreu, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.

A definição de morte passou, não só por transformações de ordem conceitual, mas também jurídica acarretando, fundamentalmente, no problema de se obter consenso quanto ao momento em que pode ser determinada. Os debates em relação ao momento exato da morte surgem, em grande parte, da dificuldade de definição do que seria o fim de uma vida.

Neste momento, é apresentada uma das questões mais delicadas da Medicina: o conceito de morte.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) acredita que a sociedade ainda não está devidamente preparada e familiarizada com o tema. Encontra-se muita resistência para a doação e podem ser geradas na família do possível doador uma

⁸ O Conselho Federal de Medicina também autoriza a presença de um médico de confiança da família no ato da comprovação e constatação de morte encefálica.

série de questões fundamentais para a negativa em autorizar o transplante, como dúvidas, angústias e receios.

Os próprios médicos consideram certa confusão por parte dos parentes de vítimas internadas, atribuída ao desconhecimento dos procedimentos envolvidos na situação. Segundo a classe, o familiar de um paciente que chega ao hospital em estado grave pode imaginar que não haverá empenho em salvar a vida de seu parente e que os médicos, talvez, passem a considerar as possibilidades de se retirar um órgão daquela pessoa (Sousa & Furhmann, 2006).

No entanto, os requisitos para que um cadáver seja considerado doador são claros⁹:

- Ter identificação e registro hospitalar;
- Ter a causa do coma estabelecida e conhecida;
- Não apresentar hipotermia (temperatura do corpo inferior a 35°C), hipotensão arterial ou estar sob efeitos de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central;
- Passar por dois exames neurológicos que avaliem o estado do tronco cerebral. Esses exames devem ser realizados por dois médicos não participantes das equipes de captação e de transplante;
- Submeter-se a exame complementar que demonstre morte encefálica, caracterizada pela ausência de fluxo sanguíneo em quantidade necessária no cérebro, além de inatividade elétrica e metabólica cerebral;
- Estar comprovada a morte encefálica. Situação bem diferente do coma, quando as células do cérebro estão vivas, respirando e se alimentando, mesmo que com dificuldade ou um pouco debilitadas.

⁹ Fonte: Ministério da Saúde, 2008

O roubo de órgãos também é motivo para disseminar preconceitos e trazer mais problemas a tal situação: pode afetar o imaginário das pessoas, reforçando crenças e fantasias que permeiam, principalmente, àqueles envolvidos no dilema do transplante. Parentes e familiares, no momento em que recebem a notícia de morte encefálica do enfermo, já são convocados a decidir sobre a doação ou não de órgãos a serem futuramente transplantados.

O ser humano, enquanto sujeito de direitos, de acordo com o artigo 6º do Código Civil Brasileiro (Pinto, Windt & Céspedes, 2005), deixa de existir com a morte e a doutrina jurídica dispõe sobre o assunto: o momento da morte será diagnosticado com a paralisação da atividade cerebral circulatória e respiratória (Venosa, 2005), corroborando o disposto no artigo 3º da lei nº 9434/97.

O CFM, considerando a lei nº 9434/97, define os critérios para a determinação de morte encefálica reconhecendo sua “irreversibilidade”, autorizando legal e eticamente o médico a retirar o suporte terapêutico utilizado até o momento de sua determinação.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1983, estabeleceu seu critério de morte encefálica baseado na constatação clínica de um coma aperceptivo, ausência de reflexos ou movimentos supra-espinais. A responsabilidade em determinar a cessação irreversível da atividade cerebral cabe ao médico neurologista.

A Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos (ADOTE), define a morte encefálica como a morte da pessoa, causada por uma lesão do encéfalo após traumatismo craniano, tumor ou derrame, com a interrupção irreversível das atividades cerebrais, já que o cérebro comanda as atividades do corpo e, sem ele, os demais órgãos e tecidos também morrem.

Todas as definições citadas, além da importante distinção entre morte cerebral (na qual se perde a consciência da respiração, que permanece funcionando de maneira “automática”) e encefálica (que atesta a lesão encefálica irreversível, o centro respiratório é danificado e a vida pode ser mantida apenas com o emprego de instrumental tecnocientífico) dificultam o consenso atribuído ao tema e, conseqüentemente, prejudicam a doação.

Uma pesquisa realizada em 2006 pela Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia, demonstrou que somente 19,1% dos médicos investigados se sentiam seguros em realizar o exame clínico de morte encefálica; 52,8% acreditavam os aparelhos de suporte a vida não deveriam ser desligados após o diagnóstico de morte encefálica, e 26,1% identificaram a necessidade de comunicar a Central de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos (CNCDO's), o que é compulsório por lei.¹⁰

Os resultados não satisfatórios obtidos com o TC em sua fase histórica inicial, acarretaram na inserção de rigorosos critérios de seleção de candidatos ao procedimento cirúrgico. As conquistas importantes neste campo possibilitaram evoluções quanto à técnica de enxerto e manipulação de novos medicamentos no pós-operatório, permitindo que tais critérios fossem amenizados/flexibilizados (Pereira, 2004).

Geralmente, os pacientes candidatos ao enxerto podem ser incluídos em dois grupos:

- com danos irreversíveis causados pela doença das coronárias sob forma de múltiplos ataques cardíacos,
- com a doença do músculo propriamente dito (cardiomiopatia).

¹⁰ Lei nº 9434

Em ambas, o coração perde seu vigor contrátil. Ocasionalmente, podem ocorrer outras maneiras de comprometer a função cardíaca. É o caso de anormalidades adquiridas ou congênitas das válvulas ou de outras estruturas, ou mesmo em condições raras, como a presença de tumores no coração.

Para que receba uma indicação ao transplante, inicialmente, o paciente em estágio final de insuficiência cardíaca (IC) se submete a exames complementares, no intuito de se descartar qualquer doença associada que possa atuar como fator de risco para sua sobrevivência.

Podem ser considerados fatores de risco a constatação de um câncer ou de distúrbios mentais que comprometem a compreensão dos procedimentos e o cumprimento do protocolo pré e pós-cirúrgico, além dos fatores psicossociais que podem impedir a adesão do paciente ao rigoroso regime médico imposto pelo TC (Pereira, 2004).

Pesquisas no campo da Psiquiatria mostram que mais de 70% dos programas de transplante no mundo reconhecem como critérios de exclusão ao procedimento no momento da avaliação: quadro de esquizofrenia com sintomas psicóticos agudos, ideação suicida, histórico de tentativas de suicídio, demência, retardo mental severo, abuso de álcool e outras dependências químicas (Levenson & Olbrisch, 1991).

Geralmente, é recomendado a pacientes com insuficiência cardíaca terminal (IC) causada por: doença da artéria coronária, cardiomiopatia (espessamento das paredes do coração), doença da válvula cardíaca com insuficiência cardíaca congestiva, doença cardíaca congênita grave. Pode não ser recomendado para pacientes com doença hepática, pulmonar ou renal; diabetes melito insulino-dependente (DMID) e outras doenças que ponham a vida do mesmo em risco com o procedimento.

1.2 ESTADO DA ARTE NA PESQUISA DE TRANSPLANTE CARDÍACO E PSICOLOGIA APLICADA À CARDIOLOGIA

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte. Os óbitos no mundo ocorrem, em ordem, por doenças cardiovasculares, infecções respiratórias, diarreias, Aids, tuberculose, cânceres de pulmão e acidentes de trânsito.

A perspectiva de vida de pacientes com IC de qualquer causa é encurtada em cerca de 20%.

Quando um paciente é indicado a um transplante de coração, é porque todos os procedimentos que visavam reverter o quadro de insuficiência cardíaca (IC) foram realizados e não obtiveram o sucesso esperado. Seria, então, o último recurso/procedimento possível àqueles que se deparam com o estágio final de IC, em situações onde as causas não podem ser tratadas clinicamente ou através de operações convencionais.

A IC pode ocorrer a partir da evolução de diferentes cardiomiopatias e atingir o seu estágio final, momento da indicação ao enxerto.

A cardiomiopatia afeta pessoas de todas as idades e é considerada uma doença do músculo cardíaco, com variedade de causas, sintomas e tratamentos. Sua progressão ocasiona enfraquecimento do coração, tornando-o menos capaz de bombear o sangue pelo corpo, o que pode resultar em IC, arritmias, acúmulo de fluídos nos pulmões e pernas e, mais raramente, em endocardite (inflamação do revestimento interior liso do coração). A mais freqüente é a Cardiomiopatia Dilatada (CMD), doença primária do músculo cardíaco com dilatação e alteração da função contrátil do ventrículo esquerdo (VE) ou de ambos.

Uma das maiores causas de óbito por IC, na América Latina (e para a qual não há tratamento eficaz), é a Cardiomiopatia Chagásica Crônica (CCC). Caracterizada por infecção do protozoário *Trypanosoma Cruzi*, pode destruir o miocárdio e resultar em cardiomegalia e insuficiência cardíaca congestiva (ICC), levando à óbito. Nos casos em que a morte súbita em pacientes de CCC é causada por taquicardia ou fibrilação ventricular, o cardioversor-desfibrilador implantável (CDI) tem sido usado como tratamento de arritmias. No entanto, a CCC pode evoluir para a forma terminal de CMD e o transplante ser a única opção terapêutica.

A ausência de consenso quanto à definição do momento exato em que a morte ocorre talvez não seja um problema central do transplante.

Fantasias e crenças relacionadas ao órgão, ou ao doador, podem também interferir significativamente, tanto no momento da doação, quanto na aceitação do candidato ao procedimento. Podem rondar a família do doador, já que um futuro paciente irá “carregar” parte do corpo de seu ente querido. No caso do TC, o coração continuará exercendo sua função em uma outra pessoa, o que poderá desencadear a crença de que o receptor estará vinculado a esta família. Não permeiam apenas a família do doador, mas também aquele que recebe o órgão.

Sendo o coração um órgão carregado de simbologia, fantasias podem se voltar à perda da alma, dos sentimentos, do centro da existência.

A recusa a um transplante de coração atinge 10% dos candidatos ao procedimento. Estão entre as razões desta o medo de morrer e as falsas crenças ligadas ao órgão, já que a recusa praticamente não existe quando envolve outros órgãos, como rins e fígado (Westin, 2006).

As preocupações verbalizadas pelo paciente sobre o enxerto podem compreender: medo de transformar-se em outra pessoa; de adquirir deformidade

física; medo de submeter-se a um procedimento antinatural; medo de mudar de sexo caso o doador seja do sexo oposto; medo de receber o coração de um travesti; medo de o enxerto ser de tamanho menor; medo de converter-se em um abutre esperando que alguém morra ou de contrair uma dívida impagável e ser dependente de outro ser humano (Pereira, 2002).

Neste ponto caberia salientar as implicações de ordem psicológica no caso dos transplantes: assim como pode haver uma rejeição física também pode haver uma rejeição psíquica do paciente. Deve-se considerar a necessidade de um período de elaboração sobre o que se está passando, pois há a possibilidade de que ocorra uma dificuldade da pessoa para integrar um órgão que não é dela. Pode surgir, ainda, um sentimento de perda da integridade ou de culpa em relação ao doador: o paciente estará vivo as custas de alguém que morreu (Torres, 2003).

Esta seria a morte psíquica, na qual a percepção psicológica da morte antecede a morte biológica. O enfermo toma consciência do escoamento progressivo de sua vida, habitualmente após receber a notícia de ser portador de uma enfermidade incurável. Neste caso, a maior dificuldade do conceito de morte psíquica se refere à identidade estabelecida entre a morte e o processo de morrer (Batista & Schramm, 2004).

1.2.1 INVESTIGAÇÕES SOBRE A DINÂMICA EMOCIONAL DE MULHERES CANDIDATAS AO TRANSPLANTE DE CORAÇÃO

O conhecimento alcançado com o crescimento de pesquisas na área da saúde, possibilitou uma diversidade de investigações referentes ao estado emocional de pacientes acometidos por uma enfermidade. Estudos relacionam Psicologia e Cardiologia, tanto pela tentativa de compreender de maneira mais precisa a relação emoção/coração, quanto pelo fato de que, hoje, as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo.

São inúmeras as discussões acerca das relações existentes entre perturbações emocionais e doenças do coração. Enfocando os Transtornos de Ansiedade - DSM-IV (Dornelles, 2002), um estudo sobre o psicodiagnóstico compreensivo em pacientes cardiopatas revelou a importância do diagnóstico nessa população, obtido a partir do emprego do método clínico aos casos, utilizando-se instrumentos como Inventário de Depressão de Beck (BDI), de Ansiedade Traço – Estado (IDATE) e técnicas projetivas. Os dados foram avaliados a respeito de defesas, conflitos e relações objetais das pacientes e as medidas interventivas seguiram o modelo de psicoterapia breve (Saes & Tardivo, 2001).

A enfermidade física pode alterar o equilíbrio psicológico dos pacientes por propiciar toda uma série de experiências estressantes durante seu curso. A doença representa sempre uma ameaça, potencial ou concreta, à integridade física. Promove sofrimento, complicações futuras e ameaças de destruição; mobiliza reações de angústia, ansiedade e depressão, perante as quais os indivíduos utilizam-se de defesas nem sempre eficientes para contê-las. (Mello Filho, 1978; Haynal & Pasini, 1980).

A comparação entre fatores psicológicos, observados no pré-operatório, e os resultados obtidos no pós-operatório do transplante cardíaco, em parâmetro como morbidade e mortalidade, tem sido foco de interesse atual em pesquisas (Pereira, 2004).

Embora estejamos nos debruçando em cardiomiopatias que podem atingir tanto a homens quanto a mulheres, a maioria das pesquisas apontam para o estado emocional de ambos.

Por muitas décadas, sustentou-se a crença de que a doença cardiovascular estava ligada ao sexo masculino. Hoje, sabe-se que, uma vez evidenciada a doença, a mulher tem prognóstico pior quando comparado ao do homem, já que 40% de todos os eventos coronarianos no sexo feminino são fatais. Além disso, 67% das mortes súbitas de origem coronariana ocorrem em mulheres que não apresentam qualquer manifestação prévia de cardiomiopatia. Apesar dos avanços tecnológicos, a doença cardiovascular é a maior causa de óbito entre as mulheres (Smanio, 2007).

O número de mulheres transplantadas no mundo não excede a 20% e não há estudos que contemplem os motivos que levam à diferença considerável de enxertos realizados/sexo. Atribui-se um menor número de indicações pelo fato destas desenvolverem uma doença cardíaca tardiamente e por suportarem melhor os sintomas da insuficiência cardíaca. No entanto, a mulher parece recusá-lo mais prontamente (Pereira, 2004).

Durante o período reprodutivo, o aumento do hormônio feminino, associado às oscilações do ciclo menstrual, favorece o relaxamento das artérias, mantendo mais estável o funcionamento do sistema cardiovascular.

As doenças do coração matam mais mulheres que a somatória de mortes por derrame cerebral, câncer de mama e doença pulmonar crônica. Embora o pico de

acometimento de infarto agudo do miocárdio (IAM) nas mulheres seja cerca de dez anos mais tarde com relação ao homem, o risco de morte é maior¹¹. Este “atraso” no surgimento da doença pode ser atribuído à função protetora do estrogênio, que retarda o processo da aterosclerose na mulher em idade reprodutiva, sendo que o processo seria rapidamente evoluído após a menopausa.

O diagnóstico de cardiopatia é objeto de sensibilização emocional por tratar-se de uma doença que envolve um órgão vital, carregado de elementos simbólicos (Andreis, 2004).

1.2.2 O CORAÇÃO

Carregado de simbologia, inúmeros significados são atribuídos ao coração. Relacionado freqüentemente às emoções, sua simbologia atravessa toda a história da humanidade.

Na Antiguidade, o coração representava a imortalidade e o poder. Em um papiro descoberto em Tebas em 1862, é descrito como o centro de um sistema de vasos que se estendiam para a periferia do corpo, além de correlacionar o pulso à função do coração (Acierno, 1994). Os gregos estabeleceram a liberdade de pensamento particularmente na abordagem de doenças, separando-as dos aspectos religiosos e mágicos. A escola hipocrática descreve o coração como uma massa muscular firme, ricamente suprida por fluidos, com a forma de uma pirâmide e envolto por uma membrana, com quatro cavidades. Já Aristóteles (384-322 a.C.) o descreve com três cavidades, de forma arredondada e com ponta em seu fim

¹¹ Registro Nacional do Infarto do Miocárdio - EUA

(Nager, 1993; Vinken, 2000). Com o surgimento do Cristianismo (Boyadjian, 1980), o coração e sua simbologia tomam uma nova dimensão e o apogeu coincide com o culto ao Sagrado Coração de Jesus, que se tornou símbolo da bondade e da caridade cristãs (Prates, 2005).

Os significados dirigidos ao coração não o caracterizam apenas enquanto sua função vital orgânica. Existe uma dimensão psíquica que lhe é conferida.

Analisando a literatura no que concerne às fantasias e crenças ligadas ao órgão, podemos encontrar definições que as ilustram e que não correspondem, apenas, à sua real função.

Coração s.m. (lat. Cor). 1. Órgão muscular oco, situado no tórax, que constitui o elemento motor central da circulação do sangue. 2. Fig. Peito, tórax, a parte anterior do corpo humano em que se fazem sentir as pulsações cardíacas. 3. Qualquer objeto com a forma estilizada deste órgão. 4. Fig. Conjunto das faculdades emocionais; sede da afetividade da consciência. 5. A parte emocional de uma pessoa, por oposição à intelectual. 6. Caráter, índole. 7. Fig. Parte central, mais importante ou mais interna de alguma coisa ou de algum lugar. Méd. Coração Artificial, aparelho destinado a assegurar a circulação do sangue quando é necessário isolar do circuito sanguíneo o coração natural para submetê-lo a uma intervenção cirúrgica. Coração de Atleta, hipertrofia do coração por excesso de exercício (Ferreira, 2005, p. 267).

Coração *sm* 1 Por ext. Peito. Ex: Apertou-a junto do coração. 2 *Fig.* Amor, afeto, afeição. Ex: Ofereço-lhe este presente de todo o coração. A: desamor. 3 *Fig.* caráter, índole, temperamento. Ex: Tem o coração frio. 4 *Fig.* amado, querido, tesouro. Ex: Está com saudades do seu coração. 5 *Fig.* ânimo, coragem, valor. Ex: Não tem coração para lutar. A: desânimo. 6 *Fig.* centro, interior, âmagô. Ex: Vivemos no coração do nosso país (Polito, 1994, p. 159).

Inúmeras definições religiosas, filosóficas e mitológicas afirmam que o coração é o centro de nossas emoções, centro da vida, sendo este visto como símbolo universal (Romano, 1990).

A ligação psiquismo/coração persiste e orienta pesquisas atuais e, por ser indefinida a natureza desta ligação, continuam tentando buscá-la e definí-la precisamente (Romano, 2001).

Sabe-se, no entanto, que as áreas relacionadas com os processos emocionais ocupam distintos territórios do cérebro, destacando-se entre elas o Hipotálamo, a área Pré-Frontal e o Sistema Límbico. Constituem uma classe de fenômenos que, sentidos como internos, podem trazer, concomitantemente, manifestações ou sinais externos, somáticos e comportamentais. Este é o ponto de conexão que se pode estabelecer entre a fisiologia cerebral e a subjetividade das emoções. Aquilo que se chama de face oculta do processo emocional, são os aspectos somente percebidos pelo indivíduo e, muitas vezes, nem por ele mesmo, são inconscientes. Inconscientes também são elementos que chegam do mundo interno do sujeito, como desejos e fantasias, além de mecanismos de enfrentamento, adaptação ou defesa, lançados mão pelo indivíduo como parte do comportamento emocional (Mello Filho, 1978).

A capacidade de simbolizar foi desenvolvida pelo homem devido sua necessidade de se expressar, no entanto, pouco tem a ver com o coração anatômico, está relacionada ao órgão como centro da vida, da coragem e da razão (Prates, 2005).

O paciente candidato ao transplante cardíaco pode, então, enfrentar uma situação de luto gerada por perda real ou fruto de sua fantasia. Faz-se necessário, portanto, o estudo do luto para a compreensão da dinâmica emocional dos mesmos.

1.2.3 A TEORIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS: POSIÇÕES VISCOCÁRICA, ESQUIZOPARANÓIDE E DEPRESSIVA

O medo da morte é a mais fundamental de todas as angústias (Klein, 1991). O instinto de morte (sadismo) é predominante na experiência do nascer, além de existir uma relação de objeto (seio) desde o início. Nos primeiros momentos da vida, em plena angústia derivada do instinto de morte, a destrutividade será projetada ao peito materno e as primeiras formas de funcionamento mental serão as fantasia inconscientes; o bebê sente a possibilidade de se aliviar da angústia de aniquilamento, depositando o que é ruim neste objeto e, esta relação irá definir um seio bom - aquele que nutre, supri as necessidades do bebê – e um mau (persecutório, que quer atacar o bebê, o que frustra e não acalma). As defesas, nesta fase, são a projeção e introjeção. Numa fase posterior, o objeto pode ser percebido como único, total, na qual origina-se a culpa por ter atacado, inicialmente, o objeto mau que também era bom. Alteram-se as defesas e a angústia não é mais persecutória (medo do aniquilamento do ego), mas sim depressiva, que caracteriza o medo da perda do objeto amado (Klein, 1991).

As posições delineadas por Melanie Klein, supracitadas, correspondem a esquizoparanóide e depressiva, respectivamente (Klein, 1997a).

A posição viscocárica (Rosa, 1995) descrita inicialmente como posição gliscrocárica (Bion, 1988) sugere, no entanto, que partes do *self* ficam aglutinadas. Não há diferenças entre eu e não-eu, apresentando fusões de objetos bons e maus e de fases do desenvolvimento da personalidade. Implica em estados confusionais, em perda ou ausência de discriminação entre objetos bons e maus (Klein, 1991; Rosenfeld, 1950), e em uma regressão a partir da posição esquizoparanóide.

Questões são levantadas quanto à incompatibilidade entre a convicção de Freud de que a morte não pode ser representada no inconsciente e o que é observado na clínica em relação à necessidade, dos envolvidos em situação de enfermidade e mobilizados por dor intensa, de pensarem sobre a morte (Labaki, 2001). Este pensar pressupõe lidar com a perda, em lidar com a realidade imposta de que algo se perdeu neste corpo e uma nova situação será apresentada, fazendo presente a vivência de um luto.

Melanie Klein, utiliza-se das concepções de Freud, mas estrutura o trabalho de luto a partir de suas concepções teóricas. Diz que há uma íntima ligação entre o que Freud chamou de teste de realidade do luto normal e os processos arcaicos da mente. Através de sua apurada observação de crianças muito pequenas, verifica que estas enfrentam um estado de luto como o adulto e que, este “luto arcaico”, é revivido em cada situação posterior de pesar. O mundo externo à criança (o seio materno e tudo o que passa a representar na mente do bebê) relaciona-se às suas fantasias inconscientes e dão origem ao seu mundo interno. Diante da perda, as defesas das fases esquizoparanóide e depressiva são reativadas; revive-se a situação de luto anterior que irá determinar como o adulto lidará com a nova situação. O aumento de amor e confiança, acompanhado pela redução do medo através de experiências felizes, ajuda o bebê a vencer gradualmente sua depressão e sentimento de perda (luto), permitindo que este sua realidade interna através da realidade externa (Klein, 1997b).

O ego primitivo é amplamente desorganizado mas, de acordo com o crescimento psicológico e fisiológico possui, desde o início, uma tendência a integração (Segal, 1998). A base da saúde mental é a manutenção de uma personalidade bem integrada, capaz de desenvolver maturidade emocional, lidar

com emoções conflitantes, manter o equilíbrio entre a vida interna e se adaptar à externa, além de conquistar uma bem sucedida fusão de suas diferentes partes em um todo.

A integração das partes cindidas do eu requer um conhecimento dos impulsos, sentimentos, conflitos internos, que influenciam as atitudes em relação à realidade externa. O fato de algumas pessoas bem sucedidas passarem pela vida com certa leveza, não as livram do risco de adoecerem mentalmente, caso nunca tenham se defrontado com seus conflitos mais profundos (Klein, 1991).

Experiências primárias não prazerosas e falta de contato íntimo, aumentam a ambivalência, diminuem a confiança, esperança e confirmam as ansiedades sobre aniquilação interna e perseguição externa.

A posição depressiva arcaica reativada com uma perda, modifica-se e é, novamente, superada através de métodos semelhantes aos que foram usados na infância; o objeto amado é restaurado, os objetos bons internos são restabelecidos juntamente ao que é perdido, reconstrói-se o mundo interior, fazendo com que a pessoa vença seu pesar, volte a ter segurança, conquiste paz e harmonia. Já no luto anormal, não foram estabelecidos bons objetos internos na infância, o que dificulta o sentimento de segurança interior; em geral estas pessoas tornam-se mais inibidas, sentem-se incapazes de superar a perda, sentimentos amorosos são abafados e estimula-se o ódio, que restringe conexões com o mundo externo.

Podemos refletir a respeito do tema, não apenas sobre questões relacionadas ao diagnóstico de uma enfermidade, mas também ao prognóstico e continuidade de tratamento e cuidados posteriores do enfermo, dirigidos à manutenção de sua saúde.

Ansiedades podem despertadas pelo perigo proveniente da pulsão de morte que ameaça o organismo (Klein, 1994). Há no inconsciente um medo do aniquilamento da vida e, se presumirmos que há uma pulsão de morte, há também uma resposta natural a essa pulsão, que Klein apresenta da seguinte maneira: sendo a angústia resultado do trabalho interno da pulsão de morte, uma vez que a luta entre as pulsões de vida e morte persistem ao longo da vida, jamais será eliminada (Klein, 1991).

Através da constituição do mundo interno do bebê (colorido também por fantasias inconscientes), devido à projeção, o seio externo frustrador (mau) torna-se representante externo da pulsão de morte e, através da introjeção, ele reforça a situação de perigo internamente. Assim, os perigos externos são vivenciados à luz dos perigos internos e são intensificados. Esta interação continua a existir durante toda a vida.

Quando pacientes são colocados diante do temor da morte, podem ser reativados os perigos mais arcaicos de aniquilamento. As ansiedades arcaicas despertadas por este perigo externo levam a uma forte negação da situação objetiva de perigo, que pode se manifestar de diversas formas, como na aparente falta de medo e frieza. Se seguirmos esta idéia, vemos que a negação é uma das defesas mais arcaicas do desenvolvimento.

O diagnóstico de uma doença mortífera pode fazer emergir a idéia da morte de si, conjugada com todo o sofrimento e angústia daí resultantes somados, em alguns casos, ao sentimento de culpa. Quando o foco dessa experiência é a morte de si próprio, obriga o sujeito a desafiar sua potência elaborativa, já que acreditava-se protegido (Labaki, 2001).

Instaura-se algo paralisador no psiquismo após um diagnóstico de doença grave. É a constatação de que as bases de certeza em que o indivíduo se sustentava não existem mais, faziam parte de suas fantasias de imortalidade que, de certa maneira, o protegiam. Neste sentido, suas defesas são testadas e precisam desmoronar, as fantasias de retaliação tomam outra dimensão, tornando-se reais.

Ansiedades e defesas arcaicas, então, podem ser reativadas no paciente no momento da indicação a um transplante cardíaco. Assim, a avaliação de sua dinâmica psíquica será possível, identificando as relações objetais que dirigem soluções a sua enfermidade.

Neste sentido, é possível que um diagnóstico de doença grave faça emergir toda as angústias e defesas vivenciadas nas fases mais arcaicas do desenvolvimento, principalmente quando se trata do coração, carregado de simbologias, o órgão da vida.

1.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS INSTRUMENTOS

Os instrumentos apresentados a seguir, forneceram dados acerca da dinâmica emocional de pacientes candidatas a um transplante de coração, objetivo maior do presente estudo. Possibilitaram a compreensão das relações objetais estabelecidas pelas mulheres candidatas, identificando fantasias inconscientes, medos, sentimentos, desejos, mecanismos de defesa utilizados. Favoreceram a avaliação do nível de adaptação em situação de insuficiência cardíaca terminal e de submissão ao transplante.

1.3.1 TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS DE PHILLIPSON (TRO)

Elaborado por Herbert Phillipson em 1955, é rico como método de técnica projetiva e segue a Teoria das Relações Objetais de Melanie Klein. Através de análise baseada na Teoria Psicanalítica, nos auxilia na compreensão da psicodinâmica do sujeito, englobando conceitos da topologia (estrutura dos campos complexos isomórficos e seus infinitos vértices), de fenomenologia e da dialética hegeliana (Rosa, 1995).

A percepção das relações pessoais, influem na conduta de um indivíduo em determinada situação: o mundo interno das relações objetais determina as relações com o mundo externo (Phillipson, 1981).

Composto por treze lâminas – A1(1), A2(2), C3(3), B3(4), AG(5), B1(6), CG(7), A3(8), B2(9), BG(10), C2(11), C1(12) e Branca(13) – é solicitado ao paciente que relate histórias a partir do que vê, sendo convidado a falar sobre os personagens,

sobre o que aconteceu antes e depois naquele ambiente, sentimentos, e que, ao final de cada uma, elabore um título à história contada.

Depende única e exclusivamente do paciente a visão de figuras humanas estáticas ou em movimento, bem como a de animais ou seres inanimados, o que viabilizará a exploração da dinâmica de seu mundo interno e da natureza de suas relações objetais inconscientes, possibilitando também a modificação de vínculos patológicos e defesas.

É possível compreender o conceito de posição como uma constelação dinâmica da personalidade, que envolve características relativas à metapsicologia das relações objetais. Estas constelações compreendem manifestações de fantasias inconscientes através de desejos inconscientes, medos e sentimentos de angústia, de perseguição, confusão, depressão e mecanismos de defesa (Rosa, 1995).

O teste pode ser compreendido a partir da análise de conteúdos manifestos e latentes, o último, incluindo a identificação do Sistema Tensional Inconsciente Dominante – STID (Phillipson, 1981). O STID diz sobre sentimentos (medos, angústias, sentimentos de persecutoriedade e confusão), desejos inconscientes e mecanismos de defesa que emergem nas histórias contadas, podendo ser utilizado, também, o conceito de posição viscocárica na análise das histórias dirigidas às lâminas. Para a avaliação dos conteúdos manifestos, verifica-se:

- 1) Conteúdo Humano (personagens e relações);
- 2) Conteúdo de Realidade (cenários e detalhes),
- 3) Contexto de Realidade (efeitos do sombreado e da cor).

Avaliado de acordo com o modelo de relações objetais de Melanie Klein, o STID (conteúdo latente) é identificado partindo dos seguintes conceitos:

a) Posição Viscocária:

- Medos/Angústias/Sentimentos: angústia, confusão, hipocondria, perplexidade, embaraçamento, perseguição dos fragmentos do *self*.
- Desejos Inconscientes: fundir-se com o objeto bom e protetor, paralisar o objeto ou o próprio *self*.
- Mecanismos de Defesa: identificação adesiva, clivagem, imobilização, fragmentação, confusão, hostilidade ao objeto e desaparecimento do *self*.

b) Posição Esquizoparanóide:

- Medos/Angústias/Sentimentos: persecutoriedade interna ou externa, medo de aniquilamento e catástrofe, sentimentos de inveja do objeto bom, medo de progredir, autodesvalorização.
- Desejos Inconscientes: Proteger o *self* bom do aniquilamento, separar o bom objeto do mau, estragado e estragante.
- Mecanismos de Defesa: identificação projetiva, divisão, idealização e demais defesas contra o sentimento de inveja.

c) Posição Depressiva:

- Medos/Angústias/Sentimentos: depressão, culpa, luto pela destruição do objeto.
- Desejos Inconscientes: reparação do objeto estragado.
- Mecanismos de Defesa: defesas de reparação maníaca, negação, triunfo e controle onipotente.

No TRO, são apresentadas às pacientes 13 lâminas, sendo:

- LÂMINAS DA SÉRIE A : A1(1), A2(2), A3(8), AG(5)

Nesta série, encontramos lâminas sombreadas, pouco estruturadas, sem contorno definido. As lâminas da série A favorecem o aparecimento de necessidades primitivas de relações objetais e ansiedades.

- LÂMINAS DA SÉRIE B: B1(6), B2(9), B3(4), BG(10)

Com traços mais definidos, as lâminas da série B oferecem ao paciente pouca liberdade para interpretações. Podem mobilizar controles egóicos e defesas de caráter neurótico, menos primitivos.

- LÂMINAS DA SÉRIE C: C1(12), C2(11), C3(3), CG(7)

Acrescidas do estímulo cromático, as lâminas da série C podem mobilizar tanto sentimentos agressivos quanto de calor humano. São identificadas fantasias orais, anais, e genitais, além de sentimentos dirigidos ao terapeuta.

- LÂMINA BRANCA: Branca(13)

O paciente diante da Lâmina Branca pode mostrar aspectos da relação transferencial, bem como a maneira de sentir os seus problemas e de como gostaria de resolvê-los, satisfazendo, assim, suas necessidades internas.

Utilizando o conceito de Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID) e incluindo o conceito de posição viscocárica (Rosa,1995) na análise do TRO, seis lâminas são particularmente importantes para os objetivos desta pesquisa:

- Lâmina A1(1): Verifica como o paciente reage diante de uma nova situação. Recomendada em estudos que avaliam o prognóstico. (Phillipson, 1981; Ocampo, Arzeno & Grassano, 1981; Arzeno, 1983)

- Lâmina B3(4): Verifica a capacidade de enfrentamento de momentos angustiantes e sombrios, além de identificar mecanismos de projeção e introjeção.

- Lâmina AG(5): Utilizada para a análise do luto (Arzeno, 1983), verifica-se culpa persecutória ou depressiva, explora a capacidade de elaborar uma situação de perda, diferencia um ego comprometido de um adaptado.

- Lâmina BG(10): Possibilita a compreensão da dinâmica do paciente em relação a possível cura e seus recursos para submissão à psicoterapia.

- Lâmina C2(11): Surgem fantasias de perda e elaboração do luto, fantasias de separação, doença e morte e como reage a estas situações. Pode-se avaliar a capacidade de reparação do ego (Phillipson, 1981; Ocampo et al., 1981).

- Lâmina Branca(13): Traz fantasias de doença, cura e análise, o paciente tem a possibilidade de projetar o seu autodiagnóstico e prognóstico (Arzeno, 1983) ou é utilizada como “evacuação que alivia, roubo, acerto de contas”, um meio reparador (Phillipson, 1981; Ocampo et al., 1981).

1.3.2 ESCALA DIAGNÓSTICA ADAPTATIVA OPERACIONALIZADA (EDAO)

Instrumento fundamentado na teoria da adaptação, permite a identificação do diagnóstico de pacientes candidatas ao TC a partir da entrevista clínica. Além de ter curta duração, é próprio a investigações científicas em ambientes como o hospitalar.

A entrevista clínica é importante veículo de comunicação, possibilita explorar o mundo do paciente e visualização de sua realidade e, considerada instrumento fundamental do método clínico, tem como objetivo principal a investigação. Pode ser o meio pelo qual o paciente encontrará espaço para expressar seus problemas, permitindo ao profissional a aquisição de noções sobre como este reagirá, o que pode ser esperado, o que pode ser oferecido (Cury Ismael, 2005).

Utilizada, principalmente, como instrumento em pesquisas qualitativas, a entrevista permite identificar um tema preciso, recolher documentos sobre ele, ordená-los, reexaminar o tema, dar forma orgânica às reflexões precedentes, empenhar-se para que o leitor compreenda o que se quis dizer e possa, se for o caso, recorrer à documentação a fim de retomar o tema por conta própria (Eco, 1991). Deste modo, pode ser instrumento útil para a pesquisa científica.

Tendo em vista o presente estudo, a entrevista clínica será classificada de acordo com os critérios da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO (Simon, 2005) que dirá sobre o nível de adaptação das mulheres candidatas ao transplante cardíaco, participantes do presente estudo.

Pretende identificar situações-problema, a partir de respostas específicas obtidas em cada setor de adaptação:

- Afetivo-Relacional (A-R): sentimentos, atitudes e ações com relação a si e ao semelhante;

- Produtividade (Pr): sentimentos e atitudes frente ao trabalho, estudo ou qualquer atividade produtiva;

- Sócio-Cultural (S-C): sentimentos, atitudes e ações em relação ao ambiente social, normas, valores e tradições da cultura em que vive,

- Orgânico (Or): sentimentos, atitudes e ações do indivíduo em relação ao seu corpo, estado e funcionamento do organismo.

O setor Or pode influenciar negativamente os demais. A interferência intensa do setor na capacidade adaptativa (Simon, 2005), foi verificada recentemente em estudo sobre as correlações entre o controle glicêmico de diabéticos tipo II e a capacidade adaptativa dos pacientes (Heleno, 2000). Demonstrou-se que, para os pacientes com diagnóstico de adaptação eficaz e ineficaz leve, algumas sessões de psicoterapia breve na crise (momento do diagnóstico), informações sobre a doença e sua evolução, bastarão. No entanto, para aqueles que apresentam adaptação ineficaz moderada, severa e grave, é necessária a indicação imediata à psicoterapia.

Através da EDAO é possível fazer inferências acerca da adaptação global do paciente, formular hipóteses sobre padrões psicodinâmicos que se cristalizaram sob a forma de complexos inconsciente e que influenciam em suas respostas atuais. Será utilizada a redefinição da EDAO, na qual são priorizados e quantificados os setores A-R e Pr (Simon, 2005).

- CLASSIFICAÇÃO DA ENTREVISTA CLÍNICA ATRAVÉS DA EDAO

A avaliação de cada resposta é feita a partir de três tipos de adequação:

1 – Resposta Adequada(+++): quando traz satisfação e não gera conflito;

2 – Resposta Pouco Adequada (++): quando traz satisfação e gera conflito, ou não satisfaz e não gera conflito,

3 – Resposta Pouquíssimo Adequada (+): quando não satisfaz e gera conflito.

Quadro 3 – Quantificação dos Setores Adaptativos A-R (Afetivo-Relacional) e Pr (produtividade) – Pontuação conforme adequação.

SETOR	ADEQUADO	POUCO	POUQUÍSSIMO
A-R	3	2	1
Pr	2	1	0,5

A classificação quantitativa, obtida a partir dos setores A-R e Pr, indicam o diagnóstico adaptativo operacionalizado (Simon, 2005):

Grupo 1 – Adaptação Eficaz

- Descrição Clínica:

Personalidade “normal”, raros sintomas neuróticos ou caracterológicos.

- Classificação Quantitativa:

$$\text{A-R adeq.} + \text{Pr adeq.} = 3 + 2 = \mathbf{5 \text{ (pontuação)}}$$

Grupo 2 – Adaptação Ineficaz Leve

- Descrição Clínica:

Sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições.

- Classificação Quantitativa:

$$\left. \begin{array}{l} \text{A-R pouco adeq.} + \text{Pr adeq.} = 2 + 2 = \\ \text{Ou} \\ \text{A-R adeq.} + \text{Pr pouco adeq.} = 3 + 1 = \end{array} \right\} \mathbf{4 \text{ (pontuação)}}$$

Grupo 3 – Adaptação Ineficaz Moderada

- Descrição Clínica:

Alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos.

- Classificação Quantitativa:

$$\left. \begin{array}{l} \text{A-R pouco adeq.} + \text{Pr pouco adeq.} = 2 + 1 = \\ \text{Ou} \\ \text{A-R adeq.} + \text{Pr pouquíssimo adeq.} = 3 + 0,5 = \\ \text{Ou} \\ \text{A-R pouquíssimo adeq.} + \text{Pr adeq.} = 1 + 2 = \end{array} \right\} \mathbf{3 \text{ ou } 3,5 \text{ (pontuação)}}$$

Grupo 4 – Adaptação Ineficaz Severa

- Descrição Clínica:

Sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos.

- Classificação Quantitativa:

$$\left. \begin{array}{l} \text{A-R pouquíssimo adeq.} + \text{Pr pouco adeq.} = 1 + 1 = \\ \text{Ou} \\ \text{A-R pouco adeq.} + \text{Pr Pouquíssimo adeq.} = 2 + 0,5 = \end{array} \right\} \mathbf{2 \text{ ou } 2,5 \text{ (pontuação)}}$$

Grupo 5 – Adaptação Ineficaz Grave

- Descrição Clínica:

Neuroses Incapacitantes, *borderlines*, psicóticos não agudos, extrema rigidez caracterológica.

- Classificação Quantitativa:

$$\text{A-R pouquíssimo adeq.} + \text{Pr pouquíssimo adeq.} = 1 + 0,5 = \mathbf{1,5 \text{ (pontuação)}}$$

A *adaptação* pode ser definida como um conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo a manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida, ou seja, é a condição para a sobrevivência (Simon, 2005).

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

2.1 JUSTIFICATIVA

Apesar da escassez de pesquisas referentes a mulheres que se submeteram ao transplante cardíaco (a grande maioria é voltada aos homens), levantou-se importantes dados na literatura no que concerne às mulheres transplantadas e que estão relacionados às fantasias que permeiam as indicadas ao transplante de coração.

A partir deste levantamento, foi verificada a necessidade de investigar as fantasias inconscientes, se interferem no estado emocional de tal forma que podem ter papel definitivo no impedimento da realização do procedimento cirúrgico.

A hipótese é de que o diagnóstico diferencial sobre o estado emocional destas mulheres no pré-transplante cardíaco poderá fornecer dados: acerca da adesão ou não destas à cirurgia cardíaca; sobre as fantasias que podem interferir na desistência de um transplante ou na submissão ao mesmo; sobre como serão seus cuidados no pós-operatório, dados determinantes de um prognóstico mais satisfatório.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a dinâmica emocional de mulheres candidatas ao transplante cardíaco.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o Sistema Tensional Inconsciente Dominante e o Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado em candidatas ao transplante cardíaco;
- Pesquisar fantasias inconscientes que possam interferir na submissão à cirurgia cardíaca ou nos cuidados do pós-operatório.
- Discutir sobre a natureza das relações objetais estabelecidas pelas pacientes investigadas.

MÉTODO

3.1 PARTICIPANTES

Participaram do estudo sete pacientes do sexo feminino candidatas ao enxerto, encaminhadas à avaliação psicológica pelo setor de Transplante Cardíaco do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) de São Paulo, com idade entre 32 e 54 anos.

Foram avaliadas as mulheres indicadas ao transplante, que passaram por procedimento clínico necessário à indicação da cirurgia e que se encontram em fila de espera para o enxerto.

Foram atendidas, no total, dez mulheres candidatas. Destas, excluídas três por não se enquadrarem nos critérios de inclusão determinados à presente pesquisa.

3.1.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- Critérios de inclusão: Mulheres, brasileiras, com idade entre 25 e 60 anos, que passaram por procedimentos clínicos necessários para a indicação de transplante cardíaco, em fila de espera para a cirurgia e que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I).

- Critérios de exclusão: Crianças, homens, mulheres com idade inferior a 25 anos ou acima de 60 anos, com diagnóstico de deficiência mental, que já tenham se submetido a transplante de outra ordem, que não tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

- Teste de Relações Objetivas de Phillipson (TRO),
- Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO);

3.3 PROCEDIMENTO

As mulheres indicadas ao Transplante Cardíaco foram encaminhadas pelo setor de Transplante do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) à avaliação psicológica pré-cirúrgica e atendidas individualmente pela pesquisadora. Em média, foram realizadas três entrevistas individuais para que as informações pertinentes ao estudo fossem coletadas.

Realizada a entrevista clínica nos primeiros encontros, os dados colhidos foram utilizados para a classificação diagnóstica de cada paciente e, nos demais, aplicado o Teste de Relações Objetivas de Phillipson (TRO) para a avaliação do sistema tensional inconsciente dominante. Inicialmente, explicou-se às pacientes que o material recolhido seria utilizado como pesquisa, conforme esclarecimentos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Logo, estariam cientes dos objetivos e dispostas ou não à colaboração.

A escolha das participantes não se deu através de estudo de prontuários. Foram investigadas aquelas que receberam encaminhamento médico à avaliação pré-cirúrgica no período de julho de 2008 a janeiro de 2009, totalizando dez candidatas.

O presente estudo, de caráter qualitativo, não pretendeu levantamento de dados para análise estatística, tratando-se de estudo de caso.

A análise da dinâmica emocional das pacientes candidatas ao TC foi possível através do conceito de Sistema Tensional Inconsciente Dominante (Phillipson, 1981) avaliado a partir das lâminas do TRO: A1(1), B3(4), AG(5), BG(10), C2(11) e Branca(13) e das entrevistas que permitiram, além de impressões do pesquisador, a formulação do diagnóstico adaptativo (Simon, 2005) das mesmas.

3.3.1 APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Após a definição das participantes desta pesquisa (aquelas que corresponderam aos critérios de inclusão citados anteriormente) e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada a entrevista clínica, classificada a partir dos critérios da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) e, posteriormente, aplicado o Teste de Relações Objetivas de Phillipson (TRO) com mulheres candidatas ao transplante cardíaco.

Para compreender e analisar os achados, o referencial psicanalítico foi alicerce da discussão apresentada. Tratando-se de um estudo qualitativo e não quantitativo, os instrumentos apresentados e utilizados foram úteis para a realização do estudo proposto.

3.3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram garantidos o sigilo profissional e o anonimato das participantes; fornecidos os esclarecimentos necessários quanto aos objetivos, procedimentos e

instrumentos utilizados para a elaboração desta pesquisa; permitida a decisão de participação ou não do presente estudo e informado quanto à publicação de resultados obtidos, assegurando o anonimato das mesmas.

A fim de avaliar o cumprimento das questões éticas citadas anteriormente, fez-se necessária à apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado a partir das instruções fornecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IP/USP), que as contemplou.

3.3.3 ENTREVISTA DEVOLUTIVA E PSICOTERAPIA

As pacientes foram informadas sobre os resultados obtidos e deram seguimento à psicoterapia com a pesquisadora, no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da dinâmica emocional de mulheres candidatas ao Transplante Cardíaco é apresentada através de uma avaliação individual, seguida por discussão geral dos resultados encontrados. Obedece ao critério exposto, a seguir:

Parte 1: Análise individual e Discussão

- Identificação de conteúdos manifestos e exploração do sistema tensional inconsciente dominante (conteúdos latentes) presentes nas histórias atribuídas às lâminas A1(1), B3(4), AG(5), BG(10), C2(11) e Branca(13) do TRO;
- Formulação do Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado a partir da EDAO,
- Análise da Dinâmica Emocional - Caso ilustrado e discussão.

Parte 2: Análise Geral e Discussão

- Discussão e correlação dos resultados obtidos na análise individual.

4.1 PARTE 1 - ANÁLISE INDIVIDUAL E DISCUSSÃO

PACIENTE A

Idade: 44 anos

Patologia: Cardiomiopatia Chagásica Crônica (CCC)

ANÁLISE DO TRO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Conteúdos Manifestos: Dificuldade em visualizar personagens nas lâminas apresentadas. Quando citados, geralmente estão sozinhos ou fazem parte de um quadro, são objetos inanimados. São descritas partes do corpo de uma pessoa ou parte do conteúdo de realidade. Os cenários são pobres quanto a detalhes e grande parte da lâmina é ignorada. Efeitos de sombra e alteração de cores não são citados. Naquelas em que a imagem é delineada, a narrativa contém distorções. É freqüente a descrição de um contexto com, apenas, água e pedras.
- Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID): Sentimentos de solidão, confusão e persecutoriedade, perplexidade, medos de aniquilamento e do estabelecimento de vínculos. Desejo de se fundir com o objeto e de controlá-lo. Os mecanismos defensivos utilizados foram: escotomização, negação e imobilização.

ANÁLISE DA EDAO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Nível de adequação de A:

A-R Resposta: + (1 pontos)

Pr Resposta: + (0,5 ponto)

- Classificação Quantitativa de A:

Total: A-R + Pr = 1,0 + 0,5 = 1,5 pontos

- Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de A:

Está no grupo 5 de classificação diagnóstica = Adaptação Ineficaz Grave

ANÁLISE DA DINÂMICA EMOCIONAL DA PACIENTE A – CASO ILUSTRADO E DISCUSSÃO

Os sintomas da Doença de Chagas, como inchaço nas pernas e barriga, cansaço, falta de ar, dores estomacais, entre outros, apareceram no período de resguardo, após a segunda gravidez. Constatou a Cardiomiopatia Chagásica (CCC), iniciando, assim, tratamento no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia - IDPC. Na época, foi submetida à cirurgia de implante de MP (marca-passo). Na troca de eletrodos e gerador (bateria), sete anos mais tarde, o procedimento não obteve o sucesso esperado.

Internada com IC (insuficiência cardíaca) avançada, recebeu indicação ao transplante cardíaco como último recurso de tratamento possível, já que os medicamentos não respondiam à sua patologia.

A respeito da notícia de que seria submetida a um transplante, diz que

foi desagradável, fiquei perturbada, nervosa, chorei muito [...]. Às vezes fico imaginando até quando vou agüentar, se a cirurgia vai demorar [...]. As pessoas rezam, mas não sei se vou agüentar, tenho medo de esperar. Peço para que Deus me ajude e traga um coração bem rápido. O meu (coração) está fraco, estou muito inchada, não posso fazer mais nada, caminhar, trabalhar [...]. Sem trabalho está difícil, fico em casa deitada, sentada, não me canso para dormir a noite.

Viveu com seu companheiro durante 15 anos, este a deixou quando soube da possibilidade do transplante da esposa; mudou-se para o interior levando o filho mais novo.

Observou-se o sentimento de solidão durante todo o processo de aplicação do teste (TRO) e das entrevistas. Na lâmina A1(1), que dá indícios de como o paciente está se sentindo na situação, a confusão é evidente:

O Riacho - Vejo aqui uma foto no quadro, foto de um homem. Está de pé, virado de costas, está sozinho. Eu acho que está num riacho, acho que isso aqui (aponta para o quadrante inferior direito) é água. É isso, tem água atrás. Eu acho.

Não integra a figura na B3(4), mostra sua dificuldade em ver pessoas inteiras. É uma perplexidade que tem com relação ao companheiro, perplexidade com a falta de cuidados que a outra pessoa tem em relação a ela que, além de gastar o pouco dinheiro que têm, vai embora e deixa o filho para que ela cuide.

Mostra-se muito angustiada com sua situação. Apresenta pouca capacidade para dialogar ou compreender colocações. Aceita fazer o TRO, mas defende-se dizendo que *“eu não sei responder essas perguntas difíceis assim, é muito difícil”*.

Repete esta fala a cada lâmina que lhe é apresentada, lamenta-se exageradamente, mas não aceita que encerremos o teste, pede para continuar mesmo se “contorcendo” na cadeira. Mostro como está enganada ao dizer que não sabe responder corretamente às perguntas, já que não se tratava de um questionário. Pedia-lhe histórias que não seriam avaliadas como certas ou erradas. O conteúdo das lâminas lhe gerava acentuada ansiedade persecutória, e delas, precisava se livrar. Elaborou histórias pobres em detalhes e personagens, que continham mais objetos inanimados do que conteúdo, eram histórias desintegradas, confusas.

Na lâmina B3(4), ignora a presença da pessoa no escuro que observa. Na história narrada, não há um terceiro na relação, revelando o desejo de controlar o objeto diante de sua ansiedade persecutória. É comum o terceiro da lâmina ser visto como excluído ou excludente, demonstrando o tipo triangular de relação objetal necessária à formação de ego.

Ao falar do sentimento de solidão, toma a consciência de que sua fantasia de simbiose não era realidade: o marido se afastou, foi para longe. Esta é uma percepção realista onde já consegue ver o Édipo e perceber como o contato com a solidão é difícil.

Quando não tinha problema era mais alegre, trabalhava, tinha disposição. Hoje sinto só tristeza, parece que vou entrar em depressão, entra dia e sai dia e estou na mesma, sem paciência, agressiva e nervosa, muito nervosa. Não consigo assistir televisão sem me irritar, nem ouvir barulhos, tudo me irrita. Quero que minha vida volte ao normal, quero cuidar do meu filho.

Sente-se desvalorizada, desamparada, não manifesta nenhum apoio de familiares ou amigos. Mantém um relacionamento de 20 anos com alguém que sustentava a sua fantasia de simbiose, até que a abandonou quando soube da gravidade de sua doença. Sua situação financeira é precária, demonstra pouco cuidado pessoal, o que levantou dúvidas quanto aos cuidados necessários a que deveria se submeter pós-enxerto.

Junto com o abandono (companheiro), existe uma fantasia prévia de simbiose. São polaridades (abandono x simbiose) que se equilibram na relação. Uma das polaridades mudou originando, assim, o colapso do casal. Há um parasita e um hospedeiro e, na fantasia, se o hospedeiro morrer (paciente que se submeterá ao transplante) o parasita (companheiro) terá que buscar outra forma de sobrevivência. Conseqüentemente, mudará de lugar.

Esta é a defesa típica da entrada da posição viscocárica (simbiótica) para a esquizoparanóide: como, repentinamente, a paciente (hospedeiro) se viu sem o parasita (companheiro), desenvolveu naturalmente uma desconfiança do outro como defesa. Não há intenção de se fundir novamente, de criar novo vínculo com alguém. Desta forma, defende-se das lâminas do TRO, não permite que a pesquisadora lhe veja tal como é, aproprie-se do que é seu. Talvez, a única maneira conhecida de manter um relacionamento seja a simbiótica e, portanto, o medo desta nova relação que pode surgir impede o contato profundo, a manutenção de um vínculo, o conhecimento de seu mundo interno, da natureza de seus relacionamentos objetivos inconscientes.

Elimina a pessoa acamada da lâmina C2(11), demonstrando a dificuldade que enfrenta diante do tema de doença e morte. A história traz novamente o conteúdo de solidão e, a relação de par, fica cindida. Defesas maníacas são mobilizadas tanto na

AG(5) quanto na C2(11), demonstrando uma estrutura esquizóide que implicou em desumanização. Viveu a perda de integridade física, a gravidade de sua doença, no mais profundo desamparo. E assim permanece. Nega a realidade da morte e não demonstra possibilidade reparatória do ego reservada à sua situação atual.

Protegida, continua manifestando dificuldade em responder ao teste de maneira correta. Permanece angustiada durante toda a aplicação do TRO e, finalmente, na lâmina Branca (13) evacua: *“Não tem nada aqui! Graças a Deus! Não imagino nada aqui e não tem nada! Graças a Deus!”*.

Com a apresentação das lâminas e análise da entrevista, foi possível fazer inferências sobre como a paciente lida com aspectos internos em interação com os externos. Através da EDAO, verificou-se que o nível de adaptação da paciente é ineficaz grave, devido as respostas pouquíssimo adequadas (+) dirigidas aos setores A-R e Pr de adaptação. Mantém um relacionamento que não a satisfaz e que gera conflitos para o casal. As respostas da paciente não favorecem a organização e reduzem sua capacidade adaptativa, o que corrobora com os resultados do TRO e demais impressões obtidas nas entrevistas, com freqüente reação de imobilização e paralisação diante das situações.

Falo de sua angústia persecutória, do medo que sente de ser avaliada, da necessidade de se aliviar, do medo manifestado diante de cada lâmina, da tentativa de controlar a situação dizendo que deveria dar uma resposta certa, caso contrário seria eliminada. As fantasias manifestadas refletem, na verdade, seu medo da situação de transplante, de sofrer rejeição, de ser eliminada da fila de espera. Esta cobrança interna e perigo iminente dizem sobre seu estado atual: para que receba um novo coração, os seus exames devem ser perfeitos, suas respostas perfeitas, não há possibilidade de falhar.

Neste sentido, a pesquisadora é vista como objeto mau por testá-la e, portanto, o objeto deve ser destruído, atacado: *“Não sabia que seria tão difícil, é muito difícil responder isso certinho [...]. Não vou conseguir, graças a Deus terminou, não tem nada aqui!”*.

A dificuldade em dar títulos às histórias, função do lobo frontal, pode ocorrer devido aos prejuízos em sua circulação ou pela necessidade de “poupar energias” para a cirurgia. É a lei do mínimo esforço, a de não tentar para não se desgastar.

A ambigüidade é muito presente, quer eliminar o TRO, mas quer também terminar. Protege-se dos objetos maus perseguidores, adia o esforço de pensar, mantém uma distância segura do perigo da vinculação com a pesquisadora, impede a formação de aliança numa possível exploração se seu inconsciente. Não cometeria mais um erro de permitir uma relação simbiótica: esta já manteve com o companheiro e se frustrou, sofreu.

No momento, toda a dor e sofrimento que carrega a impedem de entrar em contato com o inconsciente e dão lugar à desesperança e desamparo. A exploração do STID verificou que seus desejos inconscientes, sentimentos e mecanismos de defesa correspondem às fases mais arcaicas do desenvolvimento, às posições viscocárica e esquizoparanóide. A saída para seu problema vem de Deus: *“Se Deus quiser vou fazer o transplante logo, nem que eu tenha que sair na rua e atirar em alguém [...].”*

Neste caso, nem Ele poderá ajudar, está desamparada. Deve se conscientizar dos cuidados aos quais deverá se submeter para não enfartar. Esta não poderá ser uma tarefa desempenhada apenas por Deus.

PACIENTE B

Idade: 53 anos

Patologia: Cardiomiopatia Dilatada (CMD)

ANÁLISE DO TRO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Conteúdos Manifestos: Frequentes descrições de paisagens neutras, geralmente brancas, esfumaçadas. Pobreza de detalhes. Não tem dificuldade em relatar a presença de pessoas inteiras e grupos, geralmente visualizados na lâmina BG(10). Acrescenta figuras humanas onde, comumente, não são citadas, como ocorreu na lâmina A1(1), visualiza partes do todo.
- Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID): Sentimentos de exclusão e isolamento frequentes, acompanhados por identificações projetivas. A escotomização é identificada enquanto mecanismo de defesa atuante. Mecanismo maníaco de negação da realidade psíquica e medos de retaliação e fragmentação.

ANÁLISE DA EDAO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Nível de adequação de B:

A-R Resposta: + (1,0 ponto)

Pr Resposta: + (0,5 ponto)

- Classificação Quantitativa de B:

Total: A-R + Pr = 1,0 + 0,5 = 1,5 pontos

- Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de B:

Está no grupo 5 de classificação diagnóstica = Adaptação Ineficaz Grave

ANÁLISE DA DINÂMICA EMOCIONAL DA PACIENTE B – CASO ILUSTRADO E

DISCUSSÃO

Descobriu a cardiomiopatia dilatada (CMD) em tratamento de hipertensão arterial. O marca-passo (MP), em seu caso, não foi indicado.

Quando soube que o marca-passo não seria viável e que teria que fazer um transplante de coração, até que fiquei calma na hora. Fiquei meio assim uns dias, mas depois foi passando, fiquei meio deprimida, pensava que iriam tirar meu coração para colocar o de outra pessoa [...]. Foi uma sensação muito estranha.

Defesas maníacas são, freqüentemente, lançadas mão no discurso da paciente, que persiste na negação da gravidade da cardiomiopatia, da realização de um transplante. A fantasia é a de que muito de seu mundo interno será transplantado com o órgão doente. Ansiedades persecutórias, o medo de ser retaliada, acentuam a negação da necessidade de um transplante cardíaco e *“quem sabe com um tratamento eu melhore e nem precise de um transplante”*.

Divorciada de seu primeiro marido, tem três filhos deste casamento. Separou-se porque o ex-marido era *“problemático, muito nervoso, impaciente”*.

Casou-se novamente, mantém o relacionamento há 20 anos *“porque estou feliz, meu marido me ajuda, é bom para mim. Meus filhos já estão casados [...]. Minha vida é essa, temos uma pequena sorveteria e só [...]. Minha vida é essa!”*.

Quando se sente bem, ajuda o esposo na sorveteria, mas é comum ficar em casa devido ao cansaço. Com situação financeira estável, não trabalha há anos porque o marido não permite. Era produtiva ao se conhecerem mas, após o casamento, foi impedida de continuar trabalhando, com alegações de que não era necessário.

Parei tudo quando o conheci, eu também estudava, fazia cursos. Às vezes penso que meu problema de coração vem daí, de repente eu parei tudo o que fazia e isso foi me estressando. Ele é ‘de lua’, até pouco tempo atrás eu queria terminar o Ensino Médio, mas desisti. Deu a maior briga em casa, ele diz que não quer me ver dentro de uma sala de aula. Não entendo se é ciúmes ou não quer ver a mulher numa situação melhor do que a dele, coisas de homem. É como uma disputa.

Sente falta de suas atividades, discussões são geradas em casa até quando tenta visitar a filha que, hoje, reside em outro Estado. Quando questionada sobre a manutenção desta situação, diz que não sabe o porque de ter se casado, se estava

apaixonada ou se era uma pessoa boa para ela, um companheiro. Conta que sofreu em seu primeiro casamento por estar sempre sozinha. No atual, isso não acontece, *“estamos sempre juntos”*.

Esta vivência solitária do “estarem sempre juntos” é nitida quando faz referência à mulher distante, na BG(10), que, de longe, observa o homem e as crianças. Esta mulher não faz parte da relação, está afastada. Há projeções de sentimentos invejosos diante da lâmina referida.

Sentimentos invejosos aparecem também no terceiro, mais uma vez excluído, citado na lâmina B3(4). A pessoa é descrita como *“em pé, parada, olhando para o casal”*, denotando projeções de aspectos infantis, além de fantasiosos, já que o casal foi narrado como *“O Rei e a Rainha”*, título atribuído à história.

Sente-se paralisada em sua vida, foi impedida de conquistar os seus objetivos.

O ambiente familiar não parece continente, não permite que discussões sobre a realidade de sua doença e seus desdobramentos. Está acostumada a negações, a percepções distorcidas do real. Reluta para esquecer, para não pensar no transplante, mas depara-se com a realidade e com os medos voltados à cirurgia de transplante. Esta realidade não pode ser discutida, deve ser esquecida. Queixa-se devido a insistência de seu esposo em dizer: *“Ah! Isso (referindo-se a patologia) é bobagem, nem pense nisso!”*, e continua:

Como posso esquecer que vão colocar o coração de uma outra pessoa em mim? Fico muito nervosa com isso. Não estou nem pensando, sabe, vou tomar os medicamentos e quem sabe nem precise do transplante, não é?

Há uma necessidade de estabelecer um vínculo, de “estar junto” de alguém, de olhar e ser olhada. Nega a realidade de sua doença, o que pode ser observado na história referente à lâmina C2(11), que traz um contexto fragmentado. A culpa persecutória projetada, no lugar do luto e de suas reações depressivas, pessoas que oram, meditam em uma paisagem branca na lâmina AG(5): *“Meditação: aqui já vejo seis pessoas, três em pé e três sentadas. Pela foto estão meditando. É uma paisagem branca, não tenho muito o que falar”*.

Demonstra sua dificuldade em lidar com perdas, em elaborar lutos, reage defensivamente negando a situação apresentada, controlada, onipotentemente, através de meditações. Negar a realidade de sua doença talvez seja a maneira mais fácil de resolvê-la. Provavelmente, a paciente não encontre ambiente favorável e acolhedor em casa que favoreça o diálogo, o contato com seu sofrimento.

Utiliza-se de defesas de fases mais arcaicas (esquizoparanóide) do desenvolvimento, com forte defesa de escotomização e negação da realidade psíquica. Não são encontradas ansiedades depressivas nem respostas adequadas aos setores de adaptação analisados. Faz, sim, uso de paralisação que não favorecem sua evolução: acentuam o sentimento de solidão e desamparo. Há um predomínio da pulsão de morte que pode interferir negativamente nos cuidados pós-enxerto aos quais deverá se submeter, identificado na lâmina BG(10): *“Pais e filhos: aqui vejo um homem com quatro crianças e uma mulher saindo da porta, eles estão na janela, ele conversa com as crianças e a mulher só presta atenção”*.

No momento em que pode criar, projeta na Branca (13) um vazio que pode se transformar em uma paisagem, com pessoas se divertindo na qual, novamente, não se inclui. São apenas pessoas e coisas sem vínculo aparente e que, só aparecerão no vazio da lâmina, *“se realmente tiver que imaginar algo ali”*.

PACIENTE C

Idade: 54 anos

Patologia: Cardiomiopatia Dilatada (CMD)

ANÁLISE DO TRO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Conteúdos Manifestos: Acrescenta um personagem na lâmina A1(1) e exclui a figura humana geralmente visualizada na B3(4), transformando-a em um objeto inanimado (vaso árabe). Os cenários contêm detalhes, delineamento de espaços. Apesar de inteiras, as pessoas não estão em “solo firme”, aparecem flutuando ou andando sobre água e pedras. O esfumado das lâminas é relatado como nuvens, céu.
- Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID): Ansiedade persecutória, medo de aniquilamento e retaliação, desejo de controlar o objeto e negação da realidade, sentimento de solidão. Atenua conflitos utilizando-se de escotomização. Possibilidade de elaboração depressiva.

ANÁLISE DA EDAO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Nível de adequação de C:

A-R Resposta: ++ (2,0 pontos)

Pr Resposta: ++ (1,0 ponto)

- Classificação Quantitativa de C:

Total: A-R + Pr = 2,0 + 1,0 = 3,0 pontos

- Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de C:

Está no grupo 3 de classificação = Adaptação Ineficaz Moderada

ANÁLISE DA DINÂMICA EMOCIONAL DA PACIENTE C – CASO ILUSTRADO E DISCUSSÃO

A IC apresentou os primeiros sintomas após a segunda gestação. Diagnosticada, inicialmente, com cardiomiopatia periparto (CMPP) e, posteriormente, com cardiomiopatia dilatada (CMD).

Casada há 25 anos. Após a segunda gravidez não voltou ao trabalho.

A notícia de que seria candidata a um transplante não foi novidade porque já havia entrado no programa há 30 anos quando descobriu sua IC, com apenas 15% de função arterial.

Os médicos já tinham me desenganado. Fizeram o cateterismo com biópsia, mas os procedimentos eram muito diferentes, não havia tanta preocupação com a condição geral da pessoa para fazer o transplante. Este ano meu coração começou a descompensar novamente. Os medicamentos não me ajudam mais.

No período em que foi “desenganada”, um novo medicamento foi testado na paciente e, assim, mantiveram o funcionamento de seu coração até a administração do *Carvedilol*. Realizou tratamento recente com *Dobutamina* e não sente inchaços comuns da patologia em questão. Quanto aos sintomas freqüentes, diz:

Às vezes fico nervosa, me canso, fico irritada. Ontem fiquei de cara feia com o pessoal em casa porque, se me sinto bem, quero largar tudo, todo o tratamento, continuar como estou e eles ficam bravos comigo. Mas sei que se eu tiver uma recaída será pior. Será que não mereço ficar quieta no meu canto?

Afirma ter muitos amigos em sua cidade e é evidente o apoio familiar. Quanto ao encaminhamento médico à avaliação psicológica,

eu logo imaginei que precisasse porque é uma coisa que funde nossa cabeça. Se parar para pensar direitinho, o transplante não é uma coisa normal. Tirar uma coisa de dentro de você, que vai para estudo ou para o lixo porque não presta mais, como diz minha filha, não é normal. Penso que vão tirar uma coisa sua para colocar um coração que não é seu, é de uma outra pessoa [...], como vão costurar as artérias? Imagine só, eles (os médicos) tem que costurar todas as artérias, as veias, todas as coisas. Tenho muito medo, não quero passar por fases de complicações, morro de medo de ser entubada, pelo amor de Deus! Não quero esses negócios de rejeição. Se não for assim vou me apavorar, ou não, ou nem vou perceber porque estarei numa cama. Se for para passar mal depois, prefiro tomar remédio e ficar assim. Sei que não colocarão na mesa alguém com 30% de chance de ter complicações e tenho que fazer a cirurgia enquanto meu coração ainda funciona, se ficar fraco, esquece.

A negação da realidade é clara na lâmina B3(4), que não deixa margem a interpretações: o delineamento geralmente visto como um terceiro na relação, é transformado em um objeto inanimado, imóvel: um “vaso árabe” é incluído na cena.

O tipo triangular de relação objetal necessária para a formação de ego e superego é anulada, dando lugar ao vínculo simbiótico, onde o terceiro não cabe na relação.

Histórias de espíritos, fantasmas, surgem em situações em que ansiedades depressivas poderiam ser mobilizadas (AG-5), demonstrando a presença de ansiedades persecutórias.

A Viagem - Nossa! Se eu for dizer o que estou pensando aqui agora, hein! Você já assistiu a novela 'A Viagem?'. Então, aqui é um céu com um pasto muito bonito, um monte de gente flutuando. É bem igual a novela. A minha filha me disse que vou pôr você em parafuso [risos].

A fantasia de que a cura é possível através de orações e sentimentos de desamparo e solidão estão presentes na história narrada à lâmina BG(10).

Aparenta desânimo e preocupação com seu estado de saúde. Fala da quantidade de exames que fez nos últimos dias. Foi descartada a hipótese de transplante de células-tronco em seu caso, por isso foi novamente indicada ao transplante cardíaco:

Há um quebra-cabeça em minha cabeça. Assisti a um vídeo de transplante cardíaco na Internet, os médicos tiraram o coração da pessoa e o jogaram numa bandeja como se fosse lixo, depois colocaram o novo no lugar. Em 30% dos casos o coração não volta a bater e não há tempo de salvar o paciente. Este é o quebra-cabeça que preciso montar, por enquanto tem uma peça em cada lugar. Eu não aceito meu problema, não aceito e não quero!.

Apesar de todo o apoio da família e das pessoas de seu meio, a indicação do transplante cardíaco lhe trouxe grande sofrimento. Há intensa fantasia de retaliação, de desintegração, de partes que serão cindidas na cirurgia: será mutilada, “será que conseguirão costurar os pedaços depois?”. É tomada pelo terror da retaliação, da

possibilidade da morte, de ter partes de seu corpo estragadas e jogadas no lixo, partes podres, imprestáveis.

Este é o quebra-cabeça que quer montar, que diz sobre a necessidade de integrar as partes do eu que estão espalhadas, que não se vinculam, que causam dor. Precisa integrar um eu para dar significado à sua vida.

O estímulo da pessoa acamada na lâmina C2(11) não foi suportado. Logo, a narrativa cessou, ficando impossibilitada de dar um título à história. Não agüentou o estímulo, que implica em tolerar a doença, a realidade da morte.

Inicialmente, fala sobre todos os acometimentos orgânicos gerados por sua insuficiência cardíaca crônica (ICC), até sentir que havia espaço para falar sobre o que, realmente, lhe é assustador. Quer eliminar o seu problema, continuar vivendo com os medicamentos, negando a realidade, com fantasia de imortalidade. Há o perigo de negligenciar o tratamento e cuidados do pós-operatório. Tem pedaços de uma vida que não quer, gostaria de montar uma outra figura com eles, uma outra história, um outro quebra-cabeça.

Manifesta, no entanto, a possibilidade de recuperação através de elaboração depressiva, identificada na história atribuída à lâmina Branca (13). Demonstra aceitação do sofrimento. A comparação entre as histórias narradas para as lâminas Branca (13) e A1(1) mostra a ocorrência de uma elaboração progressiva: estava regredida na A1(1) – demonstrando ansiedades, medos e defesas das posições esquizoparanóide - e pôde se recuperar na Branca(13) através de elaboração depressiva.

Rio das Águas Brancas - Vejo um rio com bastante pedras, árvores, água corrente, meu marido e meus filhos brincando na água comigo, lógico [risos]. Um céu muito azul e nuvens muito lindas, parecem algodão. Esse é meu quadro.

Emociona-se ao narrar a história referente à lâmina Branca (13), chora e fica em silêncio por alguns segundos. Relembra, então, de alguns momentos em família e de lugares específicos que lhe trazem boas e felizes recordações.

Atribui aos setores Afetivo-Relacional (A-R) e Produtividade (Pr) respostas pouco adequadas (++), esperadas em se tratando de doença grave (interferência do setor Or nas respostas lançadas aos demais).

PACIENTE D

Idade: 54 anos

Patologia: Cardiomiopatia Chagásica Crônica (CCC)

ANÁLISE DO TRO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Conteúdos Manifestos: Figuras humanas são acrescentadas às lâminas, e outras excluídas. Atribuí expressões aos personagens, como “*homem com cara fechada*” e movimento. Cenários de natureza, com céu e cachoeira e cenários externos, como Igreja, pobres em detalhes, vê partes não integradas nas lâminas.
- Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID): Sentimento de desamparo, solidão e isolamento. Banalização, negação da realidade e escotomização (mecanismos de defesa), triunfo sobre o objeto e inveja, desejo de controle. Presença de estados confusionais.

ANÁLISE DA EDAO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Nível de adequação de D:

A-R Resposta: + (1,0 ponto)

Pr Resposta: ++ (1,0 ponto)

- Classificação Quantitativa de D:

Total: A-R + Pr = 1,0 + 1,0 = 2,0 pontos

- Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de D:

Está no grupo 4 de classificação = Adaptação Ineficaz Severa

ANÁLISE DA DINÂMICA EMOCIONAL DA PACIENTE D – CASO ILUSTRADO E DISCUSSÃO

Sofreu Acidente Vascular Cerebral (AVC) há 17 anos, mas não foi diagnosticada a obstrução de artéria cerebral. O segundo AVC ocorreu há 12 anos, constatando nos exames a Doença de Chagas. Sofre consequências devido a falha diagnóstica inicial.

O médico falou que se tivessem constatado o entupimento da veia da primeira vez, eu não teria tido um segundo AVC. Fiquei com sequelas, não sentia as pernas e minha boca ficou torta, mas isso voltou ao normal. Não consigo gravar muita coisa e não enxergo as laterais.

Familiares faleceram acometidos por doença de Chagas: mãe, irmão e três primas.

Foi internada com cálculo biliar e não pôde ser submetida à cirurgia devido a IC, sendo indicada ao transplante cardíaco.

Solteira, tem uma filha de 20 anos e uma falecida aos quatro meses por Pneumonia.

Meu primeiro namorado me deixou, tive minha primeira filha com ele. Para ter a segunda eu escolhi um pai, ele faleceu em um acidente de caminhão. Nos separamos quando estava grávida, ele estava com outra pessoa e sugeriu que eu abortasse, o que não aceitei. Cuidei sozinha de minha filha.

Será submetida a um novo cateterismo, afirma estar preparada, sabe que *“tem gente que morre, mas tenho fé em Deus e não dará nada”*..

Não recebe apoio da filha (que foi morar fora há dois anos) nem de familiares.

O meu bem é ver minha filha bem. As pessoas vivem falando: ‘Ela tem que te ajudar!’, mas tenho medo de que pense que tenho problema por causa dela, do trabalho que me dava. Até os 18 anos era cuidadosa, hoje quando vem em casa deixa tudo jogado, mesmo sabendo que não posso fazer esforço [chora]. Acredito que ela não esteja bem, esteja reagindo à minha doença. Essa é minha vida [chora], não posso ficar sozinha, mas não tem jeito, tem que ser assim. Todos acham que minha filha deveria estar em casa cuidando de mim, eu acho que se cuidasse dela eu já ficaria bem.

Insere um adulto agachado na lâmina A1(1) e apresenta o segundo em pé, de costas, *“de costas para mim”*. Coloca-se como observadora, agachada, desconfiada, *“a pessoa agachada não quer saber de nada, não dá importância a nada”*. Está dizendo como recebeu a primeira lâmina, e como utilizará suas defesas durante o teste, ignorando os estímulos apresentados. Revela o temor frente ao desconhecido,

está na solidão e provavelmente, para ela, eu seria mais uma pessoa que ficaria de costas para o seu sofrimento. Mostra como reage ao enfrentar uma nova situação. Poderá abandonar, também, a situação de transplante.

Sentimentos de abandono, solidão e frustração estão presentes durante toda a entrevista, e permaneceram nos demais encontros. Possivelmente, estão ligados ao erro médico inicial, ao desamparo quanto à filha (optou em ter a criança, cuidou sozinha, imaginava que, em algum momento, o esforço pudesse ser retribuído), sofre por não ter a companhia da filha, tem um histórico pesado de perdas. Pode ser levantada a hipótese de que esta paciente está desprotegida, dificilmente seguirá o regime médico imposto no pós-enxerto, e correrá o risco de enfartar.

O homem que olha para o tempo na AG(5) está nervoso e com o pensamento longe. Há espanto ao receber a lâmina, acentua a persecutoriedade e, diante da possibilidade da perda, desorganiza, fica *“apenas com o pensamento longe, olhando somente para o tempo”*, apenas olhando para o tempo que lhe resta.

O terceiro da B3(4) é negado, transformado em estátua. Negada, também, a relação triangular edípica.

Não consegue conter todo o seu sofrimento. Vive em profunda solidão. Conta o drama de repetir aos médicos do IDPC a sua história porque *“ninguém me acompanha, nem me dá atenção, cada dia é um que está sentado lá, nunca sabem o que eu tenho”*. O choro é constante, ininterrupto.

A lâmina BG(10), no entanto, mostra aceitação do trabalho em grupo/equipe, colocando-se em interação com os demais, mostra-se incluída no trabalho da equipe. Mas, por um momento, é tomada por fenômeno confusional ao demonstrar a dúvida:

A Igreja - Parece assim, a frente de uma igreja. Mas espera [...]. Ou é um olho? Mas parece uma igreja com uma porta, uma janela, ou duas portas, não sei. É [...], cinco pessoas na janela conversando e uma na porta. Estão conversando.

Está insegura, não estabeleceu bons objetos internos, seu mundo é perseguidor.

Para você entrar numa fila de transplante [...] é sério! Já é uma coisa que não é fácil e não tenho para quem perguntar, não sei como agir. Penso todos os dias em tudo o que você puder imaginar, acho que nada acontece se não for por Deus, se for para eu fazer o transplante e continuar vivendo, será com a permissão dele, eu já abri mão [...].

Nega a realidade da morte ao ver apenas um lençol caído na cama da C2(11), com duas velas: *“tem qualquer coisa caída lá [...] com duas velas, um lençol. Não é uma pessoa!”*. O título dado à história é *“O Espelho”* e não sabe explicar o porquê. Pode ser que estivesse se vendo caída na cama, morta, com as duas velas, o espelho de seu funeral.

Os estados confusionais ocorrem no decorrer do teste e ao final, diante da Branca (13): *“Ilusão: Nada, não vejo nada! Quando você me mostrou essa, me veio na mente ‘Ilusão’.* Esse seria o título. Eu colocaria aqui uma churrasqueira, eu e minha filha, toda a minha família”.

Resume os seus problemas atuais com banalização, não vendo, não há nada ali, não pode projetar no vazio porque é perigoso, ameaçador. Em seguida, cria a história que gratifica. No entanto, mesmo que a história permaneça, seria ilusão, está desamparada, aniquilada e chora continuamente após a apresentação da última lâmina.

É comum entregar a tarefa dos cuidados pessoais à Deus, *“peço a Deus apenas que me dê respiração”*, revelando o desespero e terror vividos na situação. Tem medo de falar sobre o seu sofrimento em casa porque outras irmãs foram acometidas por Chagas, e não quer que saibam como esta fase é ruim. Assistiu a uma reportagem sobre transplante cardíaco na televisão e viu que um pai de família, depois de submetido à cirurgia, *“não ficou bem”*. Além disso, *“toda a família do transplantado ficou desestruturada, dependiam dele, todos foram afetados”*.

As respostas atribuídas aos setores A-R e Pr de adaptação mostram como a doença está agindo como fator tensional negativo, influenciando os demais setores de sua vida, permitindo a identificação de um mundo interno caótico, desorganizado.

PACIENTE E

Idade: 32 anos

Patologia: Cardiomiopatia Dilatada (CMD) e Cardite Reumática

ANÁLISE DO TRO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Conteúdos Manifestos: Figuras humanas e aspectos naturais, como água e pedras, riachos. Freqüente o relato de sombras, escuridão, reflexos, vê partes do todo.
- Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID): Regressão, desejo de dependência infantil. Sentimentos de exclusão e isolamento. Mecanismos de identificação projetiva, negação e idealização, além de medo acentuado de retaliação. Relação de objetos parciais, desintegração.

ANÁLISE DA EDAO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Nível de adequação de E:

A-R Resposta: + (1,0 ponto)

Pr Resposta: ++ (1,0 ponto)

- Classificação Quantitativa de E:

Total: A-R + Pr = 1,0 + 1,0 = 2,0 pontos

- Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de E:

Está no grupo de classificação = Adaptação Ineficaz Severa

ANÁLISE DA DINÂMICA EMOCIONAL DA PACIENTE E – CASO ILUSTRADO E DISCUSSÃO

Apresentou quadro de febre reumática na adolescência. Seguiu tratamento até os 17 anos, quando saiu de casa. Contra recomendações médicas, já que a que a doença cardíaca reumática aumenta a morbidade e a mortalidade materna e fetal, engravidou. Tem três filhos e já sofreu dois abortos.

Com duas válvulas protéticas, os médicos não recomendaram que estas fossem trocadas, seu coração não resistiria. Assim, foi indicada ao transplante como última alternativa de tratamento.

Se for para melhorar eu aceito fazer o transplante, porque se for para passar pela cirurgia e continuar não podendo fazer nada, prefiro ficar como estou. Tem vezes que eu penso: 'Ah! Hoje eu poderia fazer tal coisa, estar melhor'. Dá vontade de chorar, fico irritada, nervosa, não quero claridade, quero ficar só na cama, deitada. Nunca pensei de onde esse coração virá, contanto que seja bom [...]. Se eu for pensar nisso nunca vou operar.

O pai, avó paterna, tia e tio maternos faleceram de doença de Chagas. Sua mãe, também vítima da doença, teve dez filhos, sendo sete de um casamento consanguíneo (entre primos de primeiro grau) acometidos por anomalias estruturais (deformidades anatômicas) e distúrbios fisiológicos. Cinco faleceram antes do terceiro ano de vida, dois sobreviveram: a paciente e seu irmão mais novo.

Eles nasciam com o peso normal, andavam, falavam, depois tinham uma febre bem forte, tipo meningite, e ficavam paralisados, pareciam bonecos, secavam, perdiam a voz, não andavam. Você imagina como é a minha cabeça, né? Estou viva por Deus. Os médicos chamavam minha mãe de criminosa, mas ela não entendia disso. Até hoje minha mãe fala que, se arrependimento matasse, estaria morta porque não teria filho nenhum.

Refere não ter amigos nem colegas, sente-se mal na presença de muitas pessoas, *“fico isolada, me protejo no meu escudo. Não gosto quando tem muita gente junta, meu rosto até queima”*.

Abatida e inchada, fala com dificuldade e demonstra cansaço intenso. Preocupa-se com a mãe que está internada com hipertensão, abandonada pelo marido, relacionamento que manteve durante 25 anos, *“fico preocupada com ela, se fica mal eu fico também. O meu problema eu levo na brincadeira [chora]”*.

A frieza com que se apresenta na primeira entrevista, escotomizando sua situação atual, dá lugar a um discurso repleto de sofrimento nas posteriores. Relata um sonho angustiante, em que vê a filha na cova. Sem interpretar, imagina que a filha poderia morrer. Na verdade, ela está sendo chamada à cova e está tentada a ir ao cemitério porque quem a chama é alguém próximo que precisa de cuidados. O terror da morte a persegue.

Eu queria te contar sobre um sonho que tive, pensei muito antes de vir para cá. Nele, saía no portão de minha casa e tinha um cemitério em frente. Minha filha estava deitada na cova e falava para mim: 'Vem, mamãe, vem dormir aqui, traz o travesseiro e vem comigo'. Acordei assustada, olhei para ela e estava bem, meu coração disparou. Será que meu coração vai agüentar até chegar um doador?.

Conta sobre as dificuldades que seu filho mais velho enfrenta na escola e de como é cobrada pela avó. Emociona-se ao afirmar que não consegue ajudar o filho, já que não tem estudos. Passa por situação financeira difícil em casa, o companheiro está sem trabalho. Sua mãe tem uma situação estável financeiramente, mas pouco lhe ajuda. Chora compulsivamente durante toda a sessão, e resgata sua história de vida. Quando pequena, morava com a tia, foi morar com a mãe aos dez anos de idade, quando o padrasto começou a assediá-la. Contou à tia aos 16 anos e, quando a mãe soube, a acusou de estar mentindo. Saiu de casa, morou na rua, usou drogas, engravidou do dono da casa onde era secretária do lar. Após 25 anos juntos, o padrasto abandona a mãe e deixa uma dívida impagável à família.

Falava à minha mãe que, um dia, ela iria enxergar quem ele era, veria a verdade. Precisou de 25 anos para enxergar. Além disso, eu disse para ele que também, um dia, ele teria uma filha que pagaria por tudo o que fez comigo e que sentiria

na pele. A filha deles de 15 anos está dando o maior trabalho. Tudo tem a hora certa, hoje estou aliviada.

Regride ao incluir a criança à lâmina A1(1). Esta é a maneira infantil com a qual se apresenta para realizar o teste. O adulto olha para a criança (paciente) e vê a noite cair, não a acolhe. O menino na escuridão que observa o casal na B3(4) se refere à sua condição de olhar para a situação, traz conteúdos invejosos e forte sentimento de desamparo, já que *“a mãe não olha, está de costas, só o menino olha”*. O ambiente não é acolhedor, mas mantém a relação triangular com o terceiro excluído, que reclama atenção de um bebê.

Sente-se incapaz de realizar tarefas simples, ou de ajudar o filho na escola, impotente diante destas situações. Repete com os seus filhos aquilo que sua mãe lhe fez, a deixou para outros cuidarem e sofre, não entende porque foi abandonada nem porque abandonou.

A decepção com sua mãe quando esta soube do abuso que sofria pelo padrasto, a frustração sentida por não ter o apoio esperado, são remontadas quando não consegue ajudar também o seu filho nos momentos em que precisa. Sente-se culpada, mas não vê alternativas para evitar o sofrimento.

O rapaz da porta, isolado na BG(10), está fazendo sombra, indicando novamente o sentimento de solidão e desamparo. Está à sombra das pessoas, *“fazendo reflexo”*.

Está incomodada por não conseguir realizar tarefas do lar como antes, mas afirma que se esforça para deixar a casa sempre limpa, o que é motivo de brigas com o marido. *“Não adianta, se eu ficar esperando parada, vou ficar doente, mais do que já estou. Eu já acho que estou parada demais, não vejo a hora de começar a trabalhar”*.

Sua dificuldade em elaborar perdas é analisada com as histórias atribuídas às lâminas AG(5), sugerindo que fosse pintada: *“O Morro - Vixi! Vamos pintar esse aqui para ficar melhor! Parece um monte de sombra. Parece uma pessoa, um monte de pessoas, ou é sombra de morro. Esse aqui não deu não, não imagino nada”*, e C2(11), na qual se vê com o marido: *“Estou Dormindo: Esse aqui é meu marido tirando foto de mim quando estava grávida de minha menina. Eu não o vi tirando. Ele tirava foto de mim enquanto dormia. Tenho um monte de fotos como essa aqui”*.

Colorida, ficaria menos assustadora. Espanta-se com o *“monte de sombra”*, soluciona lutos reais ou fantasiosos abandonando a situação. Forte sentimento de persecutoriedade, *“essa aqui não deu [...]”*.

Conta histórias de solidão, *“se não é pessoa, é sombra”*, a relação do par está cindida. Utiliza defesas maníacas na C2(11), está grávida, não aceita a condição de não poder engravidar, demonstrando sua dificuldade em lidar com perdas, com a doença.

Elabora no vazio (Branca-13) o seu projeto existencial indicando a morte (*“a entrada no paraíso”*) como saída gratificante ao sofrimento vivenciado com a enfermidade não suportada: *“O Meu Paraíso: Só vejo claridade, vejo um monte de nuvens brancas, aquelas coisas bonitas, ovelhas branquinhas, coisas para ficar só olhando”*.

PACIENTE F

Idade: 47 anos

Patologia: Cardiomiopatia Dilatada (CMD)

ANÁLISE DO TRO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Conteúdos Manifestos: Figuras humanas e animais. Alguns conteúdos de realidade, como casa e igreja. Não relata a presença de sombras ou de figuras esfumaçadas.
- Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID): Desejo de dependência infantil, necessidade de fusão com o objeto amado. Medo do aniquilamento, sentimentos invejosos. Mecanismos de escotomização e negação.

ANÁLISE DA EDAO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Nível de adequação de F:

A-R Resposta: ++ (2,0 pontos)

Pr Resposta: ++ (1,0 ponto)

- Classificação Quantitativa de F:

Total: A-R + Pr = 2,0 + 1,0 = 3,0 pontos

- Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de F:

Está no grupo 3 de classificação = Adaptação Ineficaz Moderada

ANÁLISE DA DINÂMICA EMOCIONAL DA PACIENTE F – CASO ILUSTRADO E DISCUSSÃO

Vítima de três infartos do miocárdio (IAM) na década de 90, indicada ao transplante no IDPC.

Mesmo com o remédio, meu coração estava muito dilatado, muito sensível. O médico pediu o exame e viu que o remédio não adiantava mais e disse: 'Vamos entrar na fila?'. Eu agi normalmente porque, dias atrás, estava aguardando para fazer o exame de plaquetas e encontrei com um senhor que fazia os últimos exames antes do transplante. Conversamos muito naquele dia, isso me ajudou a encarar a notícia que receberia dois dias depois. Parece que tudo se ajeitou, tudo de bom.

Utiliza-se de mecanismo de negação e apropria-se de um discurso impregnado de racionalizações, colocações repetitivas do termo “tudo de bom” ao se referir à sua doença.

A paciente é a caçula dentre as irmãs (sete mulheres e três homens), de um total de quatorze irmãos (quatro falecidos). A mãe faleceu aos 57 anos e o pai aos 84 anos.

A paciente relatava com muita angústia o fato de urinar apenas pela manhã, sofrer com as dores e inchaços na perna e barriga, acordar cansada e ter dificuldades para desempenhar as tarefas do lar como gostaria: *“Há tempos não durmo bem, mas tomo calmante. Para comer também é difícil, perdi o apetite”*.

Morava no Paraná e vinha para São Paulo para tratamento. Certa vez seu marido voltou ao Sul e não retornou. A filha do casal, na época, estava com três meses de idade.

Viúva, tem duas filhas com o companheiro que *“sumiu”* e um menino do que faleceu *“de problema de coração também, não se tratou. Trabalhava com carreta, sofreu um acidente grave e ficou muito tempo preso ao cinto de segurança. Quando pensou em tratar já era tarde, não deu tempo”*.

Considera-se sozinha, tem um namorado, mas se vêem pouco.

Ele sumiu. A doente sou eu, então ele é quem tem que ligar, entende? E não liga! Começou a pensar só nele. poderia me ajudar com alguma coisa, criei minha filha praticamente sozinha. Quando ia para a casa dele, arrumava tudo, deixava as coisas bem organizadas, gosto de tudo bem limpo e organizado, não consigo ver nada fora do lugar. Alguma coisa entre nós se quebrou. E hoje não consigo fazer nada, nem lavar a louça.

Manifesta extrema necessidade de organização do mundo externo, o que corrobora com a desorganização do mundo interno: há uma tentativa de organizar o

mundo caótico no qual está vivendo. Questiona, então, a necessidade de consultar um psiquiatra, afirmando pensar como sua irmã: “a doença no coração está em minha cabeça”.

Minha irmã sempre fala que minha doença está na minha cabeça, mas como é isso? Se eu já morri tantas vezes [...]. Já levei muitos choques, morria e voltava, como o meu problema de coração é imaginação? Quando sofri uma parada cardíaca, eu falava por dentro, aqui (aponta para sua cabeça), porque aqui (apontando para a boca) não saía nada. Acho que não preciso de um psiquiatra. Deus que me perdoe, mas ela tem inveja da minha doença.

O objeto frustrador e perseguidor está separado do objeto idealizado. Sua própria existência é negada, assim como são negados toda a situação de frustração e os maus sentimentos gerados. É a negação da realidade psíquica, que é possível através de sentimentos de onipotência, uma característica essencial da posição esquizoparanóide. Quer acreditar que sua doença não existe, é criada.

Mostra dificuldade em aceitar a realidade de sua doença, e talvez um desejo de que a irmã esteja certa, de negar um problema físico.

Emocionada, conta sobre uma senhora, acometida por uma deficiência visual, que vaga nas proximidades do hospital: ao lhe dar uma moeda, a senhora lhe disse para pensar em um desejo para que se tornasse realidade. “*Pedi um coração novo!*”.

Refere ter sentido fortes dores no peito na semana anterior, suspeitando de um novo IAM. Fala também sobre o medo de não receber um telefonema meu para remarcarmos a sessão:

Fiquei chateada com você, achei que não quisesse mais me ver pelo fato de ter pedido um outro dia para me atender, achei que tinha desistido de mim [...]. Vir aqui me faz bem, gostei demais também das figuras que mostrou, era como se eu pudesse me ver nelas, ver minha vida ali [...]. Na semana passada, quando estava lá, parada, com a minha dor no peito, me vi sozinha, não conseguia me mexer, comecei a rezar. Como sou católica, pedi a Deus para me levar logo, para que minha dor passasse, nós conversamos [...]. Disse à ele que já havia perdoado quem tinha me feito alguma maldade, perdoei minha irmã, meu marido que me deixou, mas quero que minha filha tenha uma vida mais feliz antes de eu morrer.

Após constituição de um vínculo e submissão ao TRO, seu discurso sofreu alterações significativas: entra em contato com a sua dor, com a realidade de sua deficiência cardíaca, vive o sofrimento e pode falar sobre ele. Algo nas pranchas a afetou e esta abriu mão dos mecanismos defensivos utilizados anteriormente, dando lugar a uma fala que relembra episódios de profunda solidão e desamparo. A cirurgia representa uma invasão, ataque, gera um medo paralisante e fantasia de ser violentada. O sofrimento é causado por inúmeras perdas, como mudança de cidade, afastamento dos filhos, exames rotineiros, incapacidade de realizar tarefas em seu lar que antes lhe eram simples, conseqüências de sua insuficiência cardíaca.

Utiliza falas como: *“Não quero pensar em algumas coisas com relação ao transplante mas, sem querer, os pensamentos vem. É muito sofrimento”.*

O fato de ter solicitado à paciente um outro dia para comparecer ao atendimento deu vazão ao seu medo de ser abandonada, de ter que dar conta de sua solidão e de sua angústia.

A criança está desamparada, triste e sozinha na lâmina A1(1). Um adulto é incluído na história, mas *“fica de longe, cuida de longe num lugar triste”* referindo-se, possivelmente, à pesquisadora.

A ansiedade persecutória é acentuada e o terceiro excluído transforma-se em excluídos, revelando que estabelece relações de objetos parciais, perseguidores e perigosos. A persecutoriedade é mantida na AG(5), as figuras humanas (objetos maus) são negadas, dando lugar à golfinhos e passarinhos alegres. Manifesta ansiedade confusional e idealização extrema, incapacidade de lidar com perdas, elaborar lutos.

Os Golfinhos Alegres: Aqui está complicado, hein! (Vira a lâmina ao contrário). Não to definindo. Este aqui eu não sei, olho, olho, mas não vejo. Essa não tem chance não. (Volta à posição da lâmina). Parece um monte de golfinhos indo para lá, tem os biquinhos deles. E parece que aqui no cantinho em cima, estou vendo um passarinho. Parece que estão felizes, uns em cima dos outros.

Algo impede o homem triste da C2(11) de entrar na casa, “mas uma hora entrará”. A figura humana da cama é negada e, em seu lugar, está uma “colcha bonita”. Esta seria a situação de doença, na qual a morte quer entrar e algo atua como barreira, uma hora conseguirá. A comparação entre as histórias da AG(5) e C2(11) revela como lida com situações de perda: abandona o conflito, escotomiza, está impotente para enxergar a situação.

Na Branca(13), nega também a existência de um mundo interno. Onipotentemente, fica protegida dos objetos maus perseguidores. Elimina a possibilidade de projetá-los, são perigosos.

PACIENTE G

Idade: 47 anos

Patologia: Cardiomiopatia Dilatada (CMD)

ANÁLISE DO TRO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Conteúdos Manifestos: Figuras humanas, adultos e crianças, inclui e exclui personagens às lâminas. Quanto ao conteúdo de realidade, é visualizada apenas uma casa. Não há interferência de claro e escuro na narrativa, nem menção a sombras ou fumaças.
- Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID): desejo de dependência infantil, regressão, idealização, controle onipotente de objetos, mecanismos de escotomização e negação da realidade, medos de aniquilamento e retaliação. Presença de defesas maníacas e triunfo.

ANÁLISE DA EDAO – RESULTADOS ENCONTRADOS

- Nível de adequação de G:

A-R Resposta: ++ (2,0 pontos)

Pr Resposta: ++ (1,0 ponto)

- Classificação Quantitativa de G:

Total: A-R + Pr = 2,0 + 1,0 = 3,0 pontos

- Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado de G:

Está no grupo de classificação = Adaptação Ineficaz Moderada

ANÁLISE DA DINÂMICA EMOCIONAL DA PACIENTE G – CASO ILUSTRADO E DISCUSSÃO

Aos 35 anos sofreu um infarto agudo do miocárdio (IAM), foi encaminhada ao Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Durante o tratamento, sofreu novo IAM com disritmia e, há dois anos, colocou o marca-passo (MP) com conversor-desfibrilador implantável (CDI). Os médicos indicam o transplante cardíaco com urgência já que o MP com CDI não poderá ser trocado, não suportará uma nova cirurgia devido a gravidade de sua insuficiência cardíaca.

O médico disse que, se eu fizer a cirurgia para trocar o MP, meu coração irá bater mais forte e acabar parando. Bom saber disso não é, mas, estou conformada, vou tentar mais um pouco, se Deus quiser que a gente vá embora daqui a gente vai. Sei que se não fizer o transplante, hoje estou viva, amanhã não estou, então tenho que fazer.

Trabalhava como costureira, hoje realiza pequenos trabalhos de costura com uma amiga. Dependente financeiramente, sente-se inútil.

Fala sobre o seu medo da cirurgia de transplante:

Todo mundo fala: Ah! Vai colocar um pedaço de alguém que já morreu dentro de você! Não penso assim, mas muitos falam que não conseguiriam viver com o coração de outra pessoa que já morreu. Quando coloquei o CDI já foi assim, pensava em quem tinha usado o aparelho. Fiquei quase um mês pensando quando me disseram do transplante, imaginando quem doaria o coração. Mas, se doou, é porque foi de coração, doou de coração, você não vai dar o seu órgão se não quiser.

Quando fez o cateterismo, um enfermeiro lhe disse antes do procedimento que dificilmente agüentaria a cirurgia, e “tive um choque na hora, entrei em pânico. Você está num lugar em que pode morrer e ouve uma coisa assim do enfermeiro, imagine só!”.

Diz que está tensa e que, por mais que saiba que fará um transplante, quando a aprovação para a cirurgia se aproxima, a calma vai embora. Tem medo da cirurgia, principalmente com relação à morte:

A gente não sabe se volta ou não volta, tenho medo de ser entubada, vejo pessoas entubadas e fico impressionada. Sempre tem um que morre, como no cateterismo. Falo que não tenho medo mas, quando chega a hora, a coisa muda. Quando o enfermeiro disse que algo ruim aconteceria, como sou evangélica pensei: ‘São os anjos que estão aqui fazendo barulho’, e só.

Manifesta seu sofrimento diante da doença, diz que está sendo muito difícil aceitar que não pode trabalhar como antes e, com a doença cardíaca, tudo em sua vida acabou.

Quanto ao Teste de Relações Objetais de Phillipson, defende-se maniacamente de uma situação de perda, negando os estímulos de algumas lâminas, além de apresentar estados confusionais (A1-1). Inclui nesta uma criança que olha para o céu e *“pede proteção à Deus, mas eles vão voltar, vão voltar sim [...]”*.

Onipotentemente controla a situação de doença, tem alta e vai para a casa, outra pessoa fica no quarto, talvez em seu lugar, não teve a mesma sorte, continuará na escuridão na B3(4): *“Indo para Casa - Nossa, essa aqui [...]. Teve alta e estão indo embora abraçados, é um casal. Ele teve alta e tem [...] acho que ficou outra pessoa no quarto, no escuro. Eles estão bem, indo para a casa”*. Este controle onipotente é também verificado na história narrada à lâmina AG(5): *“Uma Reunião - Vixi! Aqui ta parecendo o céu, cheio de anjos, você vai dizer que vejo isso porque sou evangélica, mas não é por isso não. Mas olhando assim (vira a lâmina) parece um monte de pessoas”*.

Integra-se no grupo na BG(10), está em sintonia com a equipe, acolhida. No entanto, nega a realidade da morte em C2(11), a cama está vazia e, aquele que está à porta, olha para o quadro. Não há qualquer referência à situação de doença devido à intensa defesa maníaca.

Soluciona, com a mobilização diante da lâmina Branca(13), abandonando a realidade, refugiando-se em uma casa de repouso, talvez único lugar capaz de conter a dor e o sofrimento gerados por sua enfermidade.

As respostas aos setores A-R e Pr são pouco adequadas (++), esperadas em uma situação de doença grave, impedindo a utilização de soluções adequadas aos diversos setores de adaptação.

4.2 PARTE 2 – ANÁLISE GERAL E DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo principal verificar aspectos da dinâmica emocional de mulheres candidatas ao transplante cardíaco. Os instrumentos utilizados, para tanto, foram a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) na classificação da entrevista clínica, e o Teste de Relações Objetivas de Phillipson (TRO), a fim de identificar o Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID) e o Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado das indicadas ao procedimento.

Tratando-se de estudo qualitativo, não houve pretensão de apresentar análise estatística dos achados.

O exame psíquico é a parte mais importante da entrevista com o paciente que, diante de um questionamento apurado, pode ser levado a falar sobre seus aspectos físicos e emocionais. Foi possível analisar, através da maneira como se configurou a entrevista e a partir dos dados obtidos no teste, como as pacientes se colocam diante da situação de indicação ao transplante, mesmo se estas demonstrarem dificuldades para expressar angústias, desejos e defesas.

A auto-consciência é essencial, é o lugar das representações, o que nos leva a simbolizar nosso corpo como parte intrínseca de nossa existência. Somos, antes de mais nada, um ser que se auto-percebe em termos de fisicidade/corporalidade e simbolicidade e o coração é uma das representações mais nobres da corporalidade do ser humano, pois sem ele perdemos a autoconsciência: a simbolicidade e corporalidade (Rosa, 1997).

O diagnóstico diferencial sobre a dinâmica emocional destas mulheres no pré-transplante cardíaco, forneceu dados acerca da adesão ou não das mesmas ao procedimento, das fantasias que permeiam uma desistência da fila de espera pelo

enxerto ou idéia de como serão os cuidados no momento pós-cirúrgico, fatores determinantes de um prognóstico satisfatório.

As mulheres cardiopatas, encaminhadas ao setor de Psicologia para avaliação pré-enxerto, em momento algum se recusaram a serem submetidas ao TRO. Notou-se que a situação atual das mesmas interferiu no desempenho alcançado na realização do teste, principalmente quanto ao empobrecimento criativo nas histórias atribuídas às lâminas. Houve dificuldade para a elaboração das histórias, que geralmente eram carentes de contexto (passado – presente – futuro), mesmo que esta instrução fosse, repetidamente, citada.

A necessidade de contínuo incentivo para que a paciente fosse capaz de criar uma história que contemplasse uma mínima noção de causalidade (Pereira, 2005) foi, também, verificada.

Apresentavam, invariavelmente, narrativas repletas de partes de um todo, confirmando a incapacidade de visualizarem objetos totais no mundo exterior. As projeções de parcialidade constantes dificultavam qualquer tentativa de compreensão de uma situação total.

A parcialidade presente nas histórias narradas às lâminas do TRO é confirmada na análise do Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID) de cada paciente, que demonstrou o predomínio de sentimentos (medos, angústias, sensações de confusão e persecutoriedade), desejos inconscientes e mecanismos defensivos das fases mais arcaicas do desenvolvimento – viscocárica e esquizoparanóide.

As lâminas da série A do TRO, apresentam conteúdo precário em detalhes, deixando livre a imaginação do paciente. Sombreadas de claro e escuro, estimulam o surgimento de relações objetais primitivas.

Nas lâminas da série B, fica evidente o contraste branco e preto e contornos, além de objetos definidos que não permitem muita liberdade do paciente. As distorções, portanto, são consideradas mais graves e são esperadas defesas de caráter neurótico.

Já nas da série C, nas quais a cor é incluída e os ambientes são mais ricos em detalhes, espera-se um aumento de tensão e surgimento de sentimentos agressivos. O controle adaptativo é esperado em termos de diagnóstico e prognóstico, além do uso de negação, triunfo e controle onipotente (Rosa, 1995).

As particularidades identificadas nas histórias narradas às lâminas A1(1), B3(4), AG(5), BG(10), C2(11) e Branca(13), foram:

Lâmina A1(1)

Acréscimo de um personagem, o que não é comum. Ocorre com as histórias das pacientes B, C, D, E, F e G, identificando a necessidade de se vincularem, não conseguem se ver só na situação. Esta é a primeira lâmina do teste, uma nova situação foi colocada às pacientes. Podem ser verificadas ansiedades persecutórias diante da mobilização da lâmina, além do medo de aniquilamento e retaliação, como ilustrado na história narrada pela paciente D, cujo título é: “*Um Homem Solitário*”:

Aqui estou vendo uma pessoa de costas e embaixo uma pessoa que está de frente, um adulto abaixado. Aqui vejo uma cachoeira, parece que estão olhando a paisagem, esse aqui está de costas para mim. Em volta parece mato. Não sei, esse aqui parece admirado com o que vê e o abaixado não está dando importância para nada.

O ego não foi capaz de entrar em contato com a solidão, originando a criação de um outro personagem que pode não ajudar, e sim, intensificar a angústia persecutória, impedindo a criação de um ambiente acolhedor. Forte mecanismo de paralisação presente diante da situação nova (situação atual de indicação ao enxerto).

Lâmina B3(4)

O terceiro nesta lâmina, geralmente visto e citado, aparece como excluído ou não visualizado. O terceiro excluído é narrado nas histórias das pacientes B, E, F e G. Este terceiro que aparece compõe a situação triangular. No entanto, níveis de ansiedade muito elevados fizeram com que, em algumas histórias (pacientes A, D e C), ele fosse negado.

Existe uma necessidade de controle da ansiedade persecutória, que transforma o terceiro em um objeto inanimado, como ocorreu com a paciente D, com o título de “*A porta de saída*”:

Aqui vejo assim: duas pessoas enroladas em um manto, um cobertor e uma imagem embaixo, na porta. Estão subindo enrolados num lençol, estão abraçados num lençol. Embaixo parece que tem uma estátua, eu acho. Sentem companheirismo.

Surgem diante desta lâmina, questões do “espiar e ser espiado”, controlado pelo objeto. A triangulação é fundamental na construção de ego e elaboração da posição depressiva, mas em muitas histórias foi negada.

Lâmina AG(5)

Permitindo a análise da situação de perda e luto, ansiedades persecutórias apareceram transformando o cenário em uma reunião de fantasmas, espíritos, céu, nuvens, entre outros, o que ocorre nas histórias das pacientes C e G. A paciente G descreveu: *“Uma Reunião – Vixi! Aqui ta parecendo o céu, cheio de anjos, você vai dizer que vejo isso porque sou evangélica, mas não é por isso não. Mas olhando assim (vira a lâmina) parece um monte de pessoas”*.

Não são verificadas manifestações de ansiedades depressivas necessárias para a elaboração do luto, de uma situação de perda objetal. O ego, muitas vezes, demonstrou-se incapaz de suportar a dor. Aparecem os mecanismos de escotomização (paciente F que narra uma história de golfinhos felizes) ou de controle onipotente, como na paciente G que, com o ego fragilizado, nega a realidade da situação atual devido, principalmente, ao intenso medo de morrer. São identificadas as relações de objeto parciais nas histórias, o que dificulta o contato com a realidade externa, se mantém paralisadas.

Lâmina BG(10)

Focada a relação que as pacientes estabelecem com o grupo (cuidadores) nesta etapa da vida, como visualizam sua posição diante dos médicos e quais são os sentimentos que emergem em relação à doença e à cura.

Surgem fortes sentimentos de exclusão, desamparo e solidão, como ocorre na história da paciente B: *"Pais e Filhos - Aqui vejo um homem com quatro crianças e uma mulher saindo da porta, eles estão na janela, ele conversa com as crianças e a mulher só presta atenção"*.

Lâmina C2(11)

Lâmina que induz a pensar em situações de morte, podem ser identificadas nas histórias atribuídas à C2(11) frequentes estados confusionais, dificuldade em lidar com o tema da morte, medo de retaliação, o que ocorre com pacientes A, D, E, F e G. A paciente F dá o título de *"O Homem da Casa Bonita"*:

Estou vendo uma pessoa, um homem, chegando na porta. Ele está querendo entrar na casa, mas ainda não entrou, está do lado de fora. Estou vendo uma cama com uma colcha bonita, uma cômoda e depois, lá adiante, tem uma janela. O homem está triste porque ele quer entrar mas parece que alguma coisa está como barreira, não está deixando, mas acho que mais tarde ele entra!

Muitas vezes a mulher acamada (geralmente citada) foi negada, não houve qualquer menção de alguém que estivesse deitado ou solicitando ajuda. Não são identificados sentimentos de culpa ou possibilidade egóica de reparação, constituintes da posição depressiva.

Lâmina Branca(13)

Lâmina chave para a formulação de prognósticos, as histórias narradas contém forte negação dos perigos da realidade (medo da morte, do transplante

cardíaco). Podem ser criadas situações gratificantes, o que aconteceu com a paciente C.

No entanto, há também acentuada defesa contra os maus objetos internos que seriam projetados no vazio, com afirmações de que *“não dá para ver nada aqui!”* (paciente A) ou, *“se realmente tivesse que ver algo aqui, seria ilusão”* (paciente D).

Alguns pacientes conseguem se recuperar de elaborações maníacas, lançadas mão inicialmente no TRO, para conquistarem uma elaboração depressiva ao final, demonstrando sua capacidade em lidar com uma perda. Esta elaboração progressiva ocorreu com a paciente C: analisando sua evolução no teste, ou seja, de A1(1) à Branca(13), houve a possibilidade de retificar fantasias, sair da regressão (presente na história da A1-1) e caminhar para a culpa depressiva (Branca-13), menos persecutória. Com o título de *“Rio das Águas Brancas”*, narra a seguinte história:

Um rio com bastante pedras, árvores, água corrente, meu marido e meus filhos brincando na água comigo, lógico [risos]. Um céu muito azul e nuvens muito lindas, parecem algodão. Esse é meu quadro. (Emociona-se com a lâmina, lembra um local que costumava frequentar, há anos).

A fala lançada ao final da narrativa pela paciente C: *“toma, este é meu quadro [chora]”*, corrobora com Phillipson (1981), quando diz que a lâmina branca apresenta um quadro do mundo que se cria para gratificar suas necessidades evitando, ao mesmo tempo, as ameaças e conseqüências temidas da realidade.

As histórias revelaram o sofrimento das mulheres diante da indicação do transplante e a desorganização interna vivenciada com a possibilidade de morrer.

O apego a Deus, a forças maiores, também surgiu no decorrer das entrevistas.

Os bloqueios, que são raros na lâmina Branca (Ocampo et al., 1981) ocorrem com as pacientes A e F, o que mostrou como o estímulo era fundamental para a criação de histórias e, em sua ausência, sentem-se perseguidas, desprotegidas.

A análise do STID das candidatas ao enxerto, permitiu a compreensão da natureza das relações objetais que estabelecem. Diante das histórias narradas às lâminas A1(1), B3(4), AG(5), BG(10), C2(11) e Branca(13), foi possível encontrar nestas candidatas ao transplante cardíaco os seguintes sentimentos (medos, angústias, sensações de persecutoriedade e confusão), desejos inconscientes e mecanismos de defesa:

1) Sentimentos: solidão, confusão, medo de aniquilamento, retaliação e fragmentação do ego, medo do estabelecimento de vínculos, sentimento de exclusão e isolamento, desamparo, ansiedade persecutória, perplexidade, culpa depressiva.

2) Desejos Inconscientes: fusão com o objeto, controle do objeto, dependência infantil, desintegração, proteger o *self*, reparação do objeto estragado.

3) Mecanismos de Defesa: escotomização, negação, imobilização e paralisção, identificação projetiva, banalização, triunfo, inveja, idealização

O quadro a seguir demonstra o predomínio de sentimentos, desejos inconscientes e mecanismos de defesa pertencentes às fases mais arcaicas do desenvolvimento, correspondentes à visocárica e esquizoparanóide. Com exceção da elaboração depressiva conquistada pela paciente C, as demais encontram-se

estabelecendo relações de objeto parciais que podem interferir na adesão ao tratamento, aceitação da indicação ao transplante e nos cuidados que serão necessários no pós-operatório.

Quadro 4 – STID das candidatas ao enxerto investigadas

POSIÇÃO	SENTIMENTOS	DESEJOS INCONSCIENTES	MECANISMOS DE DEFESA
VISCOCÁRICA	angústia confusional, perplexidade	fusão com o objeto, dependência infantil	imobilização, paralisação
ESQUIZOPARANÓIDE	medo de aniquilamento, do vínculo, retaliação e fragmentação, ansiedade persecutória, exclusão e isolamento, desamparo	proteção do <i>self</i> , desintegração	identificação projetiva, inveja, idealização, escotomização, banalização
DEPRESSIVA	culpa depressiva	reparação do objeto estragado	negação e triunfo

Foi identificada a presença de organizações patológicas (Grassano, 1996), verificadas com a apresentação de defesas como identificação projetiva e

paralisação. Esta última impede a paciente de um contato com o material mobilizado pela lâmina, a interação com aspectos de seu mundo interno.

Caso aparecessem ansiedades depressivas nas histórias narradas no TRO (o que não ocorreu), poderíamos pensar em relações de objeto totais, indicando um índice positivo de adaptação e, conseqüentemente, bom prognóstico.

As organizações patológicas podem não ser atuantes apenas nos momentos de crise se transformado, assim, num modo de funcionamento psíquico, repetido nas diversas situações da vida de uma pessoa (Heleno, 2000). A onipotência e idealização podem levar a pessoa a acreditar que nada poderá lhe acontecer.

Além da análise do STID, o funcionamento psíquico das candidatas ao transplante cardíaco também foi avaliado através da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) aplicada à entrevista clínica. As classificações diagnósticas das sete pacientes cardiopatas foram as seguintes:

Quadro 5 - Classificação Diagnóstica de mulheres candidatas ao TC

CANDIDATA AO TC	DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO OPERACIONALIZADO	GRUPO E DESCRIÇÃO CLÍNICA
PACIENTE A	Adaptação Ineficaz Grave	Neuroses Incapacitantes, <i>borderlines</i> , psicóticos não agudos, extrema rigidez caracterológica.
PACIENTE B	Adaptação Ineficaz Grave	Neuroses Incapacitantes, <i>borderlines</i> , psicóticos não agudos, extrema rigidez caracterológica.
PACIENTE C	Adaptação Ineficaz Moderada	Alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos.
PACIENTE D	Adaptação Ineficaz Severa	Sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos.
PACIENTE E	Adaptação Ineficaz Severa	Sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos.
PACIENTE F	Adaptação Ineficaz Moderada	Alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos.
PACIENTE G	Adaptação Ineficaz Moderada	Alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos.

Como o setor orgânico (Or) influencia diretamente as respostas lançadas aos demais setores A-R e Pr (centrais na presente análise), as soluções apresentadas pelas pacientes não poderiam ser adequadas, tendo em vista a atuação do setor Or como fator tensional que as impedem.

Quadro 6 –Respostas das candidatas ao TC aos setores A-R e Pr

CANDIDATA AO TC	SOLUÇÃO EM A-R	SOLUÇÃO EM Pr
PACIENTE A	+ (pouquíssimo adequada)	+ (pouquíssimo adequada)
PACIENTE B	+ (pouquíssimo adequada)	+ (pouquíssimo adequada)
PACIENTE C	++ (pouco adequada)	++ (pouco adequada)
PACIENTE D	+ (pouquíssimo adequada)	++ (pouco adequada)
PACIENTE E	+ (pouquíssimo adequada)	++ (pouco adequada)
PACIENTE F	++ (pouco adequada)	++ (pouco adequada)
PACIENTE G	++ (pouco adequada)	++ (pouco adequada)

Diante dos achados, verificamos que as mulheres candidatas ao transplante que participaram deste estudo, apresentaram um diagnóstico de Adaptação Ineficaz Moderada, Severa e Grave, o que torna necessária a instauração imediata de psicoterapia breve no momento de crise (provavelmente iniciada com a notícia de indicação ao enxerto).

A análise da dinâmica emocional indicou que é possível encontrar mulheres em fila de espera para o transplante correndo riscos vitais de não suportarem até o momento da cirurgia. Aquelas que foram investigadas estavam desorganizadas, utilizando-se de defesas arcaicas e lançando mão de angústias persecutórias: escotomizam a situação de doença e paralisam diante da enfermidade e possibilidade de morrer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o transplante de coração o último recurso àquele que sofre de doença cardíaca grave, o paciente padece antes da indicação. A insuficiência cardíaca terminal já lhe garante o sentimento de perda de uma condição anterior, saudável.

A espera de um coração pode ter uma dimensão subjetiva e ser compreendida como possibilidade de morte, de aniquilamento e retaliação. Fantasias quanto ao enxerto são esperadas e emergem com a indicação de um transplante cardíaco, com a possibilidade de vivência da retirada de um órgão tão repleto de simbologia.

Algo se manifesta quando o funcionamento normal do organismo é prejudicado. Diante da confirmação de uma doença, trazendo aqui o enfoque ao estágio final de IC, processos psíquicos podem ser desencadeados, trazendo à tona uma gama de simbolizações e fantasias referentes ao coração.

No caso das mulheres investigadas, a doença cardíaca terminal coloca uma série de impedimentos que são vividos como perdas.

Estados patológicos, como doenças crônicas, graves e incapacitantes são fatores tensionais para o indivíduo. A indicação ao transplante de coração, fator tensional para as mulheres investigadas, comprometeram o setor Or (orgânico) funcionando negativamente, gerando episódios de intensa angústia e persecutoriedade.

Se o setor orgânico agiu como fator tensional negativo, era de se esperar que o diagnóstico adaptativo não seria eficaz. As participantes desta pesquisa apresentaram diagnóstico de adaptação ineficaz moderada, severa e grave o que indica que o setor Or está interferindo nas soluções dispensadas àqueles considerados centrais para a classificação diagnóstica (A-R e Pr).

A situação produtiva (Pr) foi, obviamente, prejudicada. Não há possibilidade de realizarem atividades que demandam esforço e repetição, nem de executarem tarefas, antes, rotineiras. O lado maternal também pode ser comprometido, gerando forte sentimento de impotência, de falta de cuidados básicos aos filhos e familiares, insegurança, medo de perder, de ser abandonada por não cumprir um papel que lhe é “devido” culturalmente.

Sendo assim, o acometimento por doença grave agiu como fator interno negativo, impulsionando as forças de morte, fazendo com que as pacientes se utilizem de relações de objeto arcaicas, já que foi remontada uma situação de retaliação vivenciada em tempos remotos. Podem não estabelecer relações de objetos totais. Fantasias inconscientes de aniquilamento e defesas arcaicas apareceram na avaliação das candidatas.

O cuidado dispensado pelo profissional de saúde é importante para que o mundo interno caótico destas pacientes não sucumba ao transplante antes mesmo deste ocorrer.

O diagnóstico psicológico faz-se necessário nos casos de indicação ao transplante cardíaco, que possibilitará uma análise apurada dos fatores tensionais atuantes, informando como será a espera pela cirurgia, quais os cuidados que a paciente candidata dispensará ao longo da vida pós-enxerto e determinará a necessidade de instauração imediata ou não de psicoterapia.

Os achados da presente pesquisa, tratando-se de estudo qualitativo, demonstraram que, em casos de mulheres candidatas ao transplante cardíaco, podemos encontrar diagnósticos de adaptação ineficaz moderada, severa e grave que sugerem cuidados psicoterápicos imediatos. A análise do Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID) das pacientes cardiopatas identificou características

da dinâmica emocional que corroboraram com a classificação obtida através da EDAO. As candidatas ao enxerto investigadas estabelecem relações de objeto parciais, evidenciando um mundo interno desorganizado. Prevaleceram as ansiedades persecutórias, mecanismos de paralisação e escotomização, além de fortes sentimentos de solidão e desamparo que podem interferir significativamente no momento de espera por um novo coração e na adesão aos cuidados pré e pós-cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

Acierno, L. J. (1994). *The history of Cardiology*. New York: The Parthenon Publishing Group.

Andreis, M. (2004). Aspectos psicológicos da mulher valvopata. *Mulher e Coração: aspectos psicológicos ligados à cardiopatía*. São Paulo: Papirus.

Arzeno, M. E. G. (1983). La fantasia de enfermedad, curación y análisis: su importância clínica y su diagnóstico através del test de relaciones objetales de H. Phillipson. *Atualizaciones en el TRO*. Argentina, Buenos Aires: Paidós.

Assef, M. A. S., Valbuena, P. F. M. F., Neves JR., T., Correia, E. B., Vasconcelos, M., & al. (2001). Transplante cardíaco no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia: análise da sobrevida. *Rev. Bras. Cirurgia Cardiovascular*, 16 (4).

Batista, R. S. & Schramm, F. R. (2004). Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), Rio de Janeiro.

Bion, W. R. (1988). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica. *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago.

Boaz, M. R., Bordignon, S., & Nesralla, I. A. (2006). A importância de medidas preventivas na profilaxia de infecções em pacientes submetidos a transplante cardíaco nos primeiros 30 dias de pós-operatório. *Rev. Bras. Cirurgia Cardiovascular*, 21(2), 188-193.

Boyadjian, N. (1980). *El Corazón Brepols*. Antuérpia, Bélgica: Esco.

Cury Ismael, S. M. (2005). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dornelles, C. (2002). *DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4 ed.). Porto Alegre: APA.

Eco, H. (1991). *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva.

Ferreira, A. B. de H. (2005). *Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa*. Curitiba: Positivo.

Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Haynal, A. & Pasini, W. (1980). *Manual de medicina psicossomática*. Barcelona, Espanha: Toray-Masson.

Heleno, M. G. V. *Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes diabéticos do tipo 2*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Klein, M. (1991). *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago.

Klein, M. (1994). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago.

Klein, M. (1997a). *Amor, culpa e reparação*. Rio de Janeiro: Imago.

Klein, M. (1997b). *A psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Imago.

Labaki, M. E. P. (2001). *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Levenson, J. L., & Olbrisch, M. E. (1991). Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria and outcomes. *J. Heart Lung Transplant.*, 10 (6), 948-955.

Mello-Filho, J. (1978). *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Moraes.

Nager, F. (1993). *The Mythology of the Heart*. Basel, Suíça: Roche.

Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G. & Grassano, E. N. (1981). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.

Pereira, A. A. M. (2002). Dificuldades psicológicas para o processo de incorporação do coração transplantado: repercussões sobre a vinculação do paciente ao programa de transplante cardíaco. *Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 12 (2), 8-13.

- Pereira, A. A. M. (2004). Transplante cardíaco: as diferenças de gênero. In A. L. A. Ribeiro & D. P. Rosa (Orgs), *Mulher e Coração: aspectos psicológicos ligados à cardiopatia*. (pp. 75-88). São Paulo: Papirus.
- Phillipson, H. (1981). *Test de relaciones objetales*. Argentina, Buenos Aires: Paidós.
- Pinto, A. L. d. T., Windt, M. C. V. d. S., & Céspedes, L. (2005). *Código Civil; Código Comercial; Código de Processo Civil; Constituição Federal*. São Paulo: Saraiva.
- Polito, A. G. (1994). *Melhoramentos: minidicionário de sinônimos e antônimos*. São Paulo: Cia. Melhoramentos.
- Prates, P. R. (2005). Símbolo do coração. *Rev. História, Ciência e Saúde*, 12(3).
- Romano, B. W. (1990). *Psicologia aplicada à cardiologia*. São Paulo: Fundo Editorial BYK.
- Romano, B. W. (2001). *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosa, J. T. (1997). Modalidades de funcionamento mental em cardiologia: uma ponte para a integração da sensorialidade à atividade de pensar. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 8(13), 103-120.
- Rosa, J. T. (Org.). (1995). *Atualizações clínicas do teste de relações objetais de*

Phillipson. São Paulo: Vetor.

Rosenfeld, H. (1950) Notes on the psychopathology of confusional states in chronics schizophrenics. *International journal of psycho-analysis*, 31(2), 123-137.

Saes, D. S., Pereira, A. A. M., & Tardivo, L. S. d. L. P. C. (2001). O psicodiagnóstico compreensivo dos transtornos mentais em pacientes cardiopatas. *Psicologia*, (2), 52-69.

Segal, H. (1998). *Psicanálise, literatura e guerra*. Rio de Janeiro: Imago.

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

Smanio, P. (2007). Cardiopatia na mulher: diagnóstico. *Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo*, 17(4), 304-316.

Sousa, A. P., & Fuhrmann, L. (2006). A maior rejeição: fila e preconceito. *Problemas Brasileiros*.

Torres, W. da C. (2003). A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 475-482.

Venosa, S. d. S. (2005). *Direito Civil – Parte Geral* (5 ed.). São Paulo: Atlas.

Vinken, P. (2000). *The shape of the heart*. Amsterdam: Elsevier.

Westin, R. (2006). 10% recusam transplante de coração: medo de morrer e falsas crenças ligadas ao órgão estão entre as razões: pacientes são acompanhados por psicólogos. *O Estado de São Paulo*.

ANEXO I

Roteiro de Avaliação do Teste de Relações Objetais de Phillipson (TRO)

Nome: _____ Nº Prontuário: _____

Série A	A1	A2	A3	AG
Série B	B1	B2	B3	BG
Série C	C1	C2	C3	CG
Lâmina Branca -				
Pontuação =				

ANEXO II

Folha de Resumo – Entrevista Clínica (EDAO)

Nome: _____ Nº Prontuário: _____

Dados Relevantes/ Setor Adaptativo

Afetivo - Relacional	Produtividade	Setor Orgânico	Sócio - Cultural

Classificação Quantitativa:

Classificação Diagnóstica:

APÊNDICE 1 – TCLE
INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou ciente de que:

- participo de uma pesquisa científica que tem como objetivo investigar o estado emocional de mulheres candidatas ao transplante cardíaco;
- as questões que responderei serão formuladas por meio de diferentes questionários e entrevista e, se necessário, terei suporte clínico/psicológico após o estudo;
- minha participação é voluntária, tendo o direito de aceitá-la ou recusá-la podendo, em qualquer momento, desistir de fazer parte deste estudo;
- caso concorde, serei entrevistado(a) individualmente e responderei a alguns questionários;
- as informações obtidas serão mantidas em sigilo profissional; somente os responsáveis pela pesquisa terão acesso às mesmas;
- meu nome não será divulgado em nenhum momento;
- poderei solicitar informações sobre o estudo através do contato abaixo ou pessoalmente, no encontro com os responsáveis pela pesquisa;
- os responsáveis se comprometem a conduzir as atividades propostas para a pesquisa de acordo com o que foi estabelecido neste termo de consentimento livre e esclarecido,
- este termo será apresentado em duas vias, uma que ficará de posse do pesquisador(a), outra do participante.

De acordo com os esclarecimentos, declaro que consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Participante

Pesquisador(a)
(Carimbo ou nome legível)

Responsável pela pesquisa:
Elisabete Joyce Galhardo Tamagnini

Instituto de Psicologia IP/USP
Av. Prof. Mello Moraes, 1721 Cidade Universitária – São Paulo, SP – fone 3091-4910

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IP/USP fone; (11) 3097-0529