UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

Patrick Vieira Ronick

Possíveis consequências e iatrogenias psíquicas do uso do cardioversor desfibrilador
implantável

SÃO PAULO

2019

PATRICK VIEIRA RONICK

**Possíveis consequências e iatrogenias psíquicas do uso do cardioversor
desfibrilador implantável**

Versão original

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^ª Dr.^a Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues

São Paulo

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Vieira Ronick, Patrick

Possíveis consequências e iatrogenias psíquicas do uso do cardioversor desfibrilador implantável /
Patrick Vieira Ronick; orientadora Prof^ª Dr.^a Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues. -- São Paulo,
2019.

136 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia,
Universidade de São Paulo, 2019.

1. Cardioversor desfibrilador implantável. 2. Psicossomática psicanalítica. 3. Pânico. 4. Cardiologia.
I. Maria Parahyba Campos Rodrigues, Prof^ª Dr.^a Elisa, orient. II. Título.

Nome: Ronick, Patrick Vieira

Título: Possíveis consequências e iatrogenias psíquicas do uso do cardioversor desfibrilador implantável

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos professores e funcionários do Instituto de Psicologia da USP, onde durante estes anos pude desenvolver minha pesquisa. Em especial à minha orientadora, Professora Doutora Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues, pelo acolhimento e confiança depositados.

Aos colegas do Laboratório CHRONOS, pelos momentos, trocas e companheirismo, essenciais para que este trabalho fosse concluído.

À equipe do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, aos pacientes que tão gentilmente aceitaram compartilhar suas histórias para esta pesquisa. À psicóloga Éline Batistella, pela disponibilidade e ajuda ao longo deste processo.

Ao coleguismo e afeto do “time” de colegas do Serviço de Psicologia do Instituto do Coração: Ana Paula, Cassi, Denise, Elaine, Leilane, Mari, Mayra, Milena e Pri. Ao longo de 4 anos eu fui privilegiado por ouvir tantas histórias sobre o amor, a vida e outras coisas sobre o coração dos pacientes guerreiros que lutavam por suas vidas naquela instituição.

Aos grandes amigos que formam minha segunda família e tornam a vida em São Paulo mais alegre e colorida: Dé, Erê, Luba, Vivi, Ana Lia, Burns, Bruno Fet, Satika, Flávio, Franz, Bisa, Tchollas, Lú Belmonte, Lulão, Marcinha, Mari, Ti, Milles, Moniqueta, Nina, SH, Talis e Vini. Ninguém solta a mão de ninguém!

À minha sempre presente família pela força e apoio. Em especial Elaine e Luiz, essenciais para todo o processo e sempre amorosamente presentes em todo mínimo acontecimento.

RESUMO

Ronick, P. V. (2019). *Possíveis consequências e iatrogenias psíquicas do uso do cardioversor desfibrilador implantável*. (Dissertação de Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Apontado como um dos maiores avanços tecnológicos na área da cardiologia, o Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI) acarreta em importantes consequências e desafios para os pacientes. Com seu uso crescente desde 1980, o dispositivo implantado cirurgicamente junto ao músculo cardíaco que emite choques elétricos para normalizar o ritmo cardíaco vem sendo utilizado com sucesso para tratamento e prevenção de arritmias, que podem levar inclusive à morte súbita. Entretanto importantes comorbidades psiquiátricas e psicológicas de seu uso vêm sendo documentadas na literatura médico-científica, bem como observadas na prática assistencial hospitalar, tais como diferenças significativas em escores de qualidade de vida e diagnósticos de transtornos de ansiedade, pânico e depressão. As consequências possivelmente traumáticas dos choques ou do implante do dispositivo, do ponto de vista das construções subjetivas e significados atribuídos pelos próprios pacientes, constituem o objetivo de estudo deste trabalho. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com seis pacientes que possuem o dispositivo implantado. O método para análise dos dados foi a Análise do Conteúdo, com uma proposta de discussão psicanalítica. Foi proporcionado uma discussão diferente à do discurso médico-diagnóstico para as possíveis consequências do uso do dispositivo, como principal achado têm-se a visão positiva do dispositivo como um aliado aos pacientes, bem como seus receios em que o dispositivo deixe de funcionar adequadamente.

Palavras-chave: Cardioversor Desfibrilador Implantável, psicossomática psicanalítica, pânico, cardiologia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 O Cardioversor Desfibrilador Implantável.....	1
1.2 Pânico e CDI	6
1.3 Psicossomática Psicanalítica.....	11
1.3 Pós-Modernidade e a Medicina Pós-Moderna	17
2. JUSTIFICATIVA.....	32
3. OBJETIVOS.....	33
3.1. Geral	33
3.2. Específicos	33
4. MÉTODOS.....	33
4.1. Abordagem Metodológica	33
4.2. Participantes	34
4.3. Instrumento de Coleta de Dados	35
4.4. Forma de Análise dos Resultados	36
5. ANÁLISE DOS ASPECTOS ÉTICOS	37
6. RESULTADOS	38
6.1. Apresentação dos grupos temáticos e categorias de análise das entrevistas	41
6.2. Definições dos grupos temáticos e categorias de análise.....	42
7. DISCUSSÃO.....	43
7.1. Sobre o conhecimento e compreensão da doença	43
7.2. Sobre ansiedade, depressão e estresse.....	53
7.3. Sobre a relação com a equipe de cuidados.....	65
7.4. Sobre a decisão do implante.	73
7.5. Sobre adaptar-se ao CDI.	83
7.6. Sobre os choques.....	88
7.7. Sobre a significação do aparelho.....	99
8. CONCLUSÃO.....	114
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
ANEXO 1 – Roteiro de Entrevista Semi-estruturada.....	125
ANEXO 2 – Formulário de Identificação.....	126
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	127

1. INTRODUÇÃO

1.1 O Cardioversor Desfibrilador Implantável.

A cardiologia moderna apresenta soluções tecnológicas para os problemas encontrados em sua prática que podem, por sua vez, gerar consequências de outra ordem, vividas pelo sujeito adoecido como algo possivelmente traumático.

Eventos cardíacos súbitos como a morte cardíaca súbita (MCS), causada por uma arritmia maligna, estão entre as principais causas de morte no mundo. Estima-se que no Brasil o número seja de aproximadamente 700 mortes súbitas por dia (Gorayeb et al, 2003). Segundo dados do DATASUS de 2016, as doenças cardiovasculares representam 27,65% do total de mortes anuais, sendo a principal causa de morte no Brasil (Ministério da Saúde, 2016).

Em um artigo de revisão de cunho médico sobre o assunto, Carneiro et al. (2012) explicam que as arritmias resultam de uma anormalidade na gênese ou na condução de impulsos elétricos no coração, que passa então a contrair de maneira não rítmica, fato que pode levar a complicações tais como diminuição do débito cardíaco, insuficiência cardíaca, tromboembolismo, fibrilação ventricular e assistolia (parada cardíaca). As arritmias podem ser assintomáticas ou provocar quadros clínicos tais como palpitações, fadiga, astenia (“fraqueza orgânica”), inapetência, síncope (desmaios) ou pré-síncope (sensação de “tonteira”), dor precordial (“dor no peito”) e até mesmo MCS (Carneiro et al., 2012; Souza & David, 2010). Os autores ainda elucidam que, mesmo assintomáticas, as arritmias podem evoluir diretamente para uma MCS, o que aponta a importância do diagnóstico precoce e condutas de tratamento adequadas para o caso.

As arritmias são classificadas de acordo com sua causa, sendo as primárias aquelas de surgimento espontâneo e as secundárias como consequências de outros distúrbios cardíacos, tais como doenças coronarianas, infarto do miocárdio e doença de Chagas (Carneiro et al., 2012; BIOTRONIK, 2009).

As estratégias terapêuticas tradicionais para controle de arritmias e prevenção da MCS se dão pelo meio medicamentoso com uso regular de drogas antiarrítmicas, entretanto, o uso do Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI) vem ganhando destaque recente no tratamento destes pacientes, diminuindo de 30% a 54% a incidência de MCS (Carroll & Hamilton, 2008). Peixoto et al. (2013) evidenciam que até 60% dos casos de MCS no Brasil poderiam estar protegidos por meio da implementação sistemática de medidas para prevenção e tratamento de doenças cardíacas, incluindo-se aqui o uso de fármacos e o uso do desfibrilador externo automático (no atendimento emergencial pré-hospitalar). Os demais casos (estimados em 8.400 pacientes ao ano) seriam indicados para o implante de CDI, considerado a intervenção mais segura e efetiva.

Matos (2007) explica sucintamente que o CDI é um aparelho eletrônico semelhante a um marca-passo implantado cirurgicamente junto à cavidade e músculo cardíaco (Figura 1). Além de também exercer a função de marca-passo, regulando o ritmo dos batimentos cardíacos, o dispositivo monitora e emite descargas elétricas no reconhecimento automático de alguma arritmia ventricular, com risco de morte súbita ou parada cardíaca e com o choque o coração retorna ao ritmo normal. Para a implantação, trata-se de um procedimento cirúrgico de médio porte com baixo risco e mortalidade e com a necessidade de uma pequena permanência no hospital. Uma vez colocado sua bateria dura em média de quatro a sete anos, dependendo da frequência de choques do aparelho.

A equipe médica responsável tem a possibilidade de acompanhar a atividade do CDI por um programador externo durante as consultas de rotina dos pacientes. As informações tais como tipos e quantidades de arritmias, pulsos elétricos necessários para reverter-las e choques de maior intensidade disparados ficam armazenadas no aparelho e podem ser “lidas” pelos médicos no momento da consulta, o que vai afetar diretamente

nas propostas de tratamento para o paciente em questão (ajustes medicamentoso, eficácia do uso do aparelho, necessidade de troca de bateria, dentre outros) (BIOTRONIK, 2009).

Ao reconhecer alguma arritmia, o CDI se utiliza de pulsos elétricos de intensidades variadas para reverter o quadro, entretanto, no caso de uma fibrilação ventricular, o aparelho é programado para emitir uma descarga elétrica potente, sentido pelos pacientes como um forte choque (BIOTRONIK, 2009). O CDI é apontado como um dos maiores avanços tecnológicos desta área da medicina (Souza & David, 2010), mas com importantes consequências e desafios para os pacientes.

Figura 1. Imagem de um implante de CDI. Fonte: Google Imagens

O uso do CDI, invenção recente da medicina cujo primeiro implante humano bem-sucedido foi realizado em 1980, nos coloca diante um novo fenômeno clínico ainda pouco estudado, mas constatado em linhas gerais pela literatura médica e prática clínica como extremamente desorganizador para os pacientes. O choque é tido como um evento desagradável tanto física quanto emocionalmente, como observamos nas falas de pacientes entrevistados por Ferguson (2012): “fui atingido, pensei que um cavalo havia

me chutado pelas costas” (p. 113), “então após o choque, quanto tempo você permanece afetado? Por eras, eu ‘sou’ o medo. ” (p. 112).

Em uma das primeiras publicações científicas sobre o assunto, intitulada “*Things that go bang in the night*” (Kowey et al., 1992), médicos do Hospital e Centro de Pesquisas de Lankenau escrevem ao editor do *The New England Journal of Medicine* com o objetivo de alertar à comunidade científica um dado clínico. Os autores apontam que o implante de CDI parece ser responsável por sérias consequências psicológicas, dentre elas ansiedade, pânico, insônia, depressão e a vivência de “choques fantasmas” (relatos de choques pelos pacientes, sem registro contabilizado pelo aparelho), apontando a necessidade de pesquisas que sustentem tais dados, mas também a importância de aconselhamento e acompanhamento psicológico para tais pacientes.

A tensão em receber um choque repentino ou o medo do dispositivo não funcionar corretamente são os principais fatores descritos como geradores de ansiedade. Diversos estudos apontam que sintomas de ansiedade ocorrem em 32% a 97% dos pacientes portadores de CDI, sendo que 13% a 35% são de fato clinicamente diagnosticados psiquiatricamente com ataque/transtorno de pânico, transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno de ajustamento (Gorayeb et al, 2013; Luyster et al, 2006).

Em uma revisão sistemática sobre a ocorrência de transtornos psiquiátricos entre os pacientes com implante de CDI, Magyar-Russell et al. (2011) encontraram que entre 11% e 28% dos pacientes tinham sido diagnosticados clinicamente com transtorno depressivo e que 11-26% dos pacientes apresentavam algum transtorno de ansiedade. Este mesmo estudo encontrou taxas maiores de sintomas de ansiedade (8-63%) e depressão (5-41%) quando baseados em questionários de autorelato. Os autores consideram tais evidências inconsistentes e explicam a amplitude dos resultados devido ao cruzamento de variáveis tais como tempo de avaliação, metodologia e instrumentos utilizados, tempo de

implante do CDI e número de choques experienciado. Entretanto, concluem que os dados obtidos garantem a prevalência de 20% para transtornos depressivos e ansiosos em pacientes com implante de CDI.

Outro trabalho de revisão (Freedenberg et al., 2011) concorda que os efeitos psicológicos em pacientes com implante de CDI são observáveis, porém questionáveis quanto a sua prevalência. Os resultados encontrados mostram a ocorrência de sintomas depressivos em 24% a 33% dos pacientes, 24% a 87% dos pacientes reportam um aumento na percepção de sintomas de ansiedade e 13% a 35% dos pacientes são clinicamente ansiosos. Sears et al. (1999) relatam em uma revisão de literatura que, dentre os impactos psicossociais decorrentes do uso de CDI, os sintomas de ansiedade são os mais prevalentes e significativos. As pesquisas consultadas pelos autores sugerem que 24 a 87% dos pacientes relatam um aumento nos sintomas de ansiedade após o implante de CDI (independente da ocorrência de choques). As taxas de diagnóstico psiquiátrico variam entre 13-38% e dentre os diagnósticos o mais prevalente é transtorno de ansiedade generalizada, seguido de transtorno de ajustamento e síndrome do pânico. No entanto, os autores apontam que esta taxa é similar àquela encontrada na população cardíaca em geral.

Os benefícios médico-clínicos para os pacientes portadores de CDI, bem como a reconhecida redução na mortalidade são, atualmente, inquestionáveis. Entretanto, em uma revisão da literatura recente sobre o assunto existe uma preocupação e tentativa de compreensão sobre as consequências psicossociais desta tecnologia (Manuel et al. 2015), tanto individualmente quanto para o serviço de saúde público do país. Preocupação esta legítima, uma vez que até 1998 foram implantados mundialmente 50.000 aparelhos de CDI (Matos, 2007). Esta estatística vem crescendo, sendo que só no ano de 2005 foram realizados 250.000 implantes em todo o mundo, número este ainda inferior no Brasil

quando comparado aos países desenvolvidos: 1.400 para o ano de 2005; mas com crescente aceitação e financiamento pelo SUS, segundo o autor.

Os principais recentes estudos nacionais e internacionais encontrados (Carroll et al, 2008; Cesarino et al, 2011; Costa et al, 2007; Gorayeb et al, 2013; Sears et al, 2011; Shiga et al, 2013; Wójcicka et al, 2008) reconhecem a prevalência de importantes consequências e comorbidades psicológicas e psiquiátricas ao uso do CDI, sendo entre estas a influência marcante em escores de qualidade de vida, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, pânico e depressão. Entretanto tais estudos permanecem em um discurso médico-diagnóstico, com pouca ou nenhuma discussão acerca da vivência dos pacientes que passam pelo implante, significações subjetivas do aparelho e como este é representado em suas vidas.

Diante de que fenômeno estamos? Pacientes com a promessa de uma melhor qualidade de vida após implante acabam desenvolvendo comorbidades importantes, muitas vezes apenas medicadas (pelos próprios cardiologistas) com psicotrópicos e com restritas possibilidades de seguimento psicoterápico ou de falar sobre o que lhes ocorrem. Independente do diagnóstico, encarado como ansiedade, pânico ou estresse pós-traumático (sendo que a própria variabilidade dos diagnósticos pode indicar a inexistência de unanimidade clínica no nomear e tratar o fenômeno, visto que são utilizados para definir situações traumáticas com condições semelhantes); de que sofrem estes pacientes e como a psicanálise pode ajudar a entender estas consequências?

1.2 Pânico e CDI

Pauli et al. (1999) explicam que os pacientes com transtorno de pânico são caracterizados por certo medo em relação às sensações corpóreas, sendo que os sintomas cardíacos (tais como palpitação e taquicardia) são os mais temidos, geralmente associados

à uma condição médica emergencial (tal como um infarto do miocárdio). Segundo os autores, os pacientes com pânico representam maior índice de idas à serviços médicos emergenciais do que pacientes cardíacos. Em uma compreensão de modelos cognitivos para o pânico, Pauli et al. (1999) entendem que pacientes com implante de CDI de fato apresentam eventos cardíacos graves com risco de vida, e tais experiências presumivelmente torna-os propensos a interpretações catastróficas ou hipocondríacas de sensações corporais, tornando-os mais suscetíveis a desenvolver transtornos de pânico ou ansiedade.

Para além de questões nosográficas ou diagnósticas, o trabalho clínico com pacientes implantados de CDI mostra que estes passam por vivências subjetivas de desamparo muito semelhantes ao descrito na literatura médica psiquiátrica como pânico (Ronick & Campos, 2017). São frequentes as crises de angústia e ansiedade, reações hipocondríacas (ou hipervigilância aos sintomas somáticos), bem como sintomatologia psicossomática sem relação ao quadro clínico de base. Tais sintomas acabam por representar dificuldades de diagnóstico diferencial, sendo basicamente somáticos, mas com claras relações psíquicas. O termo “pânico” a ser utilizado não é empregado como lugar de diagnóstico, mas sim como um fenômeno. Como um construto histórico-cultural recente, a “síndrome, transtorno ou episódio de pânico” parte da visão de um diagnóstico no campo médico, que provém de uma enfermidade então tida como biológica dos sujeitos ainda que na delicada fronteira entre a Psicanálise, a Psicologia e as Ciências Sociais (Santos, 2009).

Em "Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'" (Freud, 1894/1969a), texto paradigmático para as bases de uma teoria psicossomática advinda da tese freudiana, Freud explica a Neurose de Angústia como um *quantum* de excitação (pulsional) de conteúdos não passíveis de

elaboração psíquica, o qual acaba por "emergir" ou "extrapolar" em sintomas orgânicos descritos de maneira muito semelhante com o que hoje é entendido como Síndrome do Pânico.

Freud (1894/1969a) observa os ataques de angústias acompanhados de uma série de sintomas eminentemente orgânicos, a citar: irritabilidade geral; expectativa ansiosa; ansiedade desconhecida, de conteúdo vago (medo da morte, ameaça de loucura) ou ligada a um mal estar somático/sensorial; distúrbios da atividade cardíaca; distúrbios respiratórios; tais como dispneia nervosa, sensação de sufocamento, asma e similares; acessos de suor, vertigem, fraquezas, parestesias ou mal-estar; distúrbios de ordem gastrointestinal, como náuseas e alternância entre diarreias e constipação

A título de comparação, o V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Associação Americana de Psiquiatria, 2014) descreve a Síndrome do Pânico como caracterizada pela presença de, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas:

palpitações, coração acelerado, taquicardia; sudorese; tremores ou abalos; sensações de falta de ar ou sufocamento; sensações de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; calafrios ou ondas de calor; parestesias (anestesia ou sensações de formigamento); desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo); medo de perder o controle ou ‘enlouquecer’; medo de morrer.” (p. 208)

Junqueira e Coelho Junior (2006) esclarecem que, ainda que as hipóteses etiológicas de Freud sobre as “neuroses atuais” precisem ser revistas em uma teoria mais

complexa, neste “retorno a Freud” pode-se encontrar pistas para elaboração de hipóteses etiológicas sobre os ditos “novos modos de sofrer na atualidade”, aos que os autores se referem como as doenças psicossomáticas, adições, transtornos alimentares, transtornos borderline, dentre outros construtos clínicos que têm representado um desafio para a técnica analítica. A Neurose de Angústia fora incluída na nosografia inicial freudiana como uma Neurose Atual, a qual tem sua etiologia distinta das psiconeuroses (relação com os conflitos sexuais infantis, com caráter simbólico). Freud (1894/1969a) postula que estamos diante de manifestações sintomáticas orgânicas reativas à êxtase libidinal, ou seja, perante um acúmulo de excitações “atuais” (do presente) impossibilitadas de satisfação, a descarga se daria de maneira essencialmente somática. Neste momento de sua obra, Freud, deixando de lado as explicações fisiológicas para os quadros psicopatológicos e voltando-se para as explicações psicológicas, acreditava que seria tarefa da pesquisa bioquímica esclarecer os quadros das neuroses atuais, considerando esta pesquisa improdutiva à psicanálise (Junqueira & Coelho Junior, 2006). Mas ainda assim, em momentos posteriores de sua obra, Freud (1925[1926]/1969c) reafirma a convicção destes achados:

Desde aquela época não tive oportunidade de voltar à pesquisa das “neuroses atuais”, nem essa parte do meu trabalho foi continuada por outro. Se hoje lanço um olhar retrospectivo aos meus primeiros achados, eles me surpreendem como sendo os primeiros delineamentos toscos daquilo que é provavelmente um assunto muito mais complicado. Mas no todo ainda me parecem válidos. (p.38)

As neuroses atuais nos fazem entrar em contato com um campo no qual “o psíquico não esgota as possibilidades da experiência humana” (Junqueira & Coelho

Junior, 2006), onde nos deparamos com vazios psíquicos, sem condições para a formações de objetos – os representantes psíquicos das pulsões. Zusman (1994, citado por Junqueira & Coelho Junior, 2006) retoma que os processos de simbolização e representação (em objetos) formam a matriz da psicanálise – a clínica da histeria – mas que estes não representam todos os fenômenos clínicos, visto que existem problemas e vivências no corpo que não podem ser reduzidos ou entendidos como conversões históricas. Para os autores, o que marca a neurose atual é a “existência de um fosso que separa os processos simbólicos de uma outra forma de ‘pensar’ para a qual não há um nome definido no campo da psicanálise” (Junqueira & Coelho Junior, 1994, p.30). Como veremos posteriormente, esta “outra forma de pensar” é descrita por Marty (1990) nos seus conceitos de pensamento operatório e depressão essencial. Sobre a classificação das neuroses atuais, os autores ainda afirmam que

Atualmente, seria difícil sustentar a ideia de Freud de que uma patologia psíquica encontra suas origens exclusivamente na falta de satisfações sexuais, em sua acepção genital. Contudo, se tomarmos “sexual” como sendo o propriamente pulsional, tal qual Freud mesmo parecia privilegiar, é bastante coerente afirmar que essas patologias resultam da transformação direta – não mediada pelo psiquismo – da pulsão não-satisfeita. Com isso, a questão passa a ser por que essa mediação não ocorreu.

(p.31)

Horn e Almeida (2003) referem que estudar as neuroses atuais representa um “mundo de buracos, de vazios no psiquismo, onde as condições de formação dos objetos não se cumprem, por excesso ou falta” (p.5). Os autores aludem que os “sintomas atuais”

dizem de algo que não se transforma psiquicamente, mostrando uma espécie de “nó” entre corpo e mente. Retornando ao estudo das neuroses atuais, Horn e Almeida (2003) teorizam que estas são produzidas por tudo aquilo que mantém afastado da esfera psíquica a tensão pulsional somática, ou seja, questões de diversas ordens, que interferem na elaboração psíquica das excitações pulsionais. Os sintomas somáticos vividos nas neuroses “atuais” (semelhantes ao da experiência de pânico) distinguem-se dos sintomas neuróticos por não terem nenhum significado psíquico, simbólico, nenhuma história, serem apenas manifestações automáticas da pulsão não representada.

1.3 Psicossomática Psicanalítica

Como visto, faz-se necessária certa cautela para se utilizar simplista e diretamente o postulado clínico e o entendimento da Neurose de Angústia elaborados por Freud em 1894 para compreensão do Pânico na atualidade, uma vez que estamos diante de outras configurações subjetivas daquelas dos sujeitos exemplificados por Freud como relativos a questões como abstinência sexual e coito interrompido. Entretanto, reside aqui na obra freudiana uma base para a exploração e desenvolvimento posterior por autores da Escola Francesa de Psicossomática, como Pierre Marty, de uma teoria dos fenômenos psicossomáticos. Ainda que a nosografia de Neurose Atual fora silenciosamente perdendo importância em sua obra, a temporalidade (“atual”) do sintoma psicossomático entrevista por Freud como algo não constituído no retorno do recaiado (como nos casos de psiconeurose, da sexualidade infantil recaiada) continua sendo seu principal legado para o campo de compreensão da Escola Francesa de Psicossomática.

Ao problematizar a função do aparelho psíquico, para além das formações neuróticas, Marty (1990) retoma que o organismo humano se confronta a todo momento com um afluxo de excitações (internas ou externas) e a necessidade/possibilidade de

descarregá-las pelas possíveis vias: orgânica (somática), a ação e o pensamento; representando um grau hierárquico de evolução e complexidade de resposta (Volich, 2010).

A saída mais complexa e adaptada pela via do pensamento envolve o processo definido como mentalização, explicado por Volich (2010) como um “conjunto de operações de representação e simbolização por meio das quais o aparelho psíquico busca regular as energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas” (p. 203). Entretanto falhas no desenvolvimento psíquico ou experiências perturbadoras (traumáticas) podem comprometer o funcionamento mais evoluído, temporária ou cronicamente. Assim, tais descargas restam a ocorrer então pela via da ação (abre-se aqui uma ampla possibilidade de debates acerca da adicção, compulsão, violência e impulsividade, a hiperatividade, os usos “autocalmantes” do exercício físico) ou por reações orgânicas. Dentre as reações orgânicas, podem-se incluir as desordens funcionais de órgãos, desorganizações psicossomáticas progressivas com adoecimentos recorrentes e potencialmente graves (Marty, 1998), ou até mesmo o que se compreende pelas reações fisiológicas da ansiedade/pânico.

Peres et al (2005) localizam na metapsicologia freudiana o conceito de *representação* como um conceito-chave na continuidade teórica entre o pensamento inaugural de Freud e a psicossomática psicanalítica. Desde “Sobre a concepção das afasias” (1891), Freud trabalha com a hipótese de que as representações são reconstruções mnêmicas e complexas da realidade externa, e não uma simples cópia desta, Peres et al (2005) definem representação como “produções mentais que correspondem a um objeto ausente, tornando-o subjetivamente presente mais uma vez” (p.163), entendida então como a essência do psiquismo, “o fato psíquico por excelência”.

Após o “Projeto de uma psicologia científica” de 1895, Freud acrescenta que o estado original das representações é a inconsciência, sendo que apenas as representações “nomeadas”, associadas às palavras, poderiam vir a ter acesso à consciência. A palavra, o “nome” tornaria então uma representação suscetível de consciência e trabalho psíquico. Peres et al (2005) afirmam que

segundo o pensamento freudiano, além de uma parcela muito restrita da nossa vida mental ser acessível à consciência, a fronteira entre aquilo que é passível ou não de se tornar consciente seria móvel, podendo variar, em um mesmo indivíduo, em diferentes momentos da vida, além de variar entre diferentes indivíduos. (p.167)

O conceito de “mentalização” proposto por Marty está diretamente relacionado ao conjunto de representações inscritas no psiquismo de cada sujeito, entendendo que as representações são “a base da vida mental de cada um de nós. Habitualmente, durante o dia, por exemplo, fornecem o que chamamos de fantasias. À noite, fornecem os elementos dos sonhos” (Marty, 1998, p.11). Volich (2010) retoma a articulação com o conceito de neurose atual e as manifestações psicossomáticas para tratar do déficit representativo observado nos ditos “pacientes psicossomáticos”, ou seja, o empobrecimento de respostas emocionais/psíquicas (uso de recursos mais evoluídos) acarretaria na descarga pulsional que acomete o corpo.

O “pensamento operatório”, termo também criado por Marty, diz respeito a esse tipo de funcionamento psíquico retratado anteriormente, com comprometimento da capacidade de simbolização/mentalização e carência não só representativa, mas também funcional do aparelho psíquico (Peres et al, 2015; Volich, 2010). São sujeitos que, devido ao empobrecimento de sua capacidade de simbolizar e trabalhar suas demandas pulsionais

com representações (psiquicamente), acabam por apresentar diminuição em sua atividade criativa, com ausência quase total das atividades de sonhar e fantasiar, devaneios, empobrecimento da linguagem (metáforas e outras figuras), pouco contato com seus desejos e demandas internas, ficando restritos ao factual e à realidade objetiva/material dos fatos (Volich, 2010). Tais pessoas demonstram, portanto, certa indiferença pelas relações interpessoais (incluindo-se aqui a transferência terapêutica), desprovidas de afeto e investimento libidinal e, como em uma “alienação pela própria história” (Volich, 2010, p. 208) preservam-se à descrição e ao valor dos fatos objetivos, automatizados e sem estabelecer relação afetiva com sua própria história ou relações pessoais. O autor observa que, em tais casos, sem a possibilidade de contar com representações ou recursos simbólicos,

em situações de conflito e de sobrecarga de excitações, essas dinâmicas propiciam, sobretudo, a descarga da excitação por meio de comportamentos automáticos, e, em alguns casos, o desenvolvimento de sintomatologia somática. (p.209)

Tal quadro observado em determinados pacientes com carência de mentalizações fora descrito por Marty (1990) como “depressão essencial”, também referida como “depressão sem objeto”, a qual, diferentemente da depressão neurótica, não se encontra nenhum tipo de trabalho ou investimento psíquico, elaborativo, sem auto depreciação ou culpabilidade consciente, sentimento de desvalorização, dentre outros. Esta depressão é caracterizada pelo rebaixamento libidinal, um desamparo e um desinteresse profundo perante a vida, muitas vezes nem sequer percebido ou trazido como queixa pelos pacientes. Tal dinâmica psíquica (ou de “falência do psiquismo”) pode ser comumente observada em pacientes com queixas somáticas recorrentes, fatigados, ou já em um

quadro avançado de desorganização e adoecimento psicossomático. Marty (1990) ainda acrescenta que a depressão essencial é habitualmente acompanhada de angústias difusas, automáticas e arcaicas, as quais traduzem o desamparo vivido por estas pessoas frente à impossibilidade de representar-se o afluxo dos movimentos pulsionais.

Uma cirurgia, o implante e a experiência de choque do CDI ou outra experiência de adoecimento com caráter possivelmente traumático pode representar um excesso abrupto de excitações, provocando momentos de desorganização no aparelho psíquico, uma sobrecarga do que pode ser mentalizado naquele momento. A não existência ou impossibilidade momentânea de se trabalhar com representações, de nomear e poder contar com componentes simbólicos, afetivos e metafóricos acerca do que se está vivendo acaba por comprometer a função de proteção dos recursos representativos, deixando o sujeito à mercê de descargas pelo comportamento ou quadros de somatização. Isto equivale dizer que não apenas os pacientes com uma predisposição estrutural à má-mentalização adoecem por esta dinâmica; mas que existem certas experiências - da ordem do indizível, inominável, do traumático “excessivo” (aspas pela redundância) - que podem desestruturar indivíduos tidos como neuróticos, bem adaptados e com “muitos recursos psíquicos”.

A discussão psicanalítica atual acerca do pânico (Menezes, 2006; Pereira, 2008; Santos, 2009) traz à luz o conceito de desamparo. A partir de 1926 com “Inibições, Sintomas e Angústia”, com a reviravolta de uma segunda teoria da angústia, Freud (1926[1925]/1969b) apresenta o próprio nascimento como um protótipo da angústia automática, visto que esta vivência do infante carrega em si a combinação entre um afluxo enorme de excitações de um lado, e de outro um aparelho psíquico extremamente frágil, incipiente e incapaz de organizar em um plano representacional (simbólico) tal experiência. Assim, como aponta Pereira (2008), a noção freudiana de “desamparo”

remete aos limites da capacidade metafórica e simbólica da linguagem. Entrar em pânico, segundo este ponto de vista, é situar-se em plena experiência de desamparo e não-representatividade experienciada nos primórdios da vida psíquica, incapaz de sobreviver por seus próprios meios.

A experiência de um adoecimento grave, deparar-se com a ideia da própria morte ou até mesmo uma elaboração do tipo “vida após a morte” (após o choque do CDI) representa uma grave ruptura na confiabilidade ambiental e da experiência de si. Diante desta vivência potencialmente traumática, o ambiente hospitalar - em um paralelo com os cuidados maternos - constitui-se como privilegiado para ser capaz de dar conta, nomear e organizar tamanho caos. O drama vivido por um paciente gravemente adoecido e internado em uma instituição hospitalar assemelha-se à condição de desamparo do recém-nascido (Chevnik, 1991): inicialmente há uma grande regressão e dependência total do ambiente para a própria sobrevivência, ter seu corpo alvo de manipulações estranhas à sua compreensão, assustadoras, sentidas como agressivas ou violentas – os próprios choques do CDI, os exames diários, os cortes cirúrgicos, a dor física, jejuns ou dietas forçadas – ser retirado abruptamente de seu convívio social, seu labor, seu dia-a-dia. Ficaria assim, a cargo da equipe “estendida” de cuidados hospitalares – médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc. – cumprir a vital função dita “materna” de páraexcitação destas vivências traumáticas, inomináveis e alheias à simbolização do paciente, frágil e indefeso como um recém-nascido, naquele momento.

Mesmo que na cena médica/hospitalar esteja claro o reconhecimento das possíveis consequências e iatrogenias psíquicas com o uso do CDI, a aproximação empírica e as pesquisas atuais em torno do tema refletem as marcas de objetividade própria do discurso médico e excluindo a subjetividade, o mais particular da vivência destes pacientes com o implante. Partindo desta hipótese de que a experiência possivelmente traumática advinda

do não-representado, do CDI não “historicizado” na vida do paciente e que este sofre do que não foi ou nem sequer ainda pode ser dito, temos que o discurso médico escuta estes sintomas com uma função silenciadora, enquanto que para Moretto (2001) o discurso psicanalítico com outro referencial teórico “não tem uma função silenciadora, mas sim uma função silenciosa, que promove a proliferação da fala do sujeito” (p.69).

1.3 Pós-Modernidade e a Medicina Pós-Moderna

É hora de se perguntar se um corpo bípede, que respira, com visão binocular e um cérebro de 1.400cm³ é uma forma biológica adequada. Ele não pode dar conta da quantidade, complexidade e qualidade de informações que acumulou; é intimado pela precisão, pela velocidade e pelo poder da tecnologia e está biologicamente mal equipado para se defrontar com seu novo ambiente. O corpo é uma estrutura nem muito eficiente, nem muito durável. Com frequência funciona mal [...]. É o momento de reprojeter os humanos, torna-los mais compatíveis com suas máquinas. (Sterlarc, 1997)

Sibilia (2011) debruça-se em seus trabalhos sobre a crescente instrumentalização de novas tecnologias, refletindo sobre o que a autora chama de tradição “fáustica” do pensamento sobre tecnologia e medicina. Próteses, medicamentos de nova geração, transplantes, implantes, dentre outros novos procedimentos demonstram na tecnociência uma “possibilidade de transcender a própria condição humana” (p.2), fato que surge, neste contexto, com uma “suspeita inusitada: o corpo humano, em sua antiga configuração biológica, estaria se tornando ‘obsoleto’”. (Sibilia, 2015, p.14). Estas tentativas parecem

ser uma subversão da condição humana de mortalidade e estamos diante de um “sujeito pós-orgânico”, no termo utilizado pela autora.

Raposo e Areosa (2009) alertam que as conquistas protagonizadas pelos esforços da biomedicina trouxeram benefícios revolucionários na melhoria de qualidade vida e saúde em geral, fato que, por vezes, acaba por retirar espaço de críticas ou problematizações sobre as consequências das inovações tecnológicas na sociedade. É de conhecimento geral que na atual chamada “sociedade da informação”, os limites e a fusão entre o homem e a técnica tenham se estreitado, fato que reitera mais uma vez a necessidade de se debruçar sobre estas questões ditas “atuais”. Certas áreas do saber, mais do que outras, concentram questões de níveis variantes de complexidade, tais como a informática e o que Sibilia (2015) nomeia como “novas ciências da vida”, incluindo-se aí questões como o genoma humano e a capacidade de se prever doenças futuras, os avanços nas áreas cirúrgicas e de implantes ou transplantes, todas questões que envolvem uma profunda e necessária reorganização no pensamento bioético.

Neste contexto surge um questionamento completamente novo e inusitado: teria o corpo-humano, em sua formação biológica natural, se tornado ultrapassado ou obsoleto?

Ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha proposto em 2001 um enfoque biopsicossocial para se encarar as problemáticas de saúde, temos que o modelo biomédico segue sendo uma hegemonia em muitas práticas na atualidade. Por se constituir um saber objetivo e científico sobre o corpo, o modelo biomédico exclui aquilo que é da ordem do sujeito, da subjetividade de quem passa pelos processos de saúde-doença (Marcon, 2016).

Barros (2002) explica que a compreensão dos processos de saúde e doença passa por transformações significativas ao longo da história da humanidade, como em diferentes paradigmas. Na antiguidade, coexistiam dois destes paradigmas: sendo o primeiro a *medicina mágico-religiosa*, que entendia a doença como resultado de uma transgressão, individual ou coletiva, das leis divinas; com o trabalho da cura sendo realizado por feiticeiros ou xamãs, capazes de reestabelecer a conexão com o divino. O segundo paradigma é a *medicina empírico-racional*, que entendia a doença como um fenômeno natural, associado também a correntes filosóficas, como visto em Hipócrates (considerado o pai da medicina moderna, viveu no auge da Grécia Clássica, em 400 a.C.), a doença era entendida como um desequilíbrio entre os elementos da natureza e os elementos do corpo. É interessante notar que o equilíbrio ou desequilíbrio desses elementos tinha relação com a história pessoal do doente, suas relações, seu trabalho, sua dieta e até mesmo seus sonhos. A medicina hipocrática considerava cada caso singular, cada doente trazia consigo sintomas que, isoladamente, não diziam nada, mas, em conjunto, caracterizavam sua enfermidade. O papel do médico era “ouvir” esses sintomas em consonância com o que era apresentado sobre a vida do doente (Barros, 2002; Volich, 2010).

No terceiro paradigma, que parte das ideias de Paracelso, no século XV d.C., as doenças eram compreendidas como algo independente do sujeito, a serem abordadas com remédios ou tratamentos específicos de origem química (Barros, 2002). Segundo Marcon (2016), apesar de ser um sistema médico nada simplista, baseado em ideias da alquimia, medicina popular, astrologia e também na visão cristã do mundo, tomar a doença como uma entidade independente do sujeito abre caminho para o surgimento do pensar medicamentoso, prático e mecanicista um século depois.

O quarto paradigma, predominante desde o século XVI até os dias de hoje, é o modelo biomédico ou mecanicista. No bojo dos avanços científicos do Renascimento, dos estudos em anatomia e cirurgia e da primazia pelo método científico cartesiano surge também a mecânica de Newton, que serve então de inspiração para a compreensão e descrição do modo de funcionamento do corpo humano, um corpo-máquina que funcionaria como um relógio e suas engrenagens: o ser humano fica reduzido a um ser mecânico (Barros, 2002; Marcon, 2016).

Em decorrência deste modelo de pensamento biomédico, temos a redução do doente e seu corpo a um organismo biológico, passível de ser abordado cirurgicamente ou quimicamente e, assim, tratar da doença sem considerar a existência do sujeito adoecido. Por si só, esse pressuposto pode ser origem de muitas iatrogenias e de sofrimento psíquico. Marcon (2016) articula que a singularidade de cada um, inclusive o sofrimento de cada um, aparece na posição de quem fala. A autora diz que nem a Medicina, nem a Psiquiatria e, por vezes, nem mesmo a Psicologia, ensinam a escutar, mas que, cada uma à sua maneira, busca compreender ou ler os sintomas apresentados, dentro da grande lógica de sua especialidade, na qual não há espaço para o sujeito. A saída proposta pela autora para este modelo “adoecedor” é a escuta, escuta da subjetividade excluída pelo paradigma biomédico.

Retornado ao pensar sobre a tecnociência, também fruto do paradigma biomédico, Raposo e Areosa (2009) entendem que

esta vontade de controlar a realidade e a própria vida não é uma característica totalmente inédita, pois a vontade do homem moderno em procurar assumir intransigentemente o controle de seu próprio destino, bem como a perseguição do horizonte da vida eterna, são indicadores expressivos da importância que é concedida

à ideia de absoluto controle, ordem e estabilidade, uma vez que estes atributos permitem empreender mudanças científicas e tecnológicas arrojadas que compensem o homem de sua finitude.

(p.1)

Em uma análise em cima disto, quase que como uma resposta, Sibilia (2015) alerta ser tratar de

um projeto muito ambicioso que, para além dos prazeres e triunfos nele envolvidos, não está isento de perigos, aflições e desafios de toda índole. Valendo-se de sortilégios digitais, por exemplo, essa empreitada (tecnocientífica) contempla a abolição das distâncias geográficas, das doenças, do envelhecimento e inclusive da mesmíssima morte. (p.14)

As inovações tecnológicas, particularmente aquelas do campo médico, apresentam como objetivo a saúde perfeita, o que acaba por alterar até o próprio conceito de saúde e estilo de vida, os quais acabam por associar-se à ideia de um corpo saudável e potencialmente até melhorado (por meio de próteses ou suplementos, por exemplo), reforçando a rejeição – e o horror – do homem contemporâneo em aceitar as limitações do seu estatuto ontológico, tais como a mortalidade e o adoecimento (Raposo e Areosa, 2009). Os autores também acrescentam que esta atual recusa do homem em aceitar limites tais como a dor, a doença e a morte difere significativamente dos paradigmas anteriores, nos quais estas características eram tidas como mais naturais ou até mesmo parte de um processo de “purificação, consciência e salvação designado por Deus e, por isso, aceitas e valorizadas” (p.4). Szapiro (2003) relaciona este investimento nos poderes trazidos pelas descobertas tecnocientíficas com os “velhos anseios de onipotência próprios à humanidade” (p.9), e retoma uma citação de Freud do artigo “Fetichismo”, original de

1929: “Épocas futuras trarão consigo novos progressos talvez de magnitude inimaginável [...] e não farão senão aumentar sua semelhança [a do homem] a um deus” (p.112).

No bojo desses anseios e modificações certa mitologia se faz presente, são anunciados como reais ou possíveis projetos que – até pouco tempo atrás – existiam exclusivamente no terreno das ficções, tais como nas obras clássicas *Frankenstein*, *Admirável Mundo Novo* e *Blade Runner*. A ideia de um corpo *cyborg*, resgatada da ficção e cada vez mais possível atualmente – por meio de próteses mecânicas ou eletrônicas, transplantes, terapias celulares fusionando Genética e Informática ou formas de tratamento e aprimoramento das funções corporais baseadas na nanotecnologia ou micro-engenharia – concebe e atenua cada vez mais as possibilidades e os limites entre o orgânico e o inorgânico.

Neste contexto o corpo humano aparece “descorporeizado”, tratado cada vez mais como um dado informacional, técnico e mecânico e a morte deixa de ser marcada apenas pelo fim biológico, tornando-se menos nítida e mais imprecisa (Raposo e Areosa, 2009). Szapiro (2003) acrescenta que esta realidade é uma “ficção transformada em certeza no mundo em que vivemos de que tudo é possível” (p.10), e que a ausência de limites, inclusive para a morte corresponde à uma recusa do princípio da realidade. Sibilia (2015) arrisca dizer que “os mecanismos da seleção natural descritos por Charles Darwin em meados do século XIX estão sendo transferidos para as mãos dos homens” (p.15), e que tal responsabilidade pode trazer ecos fascinantes ou aterrorizadores.

A proposta deste capítulo específico neste trabalho, que se debruça sobre as questões tecnocientíficas e a “medicina pós-moderna”, não consiste em abominar ou enaltecer tal cenário, mas sim de propor uma crítica e intentar teorizar as consequências de tais mudanças vertiginosas na subjetividade das pessoas. Nas palavras de Sibilia (2015):

O jogo consiste, portanto, em fazer como se nada fosse evidente ou natural, praticando então o saudável exercício do estranhamento, a fim de ensaiar novas refutações ou provocações. (p.18)

A fim de compreender as subjetividades e os corpos produzidos pelas biotecnologias, convém um aprofundamento nas bases filosóficas (e até míticas) que constroem esses novos saberes. Em sua obra “O homem pós-orgânico”, Sibilia (2015) apresenta duas vertentes ou tradições mítico-filosóficas que parecem direcionar estes saberes: a tradição prometeica e a tradição fáustica. Incluímos aqui um esclarecimento que estas duas vertentes fazem sentido dentro de uma leitura metafórica, como uma alusão a duas possíveis bases filosóficas para se pensar o uso das novas tecnologias e suas consequências nas subjetividades.

Na mitologia grega, Prometeu foi um titã que forneceu aos homens a habilidade de criar e domar o fogo e, através deste, construir suas primeiras tecnologias. Prometeu recebe então um severo castigo dos deuses, por ter fornecido à humanidade certa autossuficiência e racionalidade. Nesta tradição as tecnologias dão suporte às ações do homem, interferem de maneira objetiva em suas vidas, a natureza é então “domada” pelo homem, visando seu bem e o desenvolvimento da espécie.

Fausto foi um personagem fictício relevante e sua história tem origem incerta, mas foi contada em diversas versões a partir de uma lenda popular alemã. Fausto é descrito como um mago, alquimista e médico que, desiludido com os limites de seu conhecimento e poder técnico, faz um pacto com o demônio Mefistófeles. Tal pacto confere ao médico uma energia sem limites, insuflando sua técnica e sua ciência com um poderio sobre-humano. Segundo Berman (citado por Sibilia, 2015, p.45), “a tragédia ou a comédia se

produz quando Fausto perde o controle das energias de sua mente, que passam a adquirir vida própria, dinâmica e altamente explosiva”.

A importante diferença entre essas duas tradições apontadas pela autora recai no fato de que a tradição prometeica pretende dominar a técnica (a natureza) visando um bem comum à humanidade, aposta-se aqui no caráter libertador e utilitário do conhecimento científico, almejando melhores condições de vida graças ao uso da tecnologia. Associando tal linhagem aos progressos reais e históricos da humanidade, podemos ver aqui indícios do espírito iluminista, do positivismo, do socialismo utópico e das ciências como conhecimento puro e racional da natureza. Temos, assim, uma aposta na capacidade de melhora das condições de vida dos seres humanos. Sibilia (2015) também aponta que

tais processos têm uma duração indefinida: mergulham longamente no futuro, mas não são pensados como infinitos. Os devotos do prometeísmo consideram, portanto, que há limites em relação ao que pode ser conhecido, feito e criado. Mesmo sendo muito otimista quanto às possibilidades ainda abertas, percebe-se em seus discursos um espaço reservado aos mistérios da origem da vida e da morte, questões que excederiam a racionalidade científica. Ao que parece, então, tais cientistas entenderam a lição do mítico titã: certos assuntos pertencem exclusivamente aos domínios divinos. (p. 47)

O clássico romance de Mary Shelley intitulado *Frankenstein* conta a história de um ser artificial criado em laboratório pelo Dr. Frankenstein e tem o esclarecedor subtítulo de “O moderno Prometeu”. Sibilia (2015) analisa o livro sob a ótica da recém

descoberta da eletricidade (o livro foi escrito em 1818) e as promessas de que este novo tipo de energia poderia inclusive ressuscitar mortos ou – em uma curiosa comparação ao dispositivo objeto de estudo deste trabalho – até mesmo “reacender a inexplicável centelha da vida” (p. 47).

O que entra em debate pela tradição prometética é a questão que os conhecimentos e técnicas humanas não são onipotentes. Existe aí uma questão ética se há limites para serem respeitados na manipulação do ambiente e no aperfeiçoamento do corpo humano sem se distanciar da “natureza humana”, ou até mesmo se estas tecnologias não trazem consigo consequências nefastas pela profanação do “caráter sagrado da natureza”. Um exemplo atual disso seriam os alimentos ditos transgênicos, que podem então ser produzidos em larga escala ou com maior produtividade, mas aos custos de desconhecidos (ou não tão desconhecidos assim) malefícios pelo seu consumo.

Sobrepondo-se a tal contexto, os pilares que sustentam o projeto científico moderno revelam outra vertente filosófica e mítica acerca da tecnologia e seus usos: a tradição fáustica, que pretende revelar o caráter essencialmente tecnológico do conhecimento científico. Nas palavras de Sibilia (2015, p. 49)

de acordo com a perspectiva fáustica, os procedimentos científicos não visariam à verdade ou ao conhecimento da natureza íntima das coisas, mas somente à compreensão restringida dos fenômenos para exercer a previsão e o controle – ambos propósitos estritamente técnicos. Por isso é inevitável associar os parâmetros fáusticos à tecnociência contemporânea.

Algumas pesquisas recentes nas áreas relacionadas a biotecnologia, associadas às demandas do capitalismo moderno, parecem encarar as limitações orgânicas como rudes

obstáculos que restringem as potencialidades e ambições de cada ser vivo. O uso de próteses ou ajustes em cirurgias estéticas, por exemplo, podem não mais ter como objetivo reverter um doente para um estado saudável, mas sim aprimorar ou ampliar as capacidades do corpo, características marcantes da atual sociedade de consumo e da alta performance.

O filósofo francês Michel Foucault trabalha entre os anos de 1974 e 1979 sobre o conceito de biopoder. Tal construção pode nos ser útil para analisar a lógica por detrás dos usos que a sociedade faz da tecnologia. O biopoder ou biopolítica da população está relacionado ao controle das massas, saberes e práticas regulando em uma lógica capitalista e econômica todas as relações sociais. Essa forma de controle age por meio da sedução e conquista o indivíduo, por meio de mecanismos discretos que agem diretamente na vida em sociedade e tal tecnologia penetra em todos os momentos da vida, como mecanismos de bem-estar social (FOUCAULT, 1997).

Como exemplo disto, podemos citar o tabagismo e a obesidade como fatores de risco para doenças cardíacas, é inegável a relação que ser fumante ou obeso representa riscos à saúde e que esta verdade possa ser veiculada em diversas plataformas midiáticas. O biopoder, entretanto, não está relacionado exatamente com uma “boa intenção” do estado em querer garantir a qualidade de vida das pessoas, mas mais com uma questão de governabilidade ao se ensinar às pessoas que tais comportamentos são ruins e então a desejarem (ou sentirem-se culpadas pelo fazer contrário) aquilo que é conveniente para o próprio estado, a saber: a diminuição dos gastos públicos com saúde e doenças relacionadas ao tabagismo e obesidade. O que está por detrás desta análise são os mecanismos de controle da sociedade ou, assim como diz Silva (2018)

configurar a ideia de que o Estado seria o órgão central de poder. Foucault diz que junto com as instituições

disciplinares surge também os mecanismos de dominação do indivíduo. Foucault denomina todos esses mecanismos disciplinares como o poder que faz viver, ou seja, o mesmo faz uma comparação com o poder soberano onde a intenção era fazer morrer, enquanto o poder disciplinar cuida de valorizar a vida. A todos esses mecanismos Foucault denomina como biopoder, porque o intuito desses mecanismos é cuidar e garantir o bem-estar a toda sociedade contemporânea. Enfim o filósofo diz que essa nova tecnologia de poder está voltada para a manutenção da vida da espécie humana, mas também é uma forma de controle invisível. (p. 27)

Associando este conceito às questões tecnocientíficas que estavam em discussão, vejamos outro exemplo: a necessidade – humana, inata, ontológica – de dormir. Segundo a perspectiva capitalista e do biopoder, dormir não é produtivo, horas de sono implicam em uma perda absurda de horas de trabalho. Portanto, há algo que pode/deve ser eliminado recorrendo-se ao uso de substâncias químicas ou métodos de controle para corrigir essa “falha”, tal como o pagamento triplo de horas extras aos trabalhadores das indústrias japonesas, que chegam a trabalhar até 16 horas/dia, por exemplo.

Segundo Sibilia (2015, p.52) a “proposta mais audaz desse campo, porém, é a que pretende driblar a mais fatal de todas as limitações temporais humanas: a mortalidade”. Dentro desta perspectiva, novos estudos são desenvolvidos nas áreas de inteligência artificial, engenharia genética, criogenia e toda farmacologia antioxidante. Necessário lembrar que não mais estamos no campo da ficção, a morte é então encarada como uma “estratégia evolutiva ultrapassada” (Sterlac citado por Sibilia, 2015, p. 52).

Segundo Cromberg (2013, p.268) “a fantasia de ser único e imortal habita, desde os primórdios, cada um de nós”, existe nisso um aspecto positivo para garantir a sobrevivência em situações extremas, por exemplo nos casos em que as condições ambientais falham em dar este suporte, a sobrevivência se ancora nesta fantasia primordial. A autora aponta os exemplos de bebês órfãos, situações perigosas (que podem ser “paralisantes”) ou nos momentos de grave adoecimento e ameaça à vida. Trata-se de uma primeira defesa ao profundo desamparo, mas seu lado negativo caracteriza-se por uma rigidez perigosíssima, que pode inclusive levar à morte. É o que Freud chamou de fúria narcísica destrutiva, algo que elimina qualquer obstáculo que quebre com a ilusão de ser imortal. Tal fantasia tem um destino sublimatório interessante, que a autora compara com o ditado popular - gerar um filho, escrever um livro e plantar uma árvore - “mas para isso, é preciso aceitar, ao menos um pouco, habitar um corpo mortal” (CROMBERG, 2013, p. 268).

O artigo *O Futuro da morte* (Hughes, 2001) demonstra o quanto a tecnologia vem questionando os limites da morte. Como decorrência dos avanços tecnocientíficos, os limites médicos, bioéticos e jurídicos entre vida e morte estão sofrendo constante revisão, as condições antes vistas irrefutavelmente como morte passaram a ser reversíveis ou passíveis de importante novas decisões, tais como a interrupção do suporte artificial à vida, a extração de órgãos para transplantes, testamentos (incluindo-se a questão do testamento vital), dentre outras. Sobre o tema, Sibilia (2015, p. 53) discorre que

Durante vários séculos, a morte foi compreendida como a interrupção pura e simples do funcionamento do coração e dos pulmões, algo que podia ser comprovado facilmente (...) os respiradores artificiais colocaram em dúvida essa definição, por serem capazes de manter tais órgãos

funcionando mesmo que o cérebro tenha deixado de emitir as ordens necessárias para que o resto do corpo consiga fazê-lo de maneira autônoma. Depois as coisas se complicaram ainda mais e, hoje, também foi posta em xeque a definição de “morte cerebral” que fora aprovada de modo consensual em 1968. Agora se sabe que o cérebro possui capacidade de gerar novas células, e todo arsenal de próteses neurais e outras tecnologias da imortalidade se apresentam como capazes de reverter o processo que antes era entendido, de maneira fatal e definitiva, como a morte.

Uma série de novos debates éticos, técnicos e jurídicos é então pautada a partir da noção de uma arriscada “zona de morte”, questionando-se a própria definição de morte, pois começam a aparecer casos nos quais o óbito não é apenas declarado por ser irreversível tecnicamente, mas sim por uma escolha ativa (da equipe, familiares ou próprio paciente, previamente) em não revertê-la. O ato de falecer perde então tanto seu caráter natural ou sacro e cabe ao aparato tecnocientífico a função de postergar a morte ou até mesmo a de ressuscitação. Cromberg (2013) analisa que estas questões evidenciam cada vez mais a negação do corpo “em sua materialidade imperfeita, mortal, em nome dos ideais culturais e sociais erigidos como norma tirânica (...), ainda que com o sacrifício da vida prazerosa ou desprazerosa possível na habitação de um corpo mortal” (CROMBERG, 2013, p. 270)

Do ponto de vista da prática clínica, todo este cenário potencializa e produz novas ansiedades e incertezas. Para ilustrar esta problemática, Veloso (1996) discorre sobre a transformação que as tecnologias de imagem (tais como ressonância magnética, a radiologia, tomografia, entre outras) provocaram sobre o ato de clinicar em saúde. Szapiro

(2013) retoma que a palavra *clínica* está relacionada ao exercício de inclinar-se, debruçar-se sobre o “leito” de alguém e experimentar o outro, remete ao exercício de olhar para um outro. Veloso (2006) acredita que os avanços médicos nas tecnologias de imagem representam uma enorme desvalorização para este sentido de “clínica”, pois agora seria possível “ver” aquilo que antigamente se inferia apenas através de extenso trabalho clínico e de raciocínio, após contato direto e sensível com o paciente. Concordando com Raposo e Areosa (2009),

se acentuou o declínio do estatuto da experiência sensível dos médicos – visível na relutância dos médicos em lidar com o sofrimento dos pacientes -; que se intensificou a fragmentação da medicina em torno de partes do corpo; mas também que se consolidou a ideia que a imagem técnica do interior do corpo corresponde à realidade objetiva do corpo, o que negligencia um aspecto importante e que diz respeito ao fato do fenômeno patológico não ser independente da sua construção imagiológica.

(p.6)

Sobre aquilo que não é, e não pode ser visto – por exemplo – nos exames de imagens, Szapiro (2013) diz que

Os seres humanos são seres da linguagem, o homem é um *parlêtre* [...] temos um corpo, que é biológico, mas cuja existência só pode ser expressa pela linguagem. Deste fato, nós, os humanos, habitamos um mundo diferente dos outros seres vivos, habitamos no mundo simbólico, este mundo que é feito de ilusões necessárias, que é refúgio e esperança para um viver possível (p.5)

A pós-modernidade é descrita como uma nova época que se caracteriza pelo desaparecimento, pelo esgotamento das grandes narrativas (Szapiro, 2013). Minerbo (2013) explica que este momento da história da civilização é marcado pela queda das grandes instituições e valores que serviram de base para a civilização ocidental, tais como a religião, a família, a educação, a política e também a medicina. A falência de tais grandes instituições, antes rígidas, sólidas e confiáveis, pode ser vivida como uma libertação, mas também com extrema angústia e “falta de chão”, nas palavras da autora. Szapiro (2013) entende que a pós-modernidade abre-nos as portas, anunciando a liberdade de escolha para caminhar como queiramos. Entretanto, nos coloca diante certo vazio, um vazio “representativo”, como explica Minerbo (2013):

tomo emprestado da medicina o termo "depleção", que significa redução de alguma substância no meio celular, com prejuízo de seu funcionamento. A depleção de ferro no organismo, por exemplo, produz anemia, acarretando extrema fraqueza e falta de ar. Pareceu-me uma boa imagem para falar do que vem acontecendo com o aparelho psíquico e seu funcionamento no mundo contemporâneo: a insuficiência/fragilidade do símbolo vem produzindo uma espécie de "anemia psíquica".

Associando a questão de que a clínica na pós-modernidade e do discurso biomédico é uma clínica que “cala” o sujeito com um cenário totalmente novo colocado pela tecnociência, no qual estamos diante situações inéditas acerca de como nos relacionamos com o corpo dentro das questões de saúde e doença, vemo-nos diante da problemática aqui proposta acerca dos pacientes com implante de CDI. O paciente que faz uso do implante de CDI é um sujeito inserido neste cenário novo e nebuloso, vivendo questões por si potencialmente traumáticas acerca de sua doença cardíaca, acrescido da

“companhia” de um aparelho que pode ter tanto um revestimento simbólico de “salvador de vidas” como de “assustadoramente invasivo”. E é justamente nestas questões, sobre a insegurança, a angústia e o desamparo que o sujeito contemporâneo pode experimentar e que “escapam” às biotecnologias e à medicina contemporânea, que a psicanálise pode oferecer um novo enfoque e abordagem de compreensão sobre o tema.

2. JUSTIFICATIVA

A partir da bibliografia científica sobre o tema recente dos usos do CDI, dos impactos já documentados e das próprias questões que a prática assistencial interpõe ao saber, notam-se demandas de aprofundamento e lacunas de compreensão. São esses elementos que impulsionam o presente trabalho.

Mediante essas diferentes problematizações, é possível vislumbrar que a busca por uma aproximação psicanalítica pode auxiliar no sentido de uma outra compreensão acerca do tema, outra maneira de “escutar” estes sintomas, contribuindo também para a própria assistência a estes pacientes.

Paralelo às práticas da medicina contemporânea e da tecnociência, que visam solucionar problemas de ordem médica encarando o sintoma como algo a ser eliminado e por vezes caindo em uma concepção de “homem máquina”, desprovidos de subjetividade, são constantes os esforços verificados para melhorar os vínculos e o âmbito relacional em saúde, como as iniciativas em Saúde da Família, regionalização do SUS e o matriciamento na atenção básica, apoiados em um discurso de humanização. Compreender melhor de que sofrem estes sujeitos, o que escapa ao discurso médico e não simplesmente catalogar e medicar os pacientes pós-implantes de CDI, representam uma modalidade de cuidado mais próxima e possivelmente mais resolutiva até mesmo para o serviço de saúde como um todo.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Este trabalho teve como objetivo compreender como é significada pelos pacientes a vivência do implante de CDI, bem como as possíveis fantasias, discursos e representações acerca do dispositivo, dos choques e do tratamento com o implante.

3.2. Específicos

Averiguar a compreensão e informações objetivas dos pacientes em relação ao dispositivo e tratamento proposto.

Levantar, na compreensão dos próprios pacientes, as principais implicações e consequências em suas vidas do implante do dispositivo.

Ampliar o escopo teórico-clínico a respeito do tema, de modo a elucidar as compreensões da psicanálise para o desenvolvimento de práticas e atenção em saúde para os pacientes com o dispositivo.

4. MÉTODOS

4.1. Abordagem Metodológica

Partindo do cenário médico-hospitalar, origem do problema de pesquisa apresentado, são muito bem documentadas as consequências e implicações do implante do CDI. Em uma revisão recente da literatura acerca dos aspectos biopsicossociais de se conviver com o dispositivo, Ferguson (2012) aponta a prevalência de pesquisas e artigos quantitativos, com base no discurso médico, psiquiátrico e fazendo uso de escalas, testes e medidas quantitativas desta experiência, em detrimento dos aspectos subjetivos.

A presente pesquisa, com orientação psicanalítica, visa um “retorno” às questões subjetivas propondo uma aproximação metodológica qualitativa à questão. Segundo Turato (2005) a metodologia qualitativa aplicada ao campo da saúde, busca entender o

significado dos fenômenos estudados para a vida das pessoas, uma vez que este significado apresenta função estruturante e correlação em como elas vão vivenciar o processo saúde-doença. Tem-se, portanto, uma abordagem voltada para o estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os seres humanos fazem de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos (Turato, 2003).

4.2. Participantes

Conforme Minayo (1994) o processo de estratégias da amostragem deve levar em consideração indivíduos privilegiados no deter das informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer, em número suficiente para reincidência das informações e em um conjunto de informantes que permita a apreensão de possíveis semelhanças e diferenças em relação ao tema pesquisado.

Desta maneira os participantes convidados à esta pesquisa foram pacientes com implante do CDI, adultos, vinculados ao Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e atendidos pelo Setor de Arritmia. O Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, localizado na cidade de São Paulo, é reconhecido como uma prestigiada instituição especializada na área cardiovascular, com finalidade de prestação de assistência médico-hospitalar, em regime ambulatorial, de emergência e internação; visando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Os pacientes foram convocados enquanto estavam no ambulatório da instituição, para o momento de sua consulta médica de acompanhamento e quando tinham possibilidade de responder prontamente à entrevista proposta, mediante aceitação e devidos cuidados éticos e informativos.

4.3. Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento para coleta dos dados foi uma entrevista semi-estruturada. Discorrido por Fontanella, Campos e Turato (2006) este uso semidirigido da entrevista em pesquisas qualitativas tem caráter exploratório, uma vez que os entrevistados falam sobre os significados que eles atribuem a suas experiências de vida e da doença, e também um caráter assimétrico, sendo esta uma relação humana na qual o entrevistador define a situação e coloca os tópicos possíveis da conversação, de maneira a motivar um discurso respeitando o princípio da livre associação de ideias.

Minayo, Deslandes e Gomes (2009) apontam a entrevista como forma privilegiada de interação social, capaz de oferecer aproximações sobre o contexto em que a fala é produzida, abarcando: práticas, cumplicidades, omissões e reveladora de condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos, em condições históricas, sociais, econômicas e culturais específicas. A entrevista também é notória pela emersão de significados atribuídos a fenômenos, até aquele momento uma exclusiva “propriedade” (nem sempre conscientes) dos entrevistados (Fontanella et al, 2006).

O Roteiro de Entrevista Semi-estruturada (Anexo 1) foi construído previamente, com base no levantamento bibliográfico e objetivos do trabalho, com questões e tópicos a fim de aprofundar a comunicação, mas não a cercear, contribuindo para emergir a visão e os juízos do ponto de vista dos interlocutores (Minayo et al, 2009). A fim de refletir acuradamente as palavras dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise.

Concomitante a cada entrevista, também foi preenchido um Formulário de Identificação (Anexo 2) contendo: caracterização do paciente (nome, sexo, idade, estado civil), contextualização quanto à saúde (diagnóstico, duração do problema clínico,

tratamentos, comorbidades) e possíveis informações relevantes do contato estabelecido, como circunstâncias ambientais, reações ou impressões do entrevistador.

4.4. Forma de Análise dos Resultados

Para atingir mais precisamente os significados manifestos e latentes das falas dos participantes foi utilizada a Análise de Conteúdo, com uma perspectiva temática, como proposta por Minayo (1994). Segundo a autora esta é uma forma que atende a investigação qualitativa do material referente a saúde, uma vez que a noção de “tema” se refere a uma afirmação a respeito de determinado assunto.

Campos e Turato (2009) elucidam que o tema é um agrupamento de sentenças, frases ou parágrafos em unidades de análise, unidades estas definidas pelo pesquisador através dos objetivos de sua pesquisa e indícios levantados do seu contato com o material estudado e teorias embasadoras. À esta compreensão Minayo (1994) completa que os temas são núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência sejam significativas ao objetivo analítico visado.

O processo consiste em três etapas sendo a primeira chamada de “pré-análise” ou pré-exploração, que consiste em uma leitura flutuante (analogia a atitude do psicanalista) a fim de apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais, com objetivo de selecionar o *corpus* das entrevistas a ser analisado, bem como a formulação de hipóteses para a elaboração de indicadores para a interpretação final. A segunda fase corresponde à exploração do material e consiste na operação de codificação em unidades de registro, os dados são agregados e classificados em temas. Na fase final são feitas as inferências e as interpretações propriamente ditas, junto ao quadro teórico estudado, bem como um trabalho de abstração para sugestões de novas teorizações e explicações acerca do tema (Campos & Turato, 2009; Minayo, 1994).

Por fim ao processo de análise dos dados, buscou-se estabelecer novas relações do o material às teorias pertinentes com o objetivo de fundamentar discussões e práticas assistenciais no contexto da saúde e no labor de profissionais como o psicólogo ou psicanalista incluído na assistência de uma instituição hospitalar, sem a pretensão de generalizar os resultados encontrados. Apesar de não ser uma proposta de investigação psicanalítica no sentido estrito, como uma pesquisa clínica levando em consideração a transferência e outros fenômenos próprios do setting analítico, a psicanálise foi utilizada como referencial teórico para argumentação, análise e discussão dos resultados.

5. ANÁLISE DOS ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo conta com a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3), submetido junto ao Protocolo de Pesquisa e com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP), instituição proponente a qual o pesquisador está vinculado, bem como ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, instituição coparticipante, na qual foi instalado o campo de investigação.

Via Plataforma Brasil, a pesquisa em questão foi aceita pelos respectivos Comitês de Ética supracitados, sob os pareceres consubstanciados aprovados de números: 79933617.6.0000.5561 (Instituição Principal: Universidade de São Paulo) e 79933617.6.3001.5462 (Instituição Coparticipante: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia). No primeiro contato com os entrevistados foi realizada uma apresentação do pesquisador, instituição vinculada, tema e objetivos da pesquisa. A participação foi voluntária, assegurando-lhes o sigilo e a liberdade em recusar participar da pesquisa a qualquer momento, foi também ressaltado que isso não implicaria em nenhum prejuízo ao participante, bem como ser uma pesquisa sem relação direta com o atendimento

assistencial recebido pelo paciente na instituição hospitalar. Por meio do TCLE e de perguntas diretas ao pesquisador os participantes puderam obter informações essenciais sobre a pesquisa: justificativa, objetivo, procedimentos, método de coleta e análise dos dados, o uso que será feito dos mesmos, riscos e benefícios previstos, bem como formas de contato com o pesquisador responsável.

Com relação aos possíveis riscos desta pesquisa, deve-se levar em conta que, como o participante foi convidado a expor suas percepções sobre determinado tema, era possível o surgimento de certos desconfortos emocionais quanto à esta proposta. Tais dificuldades, se observadas, poderiam ser prevenidas e reparadas; caso fosse reconhecida necessidade de seguimento em psicoterapia ou outra modalidade de assistência, a assistência psicológica seria realizada pelo pesquisador responsável na instituição em questão ou outros recursos da comunidade acionados, mediante concordância do paciente.

6. RESULTADOS

Foram entrevistados 6 pacientes adultos, portadores de CDI, abordados no ambulatório da instituição no momento de sua consulta de seguimento médico. Todos os pacientes entrevistados eram do sexo masculino, pelo motivo de randomização na coleta da amostra; tal fato será discutido futuramente, entretanto pela natureza do trabalho, não se caracteriza uma limitação. Pode-se observar uma variabilidade no tempo de convivência com o dispositivo, sendo o mais recente tendo implantado em dezembro de 2017 e o mais antigo em janeiro de 2007. Todos os pacientes entrevistados, com exceção do que teve o CDI implantado mais recentemente, já realizaram ou estão em espera para nova cirurgia de troca do gerador (“bateria”) do dispositivo; tal fato é pontuado pois mostrou-se relevante para a discussão do trabalho. Quanto à necessidade do implante do dispositivo, pode-se perceber que o principal diagnóstico foi de miocardiopatia,

entretanto todos os pacientes apresentam condições crônicas de saúde associadas às questões cardiovasculares, tais como dislipidemia (níveis de colesterol e/ou triglicerídeos elevados), hipertensão arterial, diabetes ou doença renal crônica. Para ilustração, foi elaborado o seguinte quadro dos pacientes participantes:

Quadro 1 – Tabela com caracterização dos participantes, com dados de identificação e referentes à condição médica estudada.

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Diagnóstico (s) Principal (ais)	Data do Implante do CDI	Quantidade de Choques
J.	Masc.	55	Casado	Síndrome Qt Curto, hipertensão arterial secundária, doença arterial coronariana, dislipidemia, insuficiência aórtica, hipertireoidismo	2009 (implante do CDI), Outubro/2015 (troca de gerador)	2 choques inapropriados (2009)
O.	Masc.	68	Casado	Miocardiopatia chagásica dilatada, doença renal crônica, acidente vascular cerebral prévio	Julho/2015 (implante do CDI)	Sem choques.
M.	Masc.	71	Viúvo	Miocardiopatia dilatada, hipertensão	Fevereiro/2010 (implante do CDI)	Sem choques

				arterial secundária, diabetes melitus, dislipidemia, hipotireoidismo, acidente vascular cerebral prévio		
A	Masc.	78	Solteiro	Miocardiópatia hipertrófica dilatada, dislipidemia, hipertensão arterial	2010 (implante do CDI), dezembro/2017 (troca de gerador)	9 choques apropriados (2010)
D	Masc.	78	Casado	Miocardiópatia isquêmica, infarte agudo do miocárdio prévio, dislipidemia, doença renal crônica	Janeiro/2007 (implante do CDI), agosto/2012 (troca de gerador)	2 choques apropriados (2018)
C	Masc.	55	Casado	Infarte agudo do miocárdio, doença arterial coronariana, infarte agudo do miocárdio prévio, hipertensão arterial secundária, dislipidemia,	Dezembro/2017 (implante do CDI)	Sem choques.

				obesidade, trombose venosa profunda		
--	--	--	--	---	--	--

6.1. Apresentação dos grupos temáticos e categorias de análise das entrevistas

A análise dos dados obtidos pretendeu aprofundar-se no entendimento e construções subjetivas dos pacientes acerca de sua doença e implante de CDI, bem como suas relações com o dispositivo. Os resultados foram agrupados em duas categorias de análise; as quais foram subdivididas em 7 grupos temáticos. É importante destacar que os significados de cada tema não se esgotam em si, podendo haver certa permeabilidade entre eles. Torna-se importante observar a singularidade de cada tema, mas sem desconsiderar elementos que os interliguem.

Quadro 2 – Tabela dos grupos temáticos e categorias de análise das entrevistas.

Categorias	Grupos Temáticos
1. O adoecimento em geral	1.1.Sobre o conhecimento e compreensão da doença
	1.2.Sobre ansiedade, depressão e estresse
	1.3.Sobre a relação com a equipe de cuidados
2. O implante do CDI	2.1.Sobre a decisão do implante
	2.2.Sobre adaptar-se ao CDI
	2.3.Sobre os choques
	2.4.Sobre a significação do aparelho

6.2. Definições dos grupos temáticos e categorias de análise

Categoria 1: O adoecimento em geral: falas dos pacientes sobre seu processo de adoecimento, implicações deste em sua vida, bem como hospitalização e equipe de cuidados.

1.1.Sobre o conhecimento e compreensão da doença: conhecimentos objetivos sua doença, sintomas e relação com a necessidade do implante de CDI.

1.2.Sobre ansiedade, depressão e estresse: compreensões dos pacientes sobre como questões emocionais e sua saúde física se inter-relacionam.

1.3.Sobre relação com a equipe de cuidados: discursos acerca da importância da equipe e entorno hospitalar na maneira como o paciente encara sua doença.

Categoria 2: O implante do CDI: questões mais objetivas relacionadas à implantação e convivência com o dispositivo CDI.

2.1.Sobre a decisão do implante: falas dos pacientes sobre o processo de escolha da implantação do CDI, bem como sua participação e aceitação deste.

2.2.Sobre adaptar-se ao CDI: o reconhecimento da necessidade de um processo adaptativo, mudanças na relação com o CDI ao longo do tempo.

2.3.Sobre os choques: relação dos pacientes com os choques emitidos pelo dispositivo, lembranças de choque vividos ou expectativas em relação aos choques.

2.5.Sobre a significação do aparelho: falas dos pacientes que denotem suas construções subjetivas acerca do aparelho, diz respeito aos aspectos emocionais e representações que o aparelho tem em suas vidas.

7. DISCUSSÃO

7.1.Sobre o conhecimento e compreensão da doença

O adoecimento é vivido como uma situação limitante no decorrer da vida de um sujeito, na cena clínica hospitalar coexistem dois discursos sobre o adoecer. O primeiro, característico da ciência médica é construído em cima da objetividade, “conhece-se” a doença através de seus sintomas, exames, dados, pesos e medidas. Outra maneira de “conhecer” é atravessada pela subjetividade dos pacientes.

A compreensão do paciente sobre sua doença é um aspecto privilegiado na investigação da prática diária dos psicólogos hospitalares. Conhecer o que está se passando com seu corpo e o tratamento proposto pela equipe é fato primordial para que o paciente esteja de fato envolvido subjetivamente, e não prestando-se apenas como um organismo manipulado e alheio a todo o processo.

Para ilustrar as seguintes explanações sobre o tema, faremos uso de fragmentos da entrevista com o Paciente M:

Paciente M:

E: Primeiramente, o que o senhor sabe sobre o dispositivo

CDI?

P: Olha, toda a parte teórica eu sei porque na época da implantação eu li a respeito, peguei artigos na internet... como é? Estudei sobre o cardioversor... desfibrilador.

P: Ah eu sou muito calmo e também já tinha estudado sobre o assunto, então isso daí ajudou. Eu fiquei bem até, não fiquei nervoso nada... E o que acontece? A terapia que estava sendo feita começou a dar resultados, então eu fui gradualmente melhorando. A terapia que eu digo são os medicamentos pro coração, os exames de rotina, fiz cateterismos, aquelas coisas... então eu percebi que estava melhorando. Mas isso continua até 3 ou 4 anos atrás, quando descobriram a real causa do meu problema. Isto é interessante, quando colocaram o CDI, não tinha ainda diagnóstico definido pro meu problema. É cardíaco, lógico, tomava remédios para o coração, mas não sabiam exatamente qual era o problema. Mas como insistiram em cateterismos, e exames de imagem, como a cintilografia, acabaram chegando no problema real que eu tinha. Talvez se este problema tivesse sido detectado em 2001, a minha vida teria sido mais fácil.

E: E qual foi o diagnóstico?

P: Era uma obstrução nas coronárias, em um lugar que eles me disseram que era complicado, por isso o cateterismo

não mostrava. Inclusive foi um palpite de uma estagiária, de uma residente, ela ficou encucada, falou para pesquisarem uma determinada área e parece que isso foi o crucial. Eu me lembro bem deste cateterismo, que eu estava lá na mesa, e aí o médico que estava fazendo falou assim “Até aqui tudo igual”, porque ele estava comparando com as imagens do anterior. Uma hora ele falou “Opa! ”, eu percebi que alguma coisa tinha sido encontrada, aí eles descobriram essa obstrução. Fazem uns 4 anos atrás, daí foi feita angioplastia, e dois stents. E daí veio uma melhora significativa, a melhora que eu conheço que aconteceu foi na fração de ejeção, melhorou a pressão do coração, mas eu também fui ficando mais tranquilo porque sabia qual era o meu problema de saúde.

O paciente exemplifica em sua fala, o quanto conhecer de fato seu problema de saúde e a terapêutica adotada pode ter lhe ajudado em seu processo de aceitação. Além disso é interessante notar sua curiosidade praticamente imediata de buscar informações sobre o tema ao saber da necessidade do implante. Estudos apontam a influência deste conhecimento na qualidade de vida, mas principalmente no envolvimento do paciente com seu tratamento. Lustosa, Alcaires e Costa (2011) defendem que a compreensão de sua doença e o significado que esta tem para si são os principais fatores preditores de uma boa adesão ao tratamento proposto, sendo que “a adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle efetivo de muitas doenças, principalmente as crônicas” (p.28). O termo “adesão ao tratamento” diz respeito ao seguimento do paciente das orientações,

prescrições de medicamentos, recomendações e restrições específicas (alimentares, de exercício físico ou restrição hídrica, por exemplo) passadas pela equipe de cuidados.

Vejamos agora o seguinte momento da entrevista com o Paciente O:

Paciente O:

E: O que o senhor sabe sobre o aparelho de CDI? Pode me contar um pouco como ele funciona?

P: (risos) (pergunta timidamente meu nome, novamente).

Olha, é o seguinte, o que eu sei é que é um aparelho que ajuda o coração, o trabalho do coração. O meu coração era fraco, então quer dizer que o CDI vai ajudar, e ele às vezes pode dar um choque para ajudar o coração a estar trabalhando mais contínuo. (silêncio, fecha os olhos) Eu esqueci do resto.

E: Tudo bem, o senhor explicou o básico, está ótimo! E no seu caso específico, por que foi preciso colocar o CDI, o senhor sabe?

P: Ah sim! Isso eu sei, é que eu tive um problema de Chagas. A Chagas pode dar até no intestino, ou ataca o coração. O meu coração dilatou, e como ele está dilatado, não tem pressão, não tem força de bombear o sangue. Então o que acontece? O meu coração não tem força para bombear o sangue, e por isso daí começo a reter líquidos, o CDI serve para isso, para ajudar e dar impulso no coração.

E: Como era sua doença cardíaca antes do CDI, antes de fazer o implante como o senhor se sentia?

P: É o seguinte, eu estava sentindo muita, mas muita cansa.

E: E o CDI ajudou nisso?

P: Melhorou bastante! Passei às vezes uma época depois, alguns dias ainda sentia cansa, mas comecei a tomar medicamentos também. Eu tomo furosemida, para urinar mais e não reter líquido também, aí depois que comecei a tomar o remédio fui me sentindo bem e não retia mais líquidos. Às vezes eu ainda volto aqui para acompanhar o tratamento, ultimamente eu estava tomando 4 comprimidos por dia, dois de manhã e dois à noite. Foi quando então eliminava a água do corpo e eu passei a me sentir bem, tranquilo, sem problemas.

Pelo fragmento acima, pode-se notar a compreensão do paciente sobre sua doença, bem como a adesão do mesmo ao seu próprio tratamento. No estudo realizado por Lustosa, Alcaires e Costa (2011), a adesão é compreendida como um processo multifatorial que só pode existir decorrente da relação entre aquele que cuida e quem é cuidado. Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2006) relacionam diversas variáveis que podem estar relacionada no envolvimento do paciente com seu tratamento, assegurando assim uma maior adesão, sendo que as mais preponderantes estão associadas às questões de orientação, informação, compreensão e comunicação entre paciente e equipe.

Sobre a relação entre compreensão e comunicação, a entrevista com o Paciente J nos acrescenta algo à esta discussão:

Paciente J:

E: O que o senhor sabe sobre o aparelho CDI?

P: Praticamente eu não sei muita coisa sobre o CDI, a fundo não me explicaram o que seria. Mas eu acho que sei o básico.

E: Me fala sobre o básico que o senhor sabe, então.

P: Que o aparelho é implantado para acompanhar os batimentos cardíacos, e se tiver algum pico, intervir, dando um choque para inibir este pico ou arritmias. Isso é o que eu sei.

E: Mas é isso mesmo, não?! O senhor sabe! O senhor chegou a ter algum choque já?

P: Sim! Duas vezes já depois de implantar.

E: Bom, então depois o senhor me conta com mais calma sobre estes choques. Você sabe o motivo que foi preciso fazer o seu implante de CDI?

P: No meu caso é porque eu tenho Síndrome do Qt curto. Que geralmente o pessoal tem o Qt longo, até o médico ficou surpreso quando fez a leitura do aparelho que estava medindo os meus batimentos. Neste dia eu desmaiei e deu um pico de 520 batidas por minuto. E neste caso antes de

ser internado, fazer cirurgia e implantar o marca-passo eu tive três desmaios; e eu internava, chegava lá, fazia todos os exames e os médicos não encontravam nada. Esta doença é algo momentâneo, passou o pico, acabou, volta tudo ao normal, não vai achar em nenhum tipo de exame. Era isso que estava acontecendo, eu poderia de uma hora pra outra, morrer sem saber o que foi que houve.

Faz-se importante pensarmos também sobre a apropriação do paciente sobre seu conhecimento; no trecho descrito acima o Paciente J mostra-se inseguro, dizendo inicialmente não saber sobre o dispositivo, fato que é refutado com o decorrer da entrevista, uma vez que ele é capaz de discorrer sobre especificidades do aparelho e também sobre sua incomum doença. Sua frase: “a fundo não me explicaram o que seria” (*sic*), nos faz pensar sobre a questão da comunicação, ainda mais se tratando de um saber médico, muito específico e distinto do saber popular. A palavra comunicação, derivada do latim *communicare*, significa “ter algo em comum, compartilhar”, o que posteriormente foi sendo utilizado com o sentido de “estar em contato ou ter uma relação compartilhada com alguém” (VAINBOIM, 2018). A boa comunicação se faz fundamental nos cuidados em saúde pois assegura um direito primário do paciente que é a informação correta e adaptada à sua compreensão sobre sua doença, mas também por trazer uma melhora significativa na relação do paciente com seu tratamento e processo de adoecimento, trazendo inclusive alívio psíquico. Nas palavras da autora (VAINBOIM, 2018, p. 153):

quando a pessoa sabe ao que vai ser submetida, pode colaborar mais, além de cuidar de maneira preventiva das emoções perturbadoras que emergem quando enfrenta o

desconhecido. Receber também esclarecimentos sobre os efeitos colaterais dos tratamentos faz com que o paciente possa se preparar melhor para enfrenta-los.

Em um estudo brasileiro com o objetivo de identificar os fatores geradores de ansiedade em pessoas hospitalizadas, Gomes e Fraga (1997) observaram que apenas 11,1% dos pacientes entrevistados consideram-se bem informados sobre seu estado de saúde e tratamento, enquanto que 88,9% sabem pouco ou não têm nenhum conhecimento sobre sua doença, tratamento e medicações. Concordamos com as autoras que associam a uma maior sensação de segurança o domínio e a clareza sobre seu corpo e a realidade que o cerca. O estudo conclui que “estar doente e desconhecer o tipo de tratamento a que deve ser submetido são fatores que trazem insegurança” (GOMES & FRAGA, 1997, p. 434), as autoras então ressaltam que orientações personalizadas, adaptadas às necessidades e nível de compreensão dos pacientes são fundamentais para a diminuição deste problema.

Ainda que demonstrando certa insegurança ou sensação de “impropriedade” sobre o assunto, pode-se observar que os pacientes entrevistados na presente pesquisa mostram conhecimento adequado, ainda que básico, sobre sua doença e sobre o funcionamento do dispositivo. Seguimos com alguns trechos dos Pacientes A, D e C:

Paciente A:

E: Para começar, o que o senhor sabe sobre o CDI?

P: O aparelho de CDI ajuda a batida do coração, a circulação do sangue, então ele ajuda a manter o coração em funcionamento. E eu tenho também o desfibrilador que,

se caso o coração parar, ele dispara no coração. E quando eu operei em 2010, o meu aparelho disparou 9 vezes.

- - -

E: O senhor sabe porque que foi preciso seu implante de CDI?

P: O implante de CDI é pela taquicardia que eu tinha, e eu tenho miocardiopatia hipertrófica, aquela doença que matou aquele jogador no campo de futebol. Então por isso implantaram o CDI.

Paciente D:

E: O que o senhor sabe sobre o aparelho de CDI?

P: Olha, o que eu sei é o seguinte, já levei algumas vezes o choque.

E: Já levou choques?

P: É, só que assim, do aparelho. Às vezes a gente estava deitado e fazia Bum! (imitando explosão), e pulava até pra cima, viu?!

E: Dolorido?

P: Dolorido! Mas foram poucos dias.

E: Quantos choques o senhor levou?

P: Deste jeito foram uns dois dias.

O Paciente D foi o único que pouco demonstrou conhecimento sobre o funcionamento ou necessidade do uso do dispositivo e associou diretamente o dispositivo aos choques sofridos. Tal fato pode ser melhor esclarecido ao ser analisado em conjunto à categoria “Sobre a decisão do implante”, no qual fica exposto que o paciente mostrou-se inseguro e ingênuo quanto ao dispositivo também no período de implantação. O próprio paciente reconhece este problema, mas o relaciona com a complexidade de seu diagnóstico e urgência com que as coisas aconteceram em sua vida. Sobre tal fato, iremos nos ater com mais detalhes em uma análise próxima.

Paciente C:

E: Bom, vamos começar então. O que o senhor sabe sobre o CDI?

P: O que é sei é que ele é para garantir, se houver alguma... se meu coração entrar em fibrilação ele interrompe e faz ele bater normal. Ele interrompe com um choquezinho, um choque elétrico.

--

E: Que ano o senhor enfartou?

P: Em 2013.

E: E o senhor acredita que isto tem relação com a necessidade de ter colocado o CDI?

P: Foi por isso, eu coloquei faz um ano em dezembro.

Nestas falas do Paciente C pode-se perceber seu conhecimento adequado sobre o dispositivo, colocado como decorrente de seu histórico de adoecimento; mas já é digno sublinhar um fator colocado por este como significação atribuída ao aparelho “é para garantir”, tais interpretações serão retomadas na análise do tema “Sobre a significação do aparelho”.

Hirsh, Sears Jr e Conti (2009) realizaram uma discussão clínica em cima de um único paciente participante de um Programa de Treinamento Cognitivo-Comportamental para ansiedade e depressão em pacientes com implante de CDI. A primeira fase deste treinamento (as duas primeiras sessões, de oito, no total) foi focada em psicoeducação, sendo incluído tópicos sobre anatomia básica e fisiologia da doença cardíaca, funcionamento do dispositivo CDI, informações sobre os choques e suas causas/fatores precipitantes. Em auto relato do paciente, após participação no estudo, o mesmo salienta a importância deste momento informativo, sentindo-se aliviado por “não estar enlouquecendo” ao saber que reações psicológicas tais como ansiedade são comuns em pacientes após implante de CDI. Mesmo que se tratando de um caso único (estudo de caso realizado com apenas um participante em *follow-up* por 14 semanas), é significativa a resposta obtida de que o momento mais valioso do tratamento foi o período inicial informativo, ainda que o paciente também reconheça a importância das sessões subsequentes com o objetivo de manejo de estresse e técnicas de relaxamento.

Embora variando no nível de conhecimento e apropriação técnica sobre a doença e o dispositivo, todos os pacientes participantes desta presente pesquisa responderam afirmativamente ao serem questionados se receberam informações adequadas, compreensíveis e suficientes sobre sua doença ou dispositivo.

7.2. Sobre ansiedade, depressão e estresse.

Pelos dados consultados em prontuário médico, os participantes desta pesquisa não foram diagnosticados com distúrbios psiquiátricos antes ou após o implante do dispositivo. Entretanto pelos relatos dos próprios pacientes pode-se perceber traços de ansiedade, depressão ou estresse em todos os seis participantes. Seguem alguns destes relatos:

Paciente J:

Não me lembro de ser deprimido, mas quando eu trabalhava com a construção de pneu, por ser uma carga horária excessiva e de muita cobrança, eu andava meio estressado. Não sei se já acarretou desde aí, porque nessa época eu já sentia este tipo de dor. Só que era esporádico, não era constante, e não chegava a desmaiar. Eu já tinha ido inclusive várias vezes procurar medicina, inclusive duas semanas antes de acontecer o primeiro desmaio eu tinha ido procurar um médico com a mesma dor. Foi lá, fez todos os testes e eles falavam que problema cardíaco eu não tinha de jeito nenhum. Logo depois aconteceu isso comigo.

Paciente O:

E: Além dessas tonturas, era comum o senhor sentir-se deprimido ou ansioso? Fale mais sobre como era sua vida antes do CDI.

P: Era comum, eu estava falando com a doutora hoje mais cedo, eu sou assim muito ansioso. O que tem que fazer eu já quero fazer e resolver bem na hora, acho que essa ansiedade ajuda a piorar o meu problema. Eu não sou calmo, então acho que a ansiedade prejudica muito.

E: E triste? O senhor sentia-se triste também?

P: Sim, bastante.

E: Pela doença?

P: Não, acho que nem tanto pela doença, eu tenho na minha vida Deus, ele quem pode, me curar no momento que for pra curar. Eu tenho que ter aquela confiança e aquela fé nele. Às vezes a gente passa pelas mãos do médico ou outros profissionais, por que Deus te deixou o médico no seu caminho, pra quando a gente estiver precisando, ele socorrer. Então não é tanto pela doença, é mais assim (silêncio) eu sinto aquela tristeza, desde quando deu um AVC em mim, já fazem uns 5 anos atrás, depois que deu o AVC, a tristeza começou a ser pior.

Paciente M:

P: Eu tinha me acostumado com a situação já, a insuficiência cardíaca você vai se ajustando, criando suas defesas. Eu me lembro que quando entrei aqui eles fizeram

aquele teste de holter, você põe o aparelho e fica medindo o dia inteiro. Então eu fui acompanhar minha esposa que estava cuidando da catarata na época, não tinha lugar para estacionar e eu fiquei na frente de uma garagem, esperando. Chegou um cara para entrar na garagem, ele me xingou porque eu estava ocupando a frente da garagem dele, fez um escândalo, eu simplesmente fui um pouco avante e ele passou. Mas antes ele teve que dizer todos aqueles impropérios, aquilo me deixou nervoso. Aí na hora de ver as medições do holter, aquilo lá chegou a 200 de batimentos, aí eu percebi que realmente é no trânsito que eu passo os maiores problemas.

E: No trânsito? Isso pensando no seu dia-a-dia?

P: No dia-a-dia eu não sentia, porque eu tinha uma profissão tranquila, mas no trânsito tinha uma maior carga. Nem com família, pessoalmente também não, a doença eu já tinha aceitado, pois não tem saída né... então eu me senti normal, não sentia nenhum outro stress. Eu não estava preocupado com o coração, mas passava nervoso, porque a emoção você sente.

E: E o que será que o senhor sentiu naquela hora? Raiva?

P: Eu não sei dizer... sabe aquela contrariedade, você vê aquela grosseria, de graça. O cara mora do lado de um

hospital, ele deveria saber que aquilo é normal e poderia acontecer.

E: Mas o senhor não sabe dizer o que sentiu? Não dá para nomear esse desconforto?

P: Não... o desconforto é uma coisa natural, você vê aquilo e sente. O nervoso mesmo foi com os maus tratos. Ninguém suporta mau trato, isso aí, chega a passar mal.

E: O senhor chegou a ter momentos em que se viu mais deprimido ou ansioso após o implante?

P: Não, eu acho que porque, vamos ser sinceros, eu tenho 72 anos, então a gente chega um momento da vida em que se estabiliza nesta idade. Antes de ter o problema cardíaco, eu jogava tênis, é lógico que não vou mais jogar tênis. Então a vida muda, você não vai mais praticar atletismo, não vai mais dar caminhadas longas na mata, não vai fazer nada disso, passa para outro nível de vida. Só lamento pelo dia de fazer a cirurgia dos stents, que eu estava com viagem programada, para o exterior, Paris, e a moça do hospital me liga. (risos) E aí acabou tudo, mas pensei que algum dia eu vou lá.

--

Pcte A:

E: Antes do implante do CDI, como era sua doença cardíaca? Como o senhor se sentia?

P: Ah com tontura, muito inchaço nas pernas. Até hoje minhas pernas incham um pouco, tanto que é isso que preciso falar para o médico. Às vezes me dava uma desequilibrada e se eu ficasse com raiva me dava aquela taquicardia.

E: Com raiva?

P: É, se eu ficasse nervoso demais dava.

E: E o senhor ficava muito nervoso? O que tanto te deixa nervoso?

P: Tem muitas coisas que deixam a gente nervoso: família, filhos, a vida deixa a gente nervoso.

P: Não era, não. Ansioso um pouco, eu sempre ia para fazer as coisas e não queria que demorasse, sempre fui meio ansioso e sou até hoje.

E: E já teve vezes que essa ansiedade chegou a atrapalhar?

P: Não, de perder o controle não. Ansiedade acredito que normal, por exemplo se tenho que fazer algo eu vou fazer já e não deixar para amanhã.

E: E entristecido?

P: Olha, depois que eu estou sozinho eu me sinto triste. Eu não sei se por um começo de solidão, mas eu luto muito contra ela.

E: Como o senhor faz?

P: Eu procuro ler um livro, ou caminhar, fazer uma bicicleta ou esteira.

E: Em casa o senhor faz exercícios?

P: Isso, porque na rua às vezes tem coisa que não te agrada.

E: Por exemplo? O que não te agrada?

P: Gente (risos). Começam a te fazer perguntas, e acabam te aborrecendo. Mas o resto eu considero minha vida normal.

Paciente D:

E: Como era sua vida antes de ter esse problema do coração? Era comum o senhor sentir-se triste ou ansioso?

P: Ansioso! Sentia deprimido também, ficava nervoso e me dava aquela agonia. Eu trabalhava com os ajudantes e alguns não valiam nada, eu enfezava, ficava bravo e largava o caminhão em qualquer lugar na estrada e ia descansar numa sombra. Eu pensei que isso era só do

nervoso, mas podia ser propriamente já do coração também. Eu não calculava, não pensava muito isso, mesmo porque a primeira vez que eu vim no médico foi essa vez, em 2005.

E: Antes o senhor até sentia algumas coisas.

P: Sentia, mas não ia, não. Tomava algum remédio em casa mesmo, uma dor de cabeça, uma coisinha aqui, melhorava logo. Mas nunca fui no médico e nunca tive uma operação, até hoje, operação minha foi só essa daqui (apontando para o local do implante), nada de apendicite, nada.

E: Depois que o senhor colocou o aparelho, chegou a sentir-se triste ou desanimado?

P: Olha, eu me sinto “acabrunhado”, como diz o baiano. (risos) O senhor sabe o que significa?

E: Não sei, pode me explicar?

P: Tudo o que a gente fazia, já não pode fazer mais. Então você fica pensando “eu era desse jeito, e agora estou assim, o que foi que eu fiz para Deus? ”.

E: Mas será que fez alguma coisa?

P: Não sei né, não sei se é castigo, pode ser. Para gente ficar desse jeito, depois de 70 ou 65 anos, eu nunca levei um corte no corpo, nada. Nunca quebrei nada, perna,

braço, nada. Já tomei uns tombos com o caminhão, mas nunca fez nem um arranhãozinho. Então nessa parte acho que foi sorte, mas o resto... quando eu vim aqui na primeira vez, quando eu fiquei impotente, aí já começou a acabar. Os médicos dizem que não, que é por outra coisa, mas não me falaram porque me colocaram naquele aparelho magnético, aquela coisa que me deixou assim. Então eu fico triste sim, porque a gente não era assim. Parei de trabalhar também. Mas depois que coloquei o aparelho, ainda dirigia bem, podia viajar com o carro, ia pra Ilha Comprida, ia pro Mato Grosso. Então nessas alturas o aparelho não atrapalhava, só ajudava. Quando eu troquei depois, continuei a mesma coisa, agora já não posso. E se der um apagão? É perigoso porque não é só eu que vou embora, eu não corro muito, fico nos 70 ou 80 km/h, mas se acontecer algo, aí vai eu, vai esposa, é perigoso acidente. Se fosse só eu sozinho, mas tem a esposa também para cuidar, precisa se cuidar primeiro e ir vendo o que vai dar. Eu sou realista, não tenho vergonha de nada, nessas alturas já tenho 6 filhos, mas nenhum deles mora comigo. Só tem um filho que mora mais perto, e agora ultimamente eu perdi um filho, o mais velho morreu, por bebida. Aí agora acabou de cair, triste. Eu não consigo chorar para tirar as mágoas.

Pelos relatos acima, pode-se notar certas características reconhecidas pelos pacientes como “ansiedade” que podem estar relacionadas com uma discussão importante

na literatura acerca de características de personalidade. Gomes (2014) aponta que certos tipos ou características de personalidade são associadas a adoecimentos cardiovasculares. Algumas características relatadas pelos pacientes nos discursos acima são observadas com frequência em pacientes cardíacos, nas palavras da autora (Gomes, 2014):

O tipo de personalidade A elaborado inicialmente a partir de estudos de Friedman e Rosenman (1959) é característico de pessoas muito perfeccionistas, competitivas, que mantêm carga excessiva de trabalho e que tendem a expressar a agressividade de maneira descontrolada. São autoritárias, impacientes e com senso exacerbado de urgência de tempo, demonstrando possibilidade maior em se sobrecarregar, resultando em exigências que extrapolam sua capacidade potencial para adaptação. (p.34)

Sob a ótica da psicossomática psicanalítica, temos que certas demandas internas de urgência acabam por extrapolar a capacidade representativa (psíquica) dos indivíduos, tornando-os suscetíveis a transtornos orgânicos. Dificuldade ou inabilidade para expor sentimentos ou elaborar conflitos de uma maneira melhor representada psiquicamente podem ser observadas nos relatos do tipo: “aquilo me deixou nervoso. Aí na hora de ver as medições do holter, aquilo lá chegou a 200 de batimentos” (*sic*); “Ninguém suporta mau trato, isso aí, chega a passar mal.” (*sic*) (na ocorrência de um conflito de ordem emocional, a consequência é sentida no corpo: “chega a passar mal”); “ficava bravo e largava o caminhão em qualquer lugar na estrada e ia descansar numa sombra.” (*sic*) (a resolução do conflito “ficar bravo” não se dava com diálogo ou outra medida, mas sim em “descansar numa sombra” e esperar o afeto se dissolver).

Bostwick e Sola (2007) ilustram a importante influência das questões psicossomáticas citando os achados de um estudo com 240 pacientes portadores de CDI, concluindo que os pacientes com mais traços de raiva e ansiedade são significativamente mais predispostos a terem arritmias ventriculares.

Na fala do Paciente D “Eu pensei que isso era só do nervoso, mas podia ser propriamente já do coração também. ” (sic) nota-se certa confusão entre os sintomas da doença propriamente dita com outros de ordem emocional. Sendo esta outra característica marcante dos pacientes com questões de ordem psicossomática, própria da depressão essencial, como apontada por Marty (1998).

Fato também relevante é que, ainda que tais pacientes tenham sentidos dificuldades de ordem emocional em certos momentos de sua vida, tais dificuldades foram negligenciadas ou não foram alvo de demandas específicas de cuidado. Em muitos momentos relatados, estas características foram notadas antes do adoecimento e contato com uma equipe estruturada de cuidados em saúde. Além das características de personalidade, particularidades socioeconômicas ou até mesmo questões de gênero (todos os pacientes entrevistados eram do sexo masculino) podem ser variáveis que influenciam nesta aparente desvalorização do sofrimento psíquico, ou dificuldade para buscar auxílio para tal.

Paciente C:

E: Depois do implante do aparelho, este tempo depois, o senhor chegou a sentir-se com alguma dificuldade emocional, deprimido ou ansioso?

P: Ah isso a gente sempre tem, ao longo da vida. Às vezes eu fico meio deprimido, chateado, mas acho que pelas coisas da vida mesmo. (Silêncio)

E: E o senhor chegou a pensar sobre isso? De repente buscar algum tipo de ajuda psicológica, justamente por essas “coisas da vida” ou algo relacionado à doença?

P: Não, eu nunca assimilei isso com a doença, com o problema do coração. Mas também nunca achei que precisasse buscar psicólogo.

E: Talvez não precisar, mas poderia aliviar ou auxiliar a entender melhor o que acontece. Ansioso o senhor tinha dito?

P: Em vários momentos eu sentia bastante ansiedade, e ansiedade me deu isso tudo aqui (segurando a barriga), fico ansioso e como o dia inteiro.

Outro questionamento decorrente desta pesquisa foi que os sintomas relatados pelos pacientes não necessariamente podem ser decorrentes especificamente do implante do CDI. Os pacientes referem, de modo geral, aos sintomas psíquicos como características próprias de sua subjetividade mesmo antes do adoecimento ou decorrentes do processo de adoecimento/hospitalização.

Delfini, Roque e Peres (2009) apontam a dificuldade em reconhecer e atuar sobre a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão em adultos com adoecimento somático. Os autores mostram que 50% a 80% dos pacientes ambulatoriais e 30% a 60% dos pacientes internados em hospitais gerais sofrem de algum tipo de distúrbio

psiquiátrico ou psicológico, sendo que a depressão e a ansiedade se situam entre os mais frequentes. Em contrapartida, é estimado que apenas 35% desses pacientes em instituições hospitalares recebem atendimento especializado em saúde mental durante o período em que são assistidos institucionalmente.

Em uma pesquisa que acompanhou 35 pacientes após o implante de CDI por 18 meses, Crow et al (1998) observaram que não houve um número significativo de novos casos de transtornos ansiosos ou depressivos dentre eles. Com base na literatura da área, os autores concluem que, se o implante de CDI é considerado um fator de risco para o surgimento de síndromes psiquiátricas, este risco pode estar associado àqueles pacientes com algum histórico atual ou vitalício de psicopatologia, não diretamente relacionado com a implantação.

7.3.Sobre a relação com a equipe de cuidados.

Como apontado anteriormente, com seu texto “Inibições, Sintomas e Angústia”, Freud (1926[1925]/1969b) apresenta o conceito de angústia como uma reação do Eu ao perigo, sendo a vivência do próprio nascimento como um modelo da angústia automática, a plena experiência de desamparo. Freud também teoriza neste momento que não existe, no inconsciente, um conteúdo que equivalha ao conceito ou a representação de aniquilação da vida, tal como provocada pela ameaça de um adoecimento grave ou a ideia dos choques disparados pelo CDI que evitam a morte súbita. Assim sendo, Freud (1926[1925]/1969b) ainda conjectura que

o medo da morte deve ser compreendido como algo análogo ao medo da castração, e a situação a que o Eu reage é a de ser abandonado pelo Super-eu protetor – pelas forças do destino -, de modo que não há mais segurança contra todos os perigos. Há a considerar também que nas vivências que

levam à neurose traumática é rompida a proteção contra estímulos externos e quantidades muito grandes de excitação se aproximam do aparelho psíquico, de maneira que uma segunda possibilidade se apresenta: a angústia não é apenas sinalizada como afeto, mas também é produzida como algo novo nas condições econômicas da situação. (p. 70)

Ainda que Winnicott não tenha trabalhado especificamente sobre a questão do pânico, Santos (2009) em uma releitura de seus textos sublinha a importância acerca da previsibilidade e da confiança no ambiente. A autora relata que o bebê depende inicialmente de cuidados ambientais (ditos maternos) contínuos e estáveis para uma não ruptura dos processos de personalização, integração e estabelecimento de um contato saudável com a realidade.

Para além dos provimentos das satisfações necessidades fisiológicas básicas, a mãe cumpre o importante papel de “paraexcitação”, como organizadora e intérprete das reações e estímulos que atingem o bebê (VOLICH, 2010). Tendo a paraexcitação uma dupla função de integração corpo-mente e estabelecimento de contato com o mundo (nomeação). Sobre tal função, Winnicott (1963 *apud* SANTOS, 2009) também afirma que

Desenvolvendo-se num ambiente em que os cuidados maternos são contínuos e têm como característica a regularidade, a monotonia, a evitação de coincidências, e onde a mãe é consistentemente ela mesma, o bebê pode permanecer por tempo suficiente num mundo subjetivo no qual não se intromete o mundo da realidade externa (...) o

bebê, gradualmente, torna-se capaz de prever e a confirmação regular de suas expectativas forma a base de apoio para a confiança. (p. 248)

Isto equivale dizer que uma pessoa integrada, não acometida por traumatismos ou rupturas nesta continuidade da existência pode “confiar neste mundo” (Santos, 2009). Uma vez confiando no seu ambiente, ainda que angustiada, tratar-se-á de uma angústia neurótica, não da ordem do desamparo: primitiva e automática.

Sendo feitas tais considerações teóricas, Chevník (1991) compreende a função da equipe multiprofissional de cuidados hospitalares como semelhante à função materna de páraexcitação diante ao potencial traumático do adoecimento ou hospitalização.

Apresentamos a seguir alguns trechos das entrevistas realizadas com os pacientes ao longo desta pesquisa:

Paciente J:

E: O senhor chegou a conversar com os médicos (sobre a descoberta do diagnóstico)?

P: Sim, porque inclusive eu fui internado quando tomei os choques, para eles verem o que estava acontecendo. Eu confio nos médicos, sinto que eles cuidam bem de mim.

Paciente A:

E: Já que o senhor está falando de sua namorada e ex-esposa, o senhor sente que o CDI afetou seus relacionamentos ou sua vida sexual?

P: Não, em absolutamente nada.

E: Elas também não se incomodavam?

P: Quando troquei ela até ficou preocupada, tanto que nós conversamos com o médico na época sobre como ficaria a sexualidade, quantas vezes poderia fazer, fomos bem abertos com o médico. E depois a gente até pensou em ter um filho, também conversamos sobre isso com os médicos, foi um contato muito bom.

P: Ah cheguei, eu ficava ruim porque ficava pensando “será que vai dar outra vez” (sobre o choque do CDI).

E: E este pensamento passou?

P: Passou porque eu trabalhei isso na minha cabeça e também porque eu vinha, conversava com os médicos, tenho um bom relacionamento com o hospital todo, essa confiança me ajudou. O doutor chefe da equipe antiga, quando era lá em baixo, me ajudou muito, ele é uma pessoa maravilhosa. Eu conversava muito com vários deles.

Paciente D:

P: Tem que ver o que vão falar hoje na consulta, eu estou esperando que me ajudem senão eu vou morrer logo. Sempre foram bons os médicos daqui, a gente é bem atendido.

Foi unanimidade entre os pacientes entrevistados o relato de confiarem e sentirem-se à vontade para dialogar com a equipe médica do hospital. Ainda que se possa pensar em um viés da entrevista ter sido realizada no próprio ambiente hospitalar, mas não por um membro da equipe, e possíveis fantasias de que críticas negativas poderiam interferir em seu tratamento. Tal interferência pode ser minimizada quando se observa que os conteúdos sobre esta satisfação apareciam ativa e espontaneamente ao longo do discurso dos pacientes, não só quando questionados diretamente sobre isso.

Em consonância com significados de “trabalho em rede” e “rede de apoio” propostos pelo SUS, Chevnik (1991) entende a equipe multiprofissional de cuidados hospitalares como uma espécie de “rede” (como um entrelaçamento de “tecidos”, as diversas áreas profissionais) com função protetiva e sustentadora, rede esta, com a qual os pacientes devem contar e confiar para “cair enfermo”, como se diz vulgarmente. Implica não só em saber de onde se cai, quais são as falhas incidentes na elaboração psíquica dos conflitos, mas também “conhecer qual o contexto que vai receber esta queda, como é a rede constituída a dar um suporte que permita uma evolução positiva desta enfermidade” (p. 175). Também podemos observar esta confiabilidade no ambiente no seguinte relato:

Paciente M:

E: O senhor tinha muitos sintomas, antes do implante do CDI?

P: O sintoma... veja bem, eu sentia muita fraqueza. Na época, quando eu acompanhava minha esposa para ir ao supermercado, eu ficava no carro, no estacionamento, com o laptop trabalhando, porque andar não dava. Eu não

conseguia andar distâncias, eu me sentia cansado, tinha que procurar logo uma cadeira. Este era meu quadro quando cheguei aqui. E na época eu tinha convênio médico, tinha feito vários exames, mas também não chegavam a lugar nenhum. As coisas chegaram a mudar aqui, sabe convênio tem aquele negócio de economizar exames, a gente sabe como funciona isso, o orçamento. Então aqui pediram mais exames, mais completos, a prioridade no SUS é tratar. No convênio a prioridade é economizar, se não, não tem lucro.

E: Que bom que o senhor sente ter sido bem tratado aqui.

P: Com certeza, se eu não chegasse aqui, eu já era. Certamente. Aqui inclusive foi uma indicação de um corretor, que sabia que eu estava com esse problema todo, aí eu procurei saber como fazia para chegar aqui.

Paciente A:

E: O senhor já fez algum tipo de tratamento psicológico?

P: Eu procurei aqui mesmo, fiz algumas sessões e depois eu levei alta. Fiquei muito bem depois de um tempo, ela própria falou que eu estava ótimo.

E: E o senhor concorda com ela?

P: (risos). Ah com certeza, me ajudou muito mesmo.

E: Que bom! Espero que o senhor saiba que pode voltar a procurar ajuda psicológica, seja aqui no hospital, seja através do meu contato que tem no termo que o senhor assinou. Saiba que além dos cuidados que recebe da equipe médica, o senhor também não está sozinho e pode contar com outros profissionais.

Ainda que cumprindo o papel de um dos elementos formadores desta “rede” de cuidados, um psicólogo, psicoterapeuta ou psicanalista incluído na equipe de cuidados de uma instituição hospitalar tem não só o importante papel de oferecer a páraexcitação e cuidados “maternos” necessários para esta relação com o paciente, como apresentado por Santos (2009) – o apoio (holding), o manejo (handling) e a apresentação/nomeação dos objetos, sensações e afetos vividos; mas também analisar e focar sua atenção em como esta própria rede de cuidados vem se organizando, servir como elo de ligação entre possíveis falhas na interação entre seus membros, déficits no processo de mentalização e representação da própria equipe (Chevnik, 1991).

Em seu trabalho sobre as formas de sofrer “neuróticas e não neuróticas”, Minerbo (2009) entende que as somatizações, como parte do sofrer “não neurótico”, advém de falhas na capacidade de simbolização das experiências vividas. Segundo esta compreensão, o sentido do trabalho analítico visaria “tecer com ‘cotecer’, algum sentido onde ainda não há” (Minerbo, 2013). Criando uma nova imagem, podemos falar em construir uma “ponte de palavras” através da qual seja possível ao paciente primeiramente atravessar, sem “cair”, o abismo e o vazio de significados da experiência atual, para então poder, em um segundo momento, conseguir integrar na sua biografia o que antes era tido como traumático e intolerável. Sendo que, neste trabalho, como uma retomada do processo de subjetivação – de transformação e lapidação dos traços orgânicos e pré-

psíquicos em material psíquico – depende de um analista implicado não apenas como intérprete, mas também como outro-sujeito. À maneira da relação mãe e seu infante.

Sobre o trabalho de “historicizar” a doença, o CDI ou experiências potencialmente traumáticas, o psicanalista incluído em uma equipe de cuidados hospitalares, bem como toda equipe de saúde detém um papel privilegiado. Função esta muito além de simplesmente diagnosticar, tratar e “despedir-se” do paciente para “devolvê-lo” ao seu cotidiano, que traria em si o risco de inúmeras iatrogenias psíquicas. Chevnik (1991) defende que a equipe de saúde precisa funcionar como uma espécie de sistema mediador e de transição entre a realidade psíquica e a realidade externa de um paciente. Este funcionamento seria semelhante a uma membrana celular, que transforma, filtra e identifica os elementos que a atravessam. O autor destaca o efeito benéfico que uma (suficientemente) boa capacidade de sustentação por parte da equipe, mesmo nos momentos mais nefastos, sintomáticos e desorganizados, como nas crises de pânico, pode torná-los simbolizáveis, aproveitando-os positivamente.

Finalizamos esta discussão com uma intervenção específica trazida e reconhecida como positiva por um dos participantes:

Paciente A:

P: Esforço, não pode fazer porque pode começar uma taquicardia. Então tem que mudar muitas coisas: sistema de alimentação, beber e fumar – apesar que eu nunca bebi nem fumei, mas para quem fuma é muito perigoso. Aqui mesmo, quando eu operei estávamos em 40 pessoas, e aquelas pessoas que fumavam, muitos deles já foram.

E: Quarenta pessoas? O senhor as conhecia?

P: Isto no ano que eu operei, nós fazíamos uma dinâmica um grupo que tinha aqui. Então fizemos uma amizade, não só de telefone, a gente se comunicava bastante. Era um grupo que nos encontrávamos quando vinha aqui no hospital, e às vezes também marcava para tomar um café juntos, essas coisas. Mas depois foi sumindo e hoje a gente não faz mais.

Esta “dinâmica em grupo” mencionada pelo mesmo, trata-se de um grupo informativo-terapêutico multiprofissional com ocorrência periódica, prática adotada em diversas instituições hospitalares e com notórios benefícios para os pacientes. Vainboim (2018) elucida que os grupos psicoeducativos oferecem a possibilidade de reflexão sobre determinada questão em saúde aos pacientes, a partir de suas próprias experiências, além propiciar uma maior aproximação da equipe de saúde, fato que pode desmistificar fantasias e temores infundados e servir com o propósito de acolhimento.

Os grupos terapêuticos, informativos ou com função mista constituem uma estratégia para manejo também da adesão e aceitação do tratamento e adoecimento, uma vez que a troca de experiências e o convívio com outros pacientes oferecem alternativas que auxiliam no enfrentamento às suas novas condições de saúde. Outro efeito positivo é a identificação entre os membros do grupo, o que pode oferecer certo alívio ao verem que “não estão sozinhos”, é comum este fator como observado no discurso do paciente dos participantes aproximarem-se afetivamente e extrapolar os laços ali formados para fora da instituição hospitalar, servindo-se mutuamente de suporte social.

7.4. Sobre a decisão do implante.

Sabemos que um adoecimento pode representar uma brusca ruptura na rotina do indivíduo, muitas vezes exigindo adaptações ou interrupções em seus planos de vida, fatores que desencadeiam ameaças à sua integridade física e emocional. Pode-se dizer que o implante de CDI “concretiza a cronicidade da doença” (David, 2008, p. 171), uma vez que acrescenta definitivamente ao paciente um novo dispositivo que o acompanhará, provavelmente, ao longo de toda sua vida; exigindo não só monitorações, mas também manipulações e possivelmente trocas cirúrgicas.

Favarato e Accorsi (2010) discorrem acerca do “fantasma” da cirurgia, ainda que o procedimento cirúrgico para implante do CDI seja considerado de média complexidade, estamos falando de uma vivência invasiva e que pode se repetir mais de uma vez ao longo da vida do paciente (para troca de gerador ou de dispositivo, propriamente dito). Desta maneira, David (2008) coloca como condição primordial para uma melhor adaptação e qualidade de vida a implicação do paciente em seu tratamento, com conscientização e certa aceitação dos procedimentos adotados pela equipe de cuidados.

Vejamos, como ponto de partida para discussão, os seguintes trechos das entrevistas com os Pacientes J, O, A e D:

Paciente J:

E: E como foi a decisão do implante do CDI? Como foi conversado sobre isso com você?

P: A informação já foi daqui, no caso. O médico daqui mesmo chegou e falou que teria que implantar o CDI, se não, se acontecer de novo, eu podia morrer de morte súbita.

E: E foi fácil ouvir isso? Como foi pra você aceitar essa indicação do médico?

P: Não, eu não tinha muita escolha né, não dava pra optar “faz ou não faz”. Eu estava internado e não tinha o que fazer. Se correr o bicho pega...

E: Mas o senhor pensou o que quando te falaram disso?

P: Ah, na hora eu fiquei apavorado. Fiquei apavorado, acabou meu chão. “E agora? O que eu vou fazer da minha vida? ” falei. Inclusive fiquei internado, se não me engano, foram 26 dias de internação. Demorou para o convênio liberar (o dispositivo), e o médico não deixou mais eu sair do hospital, mas para o meu bem: não era seguro, só quando eu tivesse o aparelho. E aí acabou meu chão né. Minha esposa praticamente ficou internada comigo, ela teve que me acompanhar nesses 26 dias de internação.

E: E como foram esses 26 dias para você?

P: Horrível! Mas não porque fui maltratado, tinha minhas preocupações né, os filhos, tinha filho pequeno na época. Foi triste, eu ficava lembrando, com vontade de ir pra casa. Foi difícil. Pra mim então que, até então, nunca tinha sido internado por nada.

Paciente O:

E: E como foi quando os médicos conversaram com o senhor para fazer o implante do CDI, o senhor participou desta decisão? Como foi lhe explicado isso?

P: Explicaram tudo, eu participei e quis colocar o implante. É o seguinte, na época eu fiquei internado no (Hospital) Regional de Assis, eu fiquei 15 dias na UTI de lá. Foram 15 dias em que os médicos vinham e conversavam comigo, tinha médico que dizia “Ih o seu problema é grave, vão aí uns 6 meses para você conseguir o implante, e precisa ser urgente...”. Então começou daí a procurar um local para ver se conseguia o implante. O que aconteceu é que só achou em Jaú, mas custava noventa mil reais, eu não tinha condições, de jeito nenhum. Até que a sogra da minha filha tinha muita participação no Paraná com a parte política, ela entrou para me ajudar, conversou com deputado, conversou com pessoas que tinham condições de ajudar. Então ela entrou em contato com um governador do Paraná, e na segunda-feira ele falou para me levar lá, esqueci o nome do hospital em Londrina. Mas este implante, aconteceu o seguinte, não é falar mal de médico, mas os médicos que me atenderam aqui e lá falaram que não foi bem feito. Começou a dar muita falta de ar e foi quando eu precisei ficar internado.

E: Mas já era o aparelho de CDI?

P: Sim, já era o CDI que foi colocado pela primeira vez lá. Mas eu quis colocar mesmo naquela época, pois não tinha outro meio.

Paciente A:

E: No período em que foi preciso fazer o implante do CDI, foi explicado para o senhor, o senhor participou desta decisão?

P: Ah sim, foi explicado tudo como funciona.

E: E o senhor precisou aceitar?

P: Aceita ou morre, né.

E: Mas foi difícil aceitar?

P: Não foi difícil, eu confiei muito nos médicos. Antes de eu fazer eu mesmo fiz uma pesquisa, então eu já sabia mais ou menos como seria, não me deixou ansioso.

Paciente D:

E: Bom, voltando às perguntas, o senhor sabe o porquê de ter precisado colocar o primeiro CDI?

P: Olha, ninguém soube.

E: Ninguém soube? Os médicos não te explicaram na época?

P: Não... não explicaram, ninguém soube. Eu estava trabalhando, de domingo, normal, e tudo aconteceu.

E: O que o senhor fazia?

P: Primeiramente eu era motorista de caminhão, mas depois, o meu genro pediu para eu colocar uma cortina. Eu estava lá na casa dele colocando, aí deu aquela “quentura”, comecei a suar frio, aí eu saí pra fora, inclusive estava até garoando. Quando eu voltei, deu mais forte, aí a coisa apertou mesmo, doía, eu vomitava. Eles me pegaram, meu carro estava lá, e me levaram para o Hospital de São Mateus, mas quando cheguei lá já não enxergava mais nada, não lembro mais de nada, o peito parecia que ia estourar. Teve uma hora, não sei como foi, que eu caí no chão, eu estava em uma maca, daí passou uma enfermeira lá que falou: “Dá uma injeção nele aí que já melhora da cachaça. ” Aí minha filha estava lá comigo, neste tempo ela trabalhava em hospital, ela queria me levar para o Dante, mas os médicos não queriam que me tirassem do hospital. Ela brigou com os caras, me colocaram em uma ambulância e do caminho ligaram para um médico que trabalhava aqui e no HCor, era dia de folga dele mas ele falou que ia estar lá me esperando. Quando cheguei na portaria, ele já estava ali me esperando. Me levou para a UTI, fez os exames, fez o cateter e daí melhorou, não colocou o CDI ainda, mas melhorou. Eu fiquei mais uns 4

dias internado aqui, me fizeram uns 200 exames e não descobriram porquê é que veio isso. Eu inclusive passei por um exame aqui, que eu fiquei impotente, nunca mais meu pênis levantou. Fizeram esse exame que doía demais, quase que estourava o coração, eu só vomitava, mas não desmaiava, nem nada. Nessa altura, depois disso daí eu passei por mais dois exames e eu fiquei ruim, acabou mesmo, acabou e nunca mais voltou, desde 2005. E quando eu voltei para casa, não descobriram então eu voltei - não colocaram o CDI ainda, só a mola, o stent – mas quando voltei para casa me deu uma arritmia, aí eu caí no chão, e daí sim colocaram CDI. Quando foi depois, mais para frente, em 2010 ou 2011, por aí, são 5 anos de validade, que trocaram de novo o aparelho.

E: E por que foi colocado nesta primeira vez? O senhor sabe?

P: Não sei porque não descobriram o que era.

E: Mas o senhor aceitou bem fazer o implante?

P: Aceitei porque eu tava morrendo. Não tive escolha.

Ainda que bem diversificados, com histórias e níveis de angústia diversos, um ponto em comum apresentado pelos pacientes nestes relatos é o fator de “não ter escolha” sobre o implante. Vemos tal fato em frases como: “o médico determinou que este seria meu tratamento” (*sic*), “Não tive escolha” (*sic*), “Aceita ou morre” (*sic*), “Não tinha outro meio” (*sic*) e “não dava pra optar” (*sic*).

David (2008) explica que, desde o primeiro contato do paciente com a equipe de cuidados é fundamental fortalecer um vínculo para que exista uma confiança e segurança, contrária ao sentimento de desamparo advindo do adoecimento. Tal vínculo também propicia conhecimento acerca de sua personalidade, necessidades específicas e leva em consideração dados de vivências anteriores e história de vida, a fim de compreender reações do paciente com a situação atual de adoecimento. A autora ainda aponta que (David, 2008, p.172):

Neste momento de crise, é comum o paciente mostrar-se mais frágil e vulnerável, revelando impotência e passividade por não ter outra alternativa, senão a aceitação da cirurgia; vive um luto pela perda do órgão sadio reconhecendo que seu coração não funciona mais adequadamente por si só, levando-o a necessitar de um aparelho que o faça permanecer vivo.

Um ponto apontado pelo Paciente A, e também melhor investigado anteriormente nesta discussão (Tema: “Sobre o Conhecimento e Compreensão da Doença”), a compreensão que o paciente tem de sua doença e do tratamento proposto também influencia na melhor aceitação dos mesmos. Além disso a relação com a equipe e a existência de um espaço acolhedor para o paciente se expressar, tirar suas dúvidas, compartilhar fantasias, sentimentos e medos também é apontado como algo que ameniza suas angústias e pode reduzir o nível de ansiedade (David, 2008).

Por se tratar de um dispositivo de alta complexidade, muitas vezes utilizado como último recurso ou preventivo para a “morte súbita”, é comum observarmos essa reação de “não ter escolha” por parte dos pacientes. Tal fato, ainda que possa ser utilizado de maneira defensiva, colocando toda responsabilidade e tomada de decisão por parte da

equipe de cuidados ou instituição hospitalar, pode também ser visto de maneira esperançosa como um último recurso para manejo de seus sintomas indesejáveis ou tratamento de sua doença; uma medida drástica, porém resolutiva.

A seguir são apresentados trechos da entrevista com o Paciente M:

Paciente M:

E: Passando para a próxima questão, neste período que o médico recomendou o CDI e o senhor disse que foi pesquisar, para saber como era, o senhor sente ter tido uma decisão? Participou desta escolha?

P: Do processo de decisão? Não, o médico determinou que este seria o meu tratamento. Hoje, pessoalmente, eu acho que ele foi precipitado, ele não esperou os resultados da terapia, porque os remédios deram uma melhora significativa. No nível posterior da terapia, eu tenho certeza que ele não teria mandado colocar o implante de CDI.

E: E o senhor chegou a levar algum choque?

P: Nunca, por isso que eu falo que foi por precipitação. Minha visão externa, né? Não sou médico. Eu acho que tinha gente mais necessitada, tem gente que leva vários desses choques aí, por mês. Eu nunca tive. Mas, para mim, poderia significar a diferença entre vida e morte, porque

não dá pra prever, acho que foi essa segurança também que ele buscou.

E: O desconforto que eu perguntei foi também em relação à decisão de fazer o implante, na época o senhor aceitou?

P: Aceitei com prazer, porque eu estava com um medo desgraçado de a coisa piorar.

Pode-se perceber certa ambivalência no posicionamento do Paciente M em relação ao implante do dispositivo. Ainda que tenha aceitado “com prazer, porque estava com um medo desgraçado da coisa piorar” (*sic*), o paciente denota certo pensamento resistente inicialmente, acreditando ter sido precipitado o implante e que o tratamento medicamentoso poderia ter sido suficiente por si só. Deixando de lado a discussão sobre os protocolos médicos de recomendação do uso do CDI, cabe também elucidar os aspectos defensivos do paciente perante a indicação. Favarato e Accorsi (2010) trazem que a necessidade de uma intervenção médica (cirúrgica), que acentua o caráter crônico da doença e que possivelmente pode se repetir ao longo de sua vida mobilizam intensas defesas psíquicas como proteção para a possível ameaça à vida. O paciente acima pontua que “em sua visão externa”, tal implante foi precipitado, entretanto de que “visão externa” o mesmo está se referindo? Certamente não se trata de um questionamento embasado na medicina ou em seu diagnóstico, não é este conhecimento que está em foco, mas sim seu conflito interno, um paradoxo de aceitação ou recusa do aparelho.

Carroll et al (2011) entendem que o processo de aceitação e decisão sobre o implante é muito influenciado pelo conhecimento que o candidato tem sobre sua doença, evolução e possíveis tratamentos e que é variável o impacto que tais informações

(principalmente as fornecidas pela equipe do hospital) têm sobre sua decisão. Os autores colocam como principais fatores que influenciam nesta tomada de decisão: (i) a confiança na equipe, (ii) influências sociais (família e outros pacientes que tenham tido contato) e (iii) o estado de saúde atual do paciente. Este processo de aceitação pelo implante do CDI pode ser uma decisão tomada em poucos minutos ou até meses/anos, em alguns casos; mas existe uma preponderância no quesito apontado pelos autores como “estado de saúde atual”, o que pode ser visto em casos de pacientes sintomáticos ou que tenham tido eventos cardíacos agudos, como em alguns dos casos relatados nesta pesquisa.

7.5. Sobre adaptar-se ao CDI.

Diante o adoecer, agravado ou não por um período de hospitalização, o paciente passa por um processo que pode gerar sentimentos de impotência, angústia e ansiedade, visto que, muitas vezes, isto é seguido da urgência de um processo adaptativo na rotina de vida do sujeito. Silva e Ribeiro (2005) apontam que o adoecimento gera desequilíbrio e desconforto, uma vez que pode ser encarado como uma ameaça à vida, o que apresenta ao indivíduo os limites de sua própria existência e reflexões sobre sua vulnerabilidade, finitude e a imprevisibilidade da vida. A adaptação ao adoecimento, ou a uma condição imposta por este – tal como o implante do CDI, demanda um trabalho de reequilíbrio e busca de novos sentidos e representações para a realidade.

Na literatura sobre o tema “adaptação” temos uma complexidade do uso do termo, o qual pode estar relacionado desde respostas fisiológicas para controle da homeostase até respostas complexas psicossociais (Camon, 2003), mas geralmente associada a mudanças (conscientes ou não) diante situações conflituosas ou novas realidades, tais como o adoecimento e seus impactos.

Em um recente estudo descritivo sobre a capacidade adaptativa de pacientes adultos com implante de CDI, Gomes (2014) demonstra a importância de características de personalidade dos pacientes de CDI e sua influência na adaptação ao dispositivo; fatores como sintomas da doença, avaliação contínua (acarretando em um contato mais próximo com a equipe médica) e comportamentos de enfrentamento são apontados como preditores positivos na adaptação dos pacientes com implante de CDI.

A seguinte vinheta foi extraída da entrevista com o Paciente J:

Paciente J:

E: Você acredita que o CDI trouxe benefícios para sua vida?

P: Ah trouxe! Nos primeiros momentos em que você coloca o CDI, você fica preocupado, qualquer coisinha que acontece já dá preocupação.

E: Como assim? O que te deixava preocupado no começo?

P: Por exemplo, o aparelho emite algumas frequências, se o coração está um pouco acelerado, ele vai emitir algumas frequências que dá pra você sentir, mas não é o choque. Quando você não está acostumado ainda, fica preocupado, mas depois, ao longo do tempo, você não liga mais pra isso, passa a fazer parte do seu dia-a-dia. Depois de um tempo fica como você usar uma sandália... ou um óculos, talvez o óculos ainda atrapalhe mais que o aparelho de CDI.

E: Ah é?

P: É verdade, porque está lá, incomoda mais, você está sentindo toda hora, já o CDI não. Hoje eu até esqueço dele.

E: Hoje, no começo era diferente então.

P: No começo era outra coisa, era bem difícil.

Gomes (2014) sublinha as variáveis subjetivas envolvidas na adaptação ao dispositivo, ainda que haja uma concordância e compreensão (muitas vezes compreendida pela equipe como uma aceitação) da importância do implante para a manutenção da vida a autora encontra em sua revisão uma prevalência de 15% a 50% de pacientes que demonstram sofrimento psíquico pós-implante. Na fala do paciente supracitado, pode-se perceber uma valorização do fator “tempo”, tal como “adaptar-se” seria uma questão de se acostumar ou “familiarizar-se” com a novidade.

Paciente J:

E: E nos seus relacionamentos, com sua esposa, sua família? Como eles reagiram?

P: Normal. No começo ficaram meio preocupados, mas depois daí... como eu digo, é coisa de momento, a dificuldade é no começo mesmo.

A psicanálise entende que a capacidade adaptativa depende de fatores associados ao desenvolvimento libidinal, capacidade sublimatória, desenvolvimento egóico e super-egóico o que acarretam em mecanismos de defesa mais ou menos diversos e evoluídos (Bergeret, 1988). Freud (1969b) sugere que deva existir, para cada indivíduo, um limite para além do qual seu aparelho psíquico fracasse em lidar com certos conteúdos ou montantes de excitações; entretanto, antes desse limite o que permite lidar com certos

conteúdos é a própria neurose, mobilizadora de mecanismos de defesa, sintomas, angústias e inibições. É neste ponto que reside o caráter adaptativo dos sintomas.

Paciente D:

E: E o senhor acredita que o CDI trouxe benefícios para sua vida?

P: Trouxe. Enquanto eu estava bom, com o aparelho funcionando bem, eu até caminhava bem, andava bastante mesmo.

Paciente J:

E: Mas incomoda lembrar destes choques?

P: Não, hoje não... depois de muito tempo, já tem uns 10 anos que aconteceu isso comigo.

Estas falas trazem em comum certa obliteração dos pacientes em relação aos aspectos negativos ou às dificuldades adaptativas vividas no momento pós-implante. Ao longo das entrevistas pode-se perceber certa ‘esquiva’ ao se falar destas dificuldades. Sobre este fato traçamos duas hipóteses, as quais não se contradizem ou encerram-se em si mesmas: a primeira seria de que estes pacientes, de fato, se encontravam em estado de tamanho desamparo e “anemia psíquica” para narrar sobre o tema, o qual pode ser lembrado apenas como uma sensação de angústia ou sensação difusa de “não estar bem”, faltavam-lhe palavras. Tal angústia é bem descrita por Freud em “Inibição, sintoma e angústia” (1969b):

A angústia é, em primeiro lugar, algo que se sente. Nós a denominamos um estado afetivo, embora também não saibamos o que é um afeto. Como sensação, ela tem um caráter obviamente desprazeroso, mas isso não esgota seus atributos; nem todo desprazer pode ser denominado de angústia. (...) Além dessa peculiaridade dificilmente isolável (*o desprazer*), no entanto, percebemos na angústia sensações físicas mais definidas, que relacionamos a determinados órgãos. (...) os mais frequentes e mais nítidos sendo os relacionados aos órgãos respiratórios e ao coração. Eles são a prova de que inervações motoras, ou seja, processos de descarga, participam do fenômeno geral da angústia (p.72).

A segunda hipótese acerca desta aparente falta de narrativas sobre o sofrimento inicial causado pelo aparelho seguido rapidamente para uma descrição de um segundo momento supostamente “adaptado” diz respeito aos mecanismos de defesa. Como sugere Gomes (2014):

Diante de doenças graves, como as que acometem o coração, mecanismos defensivos como negação, racionalização, onipotência e repressão são comumente utilizados pelos pacientes, que os acionam na tentativa de lidar com o adoecimento. Desta forma, negar a gravidade da doença, racionalizar sobre o motivo que o levou a abandonar o tratamento, sentir-se curado em função da ausência de sintomas ou reprimir medos e sentimentos

relacionados ao momento vivido podem protegê-lo num primeiro momento, porém o impedem de dar sentido ao que é vivenciado. (p.44)

Como apontado por Freud (1969b) os mecanismos de defesa também estão no cerne da formação dos sintomas, isto fica mais claro ao se observar o caso analisado pelo autor da formação substitutiva na neurose fóbica: o objeto causador da angústia é substituído por uma expressão deformada (medo de ser mordido por um cavalo ou devorado por um lobo), tal formação permite ao Eu cessar em certo modo com a angústia – a qual fica então facultativa para quando o objeto é alvo da percepção (quando a criança se depara com um cavalo na rua, por exemplo). Como não é possível remover, ou resolver totalmente, o objeto causador da angústia (tal como o CDI implantado em seu peito) a formação sintomática, afasta tais conteúdos e seus associados. A inibição como um sintoma evitativo pode aparecer no caso de pacientes que “evitam pensar ou falar” sobre o dispositivo ou, em casos mais graves, renunciam às visitas hospitalares para consultas de retorno.

7.6. Sobre os choques.

Como visto na literatura revista ao longo da introdução desta pesquisa, pode-se afirmar que um grau substancial de ansiedade ou sintomas depressivos estão presentes em pacientes com CDI; entretanto Kuijpers et al (2002) reportam que a sensação de segurança proporcionada pela presença do CDI implantado, pode proporcionar um fator que diminui a ansiedade em alguns casos e questionam se a ansiedade não pode estar diretamente relacionada e até proporcional ao número de choques (disparos do dispositivo) que o paciente sofreu. Embasando esta ideia, temos o estudo de Hermann et al (1997) que constatou o aumento da percentagem de pacientes diagnosticados com distúrbios psicológicos com relação ao aumento do número de choques do CDI.

Entretanto não existe um consenso na literatura se, nestes casos, a ansiedade ou depressão são gatilhos para arritmias e os consequentes choques ou se as frequentes arritmias (e choques) são gatilhos para o desenvolvimento de uma psicopatologia. Kuijpers et al (2002) apontam que, na literatura, há evidências para ambas as hipóteses.

Seguimos apresentando trechos de um diálogo decorrente da entrevista com o Paciente A:

Paciente A:

P: Não, não porque eu reconheço a necessidade de estar usando ele; então, para mim, só trouxe o bem, que é a minha vida.

E: Mesmo com os choques que o senhor teve?

P: Mesmo com os choques, porque eu sei que ele só deu o choque porque o coração ameaçou de parar. Então ele está aqui para me ajudar.

E: E o senhor se lembra de seu primeiro choque do CDI?

P: Data específica não lembro, mas acho que foi uma negligência minha: os pedreiros bateram uma laje, minha garagem era baixa eu quis fazer ela alta, e já tinha passado do tempo de desinformar aquilo lá. Como eu te falei, sou muito ansioso, e fui lá desinformar sozinho. Tinha o pedreiro, mas eu fui lá, daí eu senti que me deu um negócio esquisito, eu parei, fui para a sala e sentei. Daí a pouco foi tipo um transformador de luz “práu” (imita barulho) e eu

“puf” caí no chão. Eu estava de pé e caí, daí eu levantei e tornei a cair, outro choque. Eu tive a vontade de pegar uma faca e abrir meu peito, que eu senti a morte perto de mim. Um choque dolorido, tanto que a pessoa que estava perto de mim encostou e levou choque também. Aí eu liguei pro meu filho, ele me buscou e trouxe para cá, fiquei internado 11 dias. As outras 6 vezes eu nem vi porque eu estava dormindo, só vi quando o CDI passou no computador e acusou.

E: E como foi ficar internado 11 dias depois dos choques?

P: Preocupante. Eu cheguei a ver muita gente morrer lá na hora, aí eu fiquei com muito medo. Aí me deu um coágulo e eu fiquei depois 36 dias internado aqui. Ah mas isso foi antes dos choques. Eu cheguei em casa, senti o braço bem pesadão, aí vim pra cá e viram um caroço aqui (aponta para o pescoço). Cheguei a tomar 86 injeções na barriga, no umbigo e foi quando comecei a tomar o marevan e tomo até hoje, para afinar o sangue. Desta época foi só isso que eu lembro.

E: “Só” isso? Muita coisa, né? E o senhor ficou com medo de novos choques?

P: Fiquei, fiquei porque é assustador.

E: O senhor pensava muito nisso?

P: Pensava sim, pensava, mas não chegava a ficar muito assustado. Eu acredito que aquilo que tem que acontecer, você não pode evitar.

E: Mas passou a tomar mais cuidado depois? Não ia mais mexer com a laje...

P: Ah não, agora eu falo pra todo mundo se virar, não mexo com parte elétrica, micro-ondas...

E: Mas foi difícil esse período pós choques? Como foi voltar para casa?

P: Foi difícil porque você fica pensando muito, se você sai um pouco da linha... é igual cachorro quando vai adestrar ele para não pegar coisa fora do lugar e põe um choque na carne, aí quando ele vai ver a carne mesmo fora da vasilha dele, ele sabe que não pode comer e não vai lá porque lembra do choque.

E: E o que era a sua “carne na vasilha”? O que te fazia lembrar do choque?

P: Muita coisa, sempre que eu passava nervoso, quando fazia esforço, trabalho, ...

E: E depois do seu implante do CDI, o senhor chegou a ficar triste em algum momento?

P: Ah cheguei, eu ficava ruim porque ficava pensando “será que vai dar outra vez”.

E: E o senhor sente medo de novos choques?

P: Muito, eu não quero mais. Mas acredito que hoje seja difícil acontecer de novo, porque minha saúde de um modo geral está melhor.

Dentre a amostra entrevistada, o Paciente A foi o que mais vivenciou choques apropriados, somando 9 no total, segundo seu relato apenas 3 destes foram “sentidos” por ele. Ainda que o mesmo apresente uma postura ambivalente, relativizando e defendendo-se da experiência com racionalizações do tipo “eu sei que ele só deu o choque porque o coração ameaçou de parar” (*sic*), foi o paciente que mais relatou sua angústia após ter vivenciado os choques. Ainda que acrescido da experiência de uma internação e comorbidades após o implante, o paciente refere ter sido marcado pela experiência do choque e sentir-se ansioso ao pensar sobre este. Certa parte de sua entrevista o paciente refere que “senti a morte perto de si”, de fato os choques experimentados e relatados como extremamente doloridos podem ter sido entendidos como uma experiência de quase morte, nota-se, entretanto, que o paciente (assim como os outros 5 entrevistados) não faz menção direta ao fato de que o choque acabou por salvá-lo de uma possível morte súbita cardíaca. No lugar de imaginar trazer a narrativa da possibilidade angustiante de morte, o que aparece, não em forma de discurso, mas de afeto, a própria angústia.

A experiência do choque pode estar intimamente ligada à impensável possibilidade da própria morte, autores como Winnicott e Joyce McDougall encaram o irrepresentável da própria morte como agonias impensáveis ou angústias primitivas,

vividos no despedaçar-se, no desintegrar-se, no cair para sempre (Santos, 2009). Pereira (2008) discorre que “várias condições psicopatológicas decorrem justamente deste movimento de ir rumo ao angustiante para nele encontrar uma garantia ‘verdadeira’ da realidade da própria vida psíquica” (p. 164). O remeter ao desamparo primitivo é justamente o que concede o caráter terrível e de colapso de uma experiência que envolve risco de vida, ou seja é porque uma “morte” já ocorreu que o sujeito tem tanto medo dela (Santos, 2009). A ideia de morte provoca, então, um grande pesadelo não só para o paciente adoecido, ou que teve a vivência do choque e “teve sua morte súbita interrompida”, mas também para a equipe de cuidados que, contratransferencialmente, se vê engendrada nestas questões da ordem do primitivo, com tão pouco suporte representativo a se apoiar.

Seguimos com os trechos das entrevistas dos outros dois participantes da pesquisa que já tiveram a experiência de choque do dispositivo:

Paciente D:

E: O que o senhor sabe sobre o aparelho de CDI?

P: Olha, o que eu sei é o seguinte, já levei algumas vezes o choque.

E: Já levou choques?

P: É, só que assim, do aparelho. Às vezes a gente estava deitado e fazia Bum! (imitando explosão), e pulava até pra cima, viu?!

E: E como eram esses choques?

P: Dolorido! Mas foram poucos dias.

E: Quantos choques o senhor levou?

P: Deste jeito foram uns dois dias.

--

E: Do choque o senhor não tem medo não?

P: Não, não tenho medo do choque.

E: O que o senhor pensa sobre o choque que o aparelho dá?

P: Olha, eu penso que às vezes pode ser que esse aparelho pife, não funcione a parte eletrônica, elétrica.

E: E os choques que o senhor já tomou? Como o senhor vê?

P: Tem o lado ruim e o lado bom, é forte, o choque é forte, mas pelo menos o aparelho segura e não deixa o coração parar, é por isso que é bom. Se você bota a mão aqui (peito), não sente o meu coração bater, então é bom.

Paciente J:

E: O senhor teve dois choques, foram próximos um do outro?

P: Foram. Foi no início, logo que eu implantei. Estava naquele processo de adaptar, de controlar, até o médico falou que talvez tenha sido mais por algum ajuste do

aparelho do que por necessidade. Acontece com muitas pessoas isso.

E: É difícil lembrar destes choques?

P: Ah não (risos), lembra fácil. O desfibrilador implantado é a mesma coisa que você tomar um choque do desfibrilador normal.

E: Mas incomoda lembrar destes choques?

P: Não, hoje não... depois de muito tempo, já tem uns 10 anos que aconteceu isso comigo.

E: Mas naquela época, deu medo?

P: Ah dava medo de acontecer direto. No começo, por exemplo, eu não dirigia, ficava preocupado, hoje em dia eu dirijo pra todo lado. Não me preocupo mais com choque.

E: E o senhor lembra como foi mudando ou deixando de lado este medo?

P: Ah, simplesmente, não tem o que fazer. Eu entendi que tinha que conviver com aquilo.

E: Hoje em dia o senhor sente receio de levar novos choques?

P: Não, não tenho mais, nem me lembro. Pode até acontecer de um momento para o outro, mas nem me lembro mais.

“Tem o lado ruim e o lado bom, é forte, o choque é forte, mas pelo menos o aparelho segura e não deixa o coração parar” (*sic*) esta frase emblemática resume de certa forma a visão dos pacientes entrevistados em relação ao choque, sem estranhamento e com aceitação da ambivalência. O fato dos choques serem sim um fato marcante em suas vidas, e não completamente ignorado é novamente um sinal de aceitação, ainda que com tons de contradição; não negar a existência ou possibilidade dos choques é sinal aqui de saúde mental e uma boa relação com o dispositivo. Ainda que os pacientes possam ter experienciado angústia em relação aos choques, esta não se mostra aqui como uma angústia primitiva e não-representada, mas sim algo com objeto fixo e, em alguns casos, como uma saída fóbica neurótica. Além das características e estado de saúde mental dos indivíduos pré-implante, outros fatores mencionados ao longo do texto, tais como relação com a equipe, compreensão de sua doença e até a significação que os mesmos atribuem ao aparelho e aos choques, contribuem para estas reações mais organizadas no nível mental.

Seguem fragmentos das entrevistas com os participantes desta pesquisa que não tiveram experiência de choque do dispositivo:

Paciente O:

E: O senhor comentou no começo da entrevista sobre os choques, o senhor chegou a ter algum?

P: Não cheguei, mas me falaram mesmo quando colocou, que eu posso estar andando e ter um choque, até cair. Mas nunca aconteceu, nunca senti nada. No começo quando colocou, eu comecei a caminhar, caminhava bastante e me sentia bem. De vez em quando alguém perguntava se eu já tinha caído ou tido problema com o CDI, mas graças a Deus eu nunca senti nada, nada.

E: Mas pensa nisso? Tem medo?

P: Não, de jeito nenhum, acho que ele está aqui para ajudar.

Paciente M:

P: Não tive esse medo. Eu vi outros pacientes já conversando, que alguns tinha medo, alguns levaram choques outros não, eles descrevem que era um coice de cavalo, algo assim. Eu nunca senti nada.

E: E como foram essas conversas com os outros pacientes?

P: Não me afetou nada, mas eles pareciam afetados. É pessoal a coisa, eu sou muito calmo, aceito essas coisas com naturalidade, se um sacrifício precisa ser feito eu faço, é uma das condições de continuar vivo. A gente vive isso sempre na vida né, pensa bem, como quando você faz o serviço militar, colegial, vestibular,... que todo mundo

deveria ficar “aterrado”, aterrorizado, eu não fiquei na época. E aí você vai se moldado, a vida de trabalho e toda aquela coisa, eu trabalhei muitos anos em fábrica e a gente vai se... adaptando. “O homem é um animal extremamente adaptável”, eu vi isso numa música italiana.

P: É um trabalho interessante o que vocês fazem, por que no meu caso o CDI é um aliado. Se eu tivesse levado uns 3 ou 4 choques, pode ser que tivesse uma opinião completamente diferente. Então nessa área, também sou um paciente não-típico, típico é o cara que leva uns 3 choques pelo menos ao longo deste período que eu não levei nenhum. Eu vi uma senhora um dia aqui na fila para ser atendida, ela tinha 92 anos, e o acompanhante dela falou que ela levava choque disso o tempo todo. Então já imagina que vida diferente que a pessoa leva.

Paciente C:

E: O senhor nunca teve nenhum choque do CDI, mas tem algum receio de ter?

P: Olha, receio de choque todo mundo tem, mas se tiver que acontecer não tem problema nenhum. Mesmo porque é um choque não vai me prejudicar em nada, só vai estar me ajudando, eu não tenho medo nenhum.

Ainda que não tenham passado pela experiência dos choques, nota-se que os pacientes entrevistados entendem que existe a possibilidade que estes ocorram, demonstrando novamente conhecimento adequado sobre a funcionalidade do dispositivo. Do ponto de vista subjetivo, fica evidente que os mesmos encaram a possibilidade do choque, ainda que obviamente não desejado, como algo não prejudicial, mas reconhecendo o fator benéfico de reverter a arritmia maligna.

Em uma revisão de literatura sobre as relações de ansiedade e qualidade de vida com o uso do CDI, Bostwick & Sola (2007) encontraram que tanto a ocorrência de choques quanto a possibilidade desta pode acarretar em quedas nos escores de qualidade de vida, entretanto isto geralmente acontece no contexto de pacientes que já apresentavam traços de psicopatologia anterior ao implante. Segundo a revisão, são pacientes que se apresentam muito preocupados com a possibilidade do choque, antecipando-o mesmo que não o tenham vivido, que manifestam elevada ansiedade clínica.

7.7.Sobre a significação do aparelho.

Ao longo da análise deste Grupo Temático, retomamos a um importante ponto do objetivo desta pesquisa: como os pacientes significam o implante do CDI, como estes se representam e se relacionam com o dispositivo. Primeiramente vamos listar alguns momentos das entrevistas realizadas. Nota-se o negrito em algumas expressões-chave a serem discutidas e que se relacionam com os significados atribuídos ao aparelho.

Paciente J:

E: Muito obrigado pela entrevista, pelas informações compartilhadas, se precisar de alguma coisa tem meu contato no termo que você vai levar. Acredito que esta conversa possa ajudar até mesmo novas pessoas que vão

colocar o CDI no futuro. Mais algo que queria compartilhar?

*P: As pessoas **não precisam ter medo do CDI** não (risos).*

Paciente O:

E: O senhor comentou no começo da entrevista sobre os choques, o senhor chegou a ter algum?

P: Não cheguei, mas me falaram mesmo quando colocou, que eu posso estar andando e ter um choque, até cair. Mas nunca aconteceu, nunca senti nada. No começo quando colocou, eu comecei a caminhar, caminhava bastante e me sentia bem. De vez em quando alguém perguntava se eu já tinha caído ou tido problema com o CDI, mas graças a Deus eu nunca senti nada, nada.

E: Mas pensa nisso? Tem medo?

*P: Não, de jeito nenhum, **acho que ele está aqui para ajudar.***

E: Em relação, ao CDI o senhor sente algum tipo de medo?

*P: Nada, o **CDI foi uma ajuda para mim** mesmo.*

E: Bom, tem alguma outra informação sobre sua vida ou sobre o implante do CDI, que eu não perguntei, e que o senhor acha importante conversarmos?

*P: Olha pra falar a verdade eu não tenho, só que, **para mim, foi a melhor coisa, não me atrapalha em nada.***

Paciente M:

E: O CDI provavelmente foi uma medida mais preventiva?

*P: Isso, exatamente. Ele até usou um termo, que **o aparelho era... por segurança.***

E: E te deu segurança?

*P: Sim, sabe por que? Porque eu sabia que se houvesse uma parada eu levava um choque, e “punha” de volta. **Esta segurança deu muito.***

E: O senhor acredita que o CDI lhe trouxe algum benefício?

*P: **Segurança, no início.** Hoje é meio indiferente.*

E: Continua trazendo essa segurança?

P: Não sei, acho que não. Os acontecimentos subsequentes foram melhorando minha saúde, a fração de ejeção, os stents implantados, e já passou muito tempo né. No início,

era interessante a conversa com os médicos aqui, um me falou que eu era um Highlander (personagem de ficção imortal), outra disse “Você não morre! ”. Teve um que comemorou a fração de ejeção aumentada, chamou os outros para ver e falou que era a prova do resultado da terapia; como eu vi que eles estavam satisfeitos, eu tinha que ficar também.

*P: É um trabalho interessante o que vocês fazem, por que **no meu caso o CDI é um aliado.***

Paciente A:

*P: Não, não porque eu reconheço a necessidade de estar usando ele; então, para mim, **só trouxe o bem, que é a minha vida.***

E: Mesmo com os choques que o senhor teve?

*P: Mesmo com os choques, porque eu sei que ele só deu o choque porque o coração ameaçou de parar. Então **ele está aqui para me ajudar.***

Paciente D:

E: Mas seu medo é que o aparelho falhe?

P: Isso, que vai dar um treco no aparelho e não vai dar tempo de eu vir aqui.

E: O senhor confia no aparelho então.

*P: **Confio**, inclusive eu esqueci de falar pro senhor. Quando foi na primeira vez que me deu aquele negócio e foram trocar o aparelho, primeira vez que foram colocar, o meu coração ficou pela metade. Foi quando descobriram que precisava colocar o aparelho para ajudar a bombear melhor. Quando foi da outra vez que deu a arritmia, aí ficou metade de novo, ficou 25% só, aí que colocaram o CDI. Eu estou com 25% só do coração, dizem eles. **O medo meu é só esse então, de que o aparelho falte.***

Paciente C:

E: Bom, vamos começar então. O que o senhor sabe sobre o CDI?

*P: O que é sei é que **ele é para garantir**, se houver alguma... se meu coração entrar em fibrilação ele interrompe e faz ele bater normal. Ele interrompe com um choquezinho, um choque elétrico.*

E: O senhor nunca teve nenhum choque do CDI, mas tem algum receio de ter?

*P: Olha, receio de choque todo mundo tem, mas se tiver que acontecer não tem problema nenhum. Mesmo porque é um choque **não vai me prejudicar em nada, só vai estar me ajudando, eu não tenho medo nenhum.***

E: E deste um ano para cá, o senhor sente que sua vida mudou? O implante lhe trouxe algum benefício?

*P: Não, eu tenho arritmia, então às vezes eu sinto uma vibrada mais forte do coração e isso não mudou em nada desde que coloquei o aparelho. Segundo falaram os médicos do hospital que implantei - o tratamento eu sempre fiz aqui desde que enfartei, foi só pra colocar o CDI que fui no outro hospital – **o aparelho é uma garantia, ele está aqui para garantir caso alguma coisa aconteça, e é assim que eu vejo o aparelho.***

*P: Acredito que para mim não, nunca me atrapalhou, não me atrapalha. **Eu vejo como algo positivo, que pode me ajudar.** Como disse uma médica, é que nem seguro de carro: você paga para não usar; então eu tenho ele aqui, preferindo que não seja preciso usar, mas **por garantia, tem.***

Ainda que não sem ressalvas, ou momentos de angústia, foi unânime a presença de boas avaliações dos participantes em relação aos dispositivos. Não apenas boas

avaliações, pois não é disto que se trata o objetivo deste trabalho, mas pode-se observar nas falas a sensação de segurança e confiança no uso do dispositivo, como algo que lhes ajuda, como um aliado. Associando este fato ao acolhimento e confiança relatada pelos pacientes em relação a equipe, podemos supor certa correlação entre as informações passadas, a maneira com que estas informações são passadas e a qualidade da relação equipe-pacientes com uma maior aceitação e sensação de segurança do uso do dispositivo; futuras pesquisas poderiam debruçar-se mais sobre esta aparente relação.

Em consonância com este achado, encontramos no estudo de Goldstein et al (2008b) uma discussão sobre o que os médicos pensam do uso de CDI em pacientes sem possibilidades de cura (em cuidados paliativos). Um importante achado desta pesquisa é que o aparelho de CDI é encarado, tanto pelos médicos entrevistados, quanto pelos pacientes e familiares como algo relacionado à esperança pela vida, diferente de outros dispositivos ou maquinários específicos para manutenção da vida - tais como respiradores artificiais, alimentação por tubos e máquinas de hemodiálise (no uso da falência renal), que uma vez desligados, levam invariavelmente à morte.

Em outro estudo subsequente, Goldstein et al (2008a) mostram que os pacientes desenvolvem uma complexa e ambivalente relação psicológica com seus dispositivos, os aparelhos provêm uma sensação de segurança (nas palavras de seus pacientes entrevistados: “é como um seguro de vida” ou “como um amigo no qual você confia”) e a ideia de desligar (ou que o aparelho pare de funcionar) é encarada como um “ato de suicídio”, ainda que os choques em si possam ser relatados como desconfortáveis ou algo que desestabiliza psicologicamente. Goldstein et al (2008a) também apontam que

Os participantes parecem ter desenvolvido uma relação simbiótica com o dispositivo. Se o CDI é visto como um amigo, então é difícil para um paciente acreditar que o

dispositivo poderia realmente fazer-lhes qualquer dano. A interação desses fatores psicológicos resulta em um estado de imortalidade percebida para esses participantes - eles vão ter um novo coração (os que estão em fila de espera para transplante) ou apenas manter seu CDI "para sempre".
(p.11)¹

Outro ponto a ser notado é que dentre a amostra de participantes deste estudo, escolhida randomicamente, não foram identificados casos de ansiedade ou depressão diagnosticados clinicamente (pelos dados colhidos em prontuário e auto-relato dos pacientes). Mesmo que uma amostra de 6 pacientes não represente significativamente a totalidade dos atendidos na instituição, é válido o trabalho de estudo de caso sobre as significações e representações atribuídas pelos 6 indivíduos estudados. Feitas estas ressalvas, temos outro tipo de discurso importante obtido como resultado que corrobora com a visão do “dispositivo como um aliado” e nos coloca diante uma nova problemática a ser analisada, identificada neste estudo. Novamente aqui, destacamos em negrito as expressões que mais representam o conteúdo a ser analisado:

Paciente J:

E: Tem alguma outra informação sobre o CDI que não conversamos e que o senhor ache importante deixar registrado.

¹ Tradução livre do original.

P: Ah, a minha única questão que eu acho que deveria ser um pouco maior é a durabilidade da bateria, para a troca né.

E: O senhor já precisou trocar essa bateria? Quantas vezes?

P: Já, uma vez, fazem 7 anos.

Paciente M:

P: Agora que está acontecendo isso, vai precisar trocar a bateria. E é aí que eu vejo as dificuldades da troca, porque o Brasil entrou em crise posteriormente (risos), isso não precisa nem dizer que todos sentimos, o SUS não deve estar mais recebendo verba como devia, então as coisas ficaram mais difíceis. E também acontece o seguinte, tem casos mais prioritários, como eu disse, têm pessoas que levam quase 3 choques por mês, aí acaba a bateria mais depressa. Então estou vindo mensalmente ao hospital para ver isso.

Paciente A:

P: Por exemplo, essa conversa que tivemos vai ficar para sempre gravada, porque é construtivo. Mas tem vezes que você ouve coisa ruim, teve uma vez que falaram que o governo estava distribuindo só um aparelho por mês,

porque é muito caro né. Mas daí eu fui ver de onde vinha esses aparelhos, fui verificar tudo, que vinha da Holanda para o Brasil. Eu tenho uma irmã que mora na Holanda, ela falou que podia compra um lá e mandar aí falaram aqui que não podia, que não é assim que funciona o hospital.

E: Mas qual era o seu receio em relação a isto?

P: Era ficar sem, porque o meu estava vencido a bateria e eu não conseguia trocar. E falaram que o governo só dava um por mês, daí eu fiquei nervoso. Isso faz um ano atrás, mas consegui trocar.

Paciente B:

P: Já fazem uns 2 ou 3 meses. E depois ele começou a apitar, ele tem horário certo até para apitar. (Falando sobre os sinais que o dispositivo emite quando necessária a troca de gerador)

E: Ah é? Qual horário?

P: Nove horas da manhã e nove minutos. Aí eu vim aqui e falaram que iam tirar o apito, aí não apitou mais. Mas fazem uns 4 ou 5 dias ele deu mais uma apitada longa.

E: E isto que o senhor vai também conversar com os médicos hoje?

P: É, e tem que ver se conseguiu o aparelho novo para colocar ou não conseguiu... mas eu tô passando muito mal, já não estou podendo andar sozinho, já não tô dirigindo mais meu carro. Às vezes eu saio sozinho bem perto de casa, mas daí eu passo mal, não enxergo mais nada; daí eu paro e sento, sento até no chão, os caras perguntam o que eu tenho, se eu estou bêbado. Às vezes é até de boa intenção...

E: Mas o senhor bebia?

P: Bebia, parei faz tempo. Bebia e fumava

E: Quando parou?

P: Ah desde 2005. Na primeira vez que colocou eu já parei, este daqui é o segundo, e o que vai trocar agora é o terceiro. Mas eu já não fumava mais, parei de fumar e beber logo que fiquei doente.

P: A gente fica cismado né, preocupado. Eles dizem que este aparelho já está na reserva, então eu fico pensando que se der um mais forte, aí pode apagar de vez. Quando dá esse apagão,

E: E dificuldades? Trouxe algumas?

*P: Olha, só começou agora, depois que **começou a vencer o aparelho**, depois dos choques.*

E: E para finalizar nossas perguntas aqui, o senhor sente medo de novos choques?

*P: Sinto, sinto porque **agora o aparelho está na reserva e se der uma parada, quem é que sabe? Se trocar a bateria ou o aparelho, daí não, só quando tiver vencendo de novo.***

E: Então o seu medo é que o aparelho vença?

P: Já está vencido parece, bem dizer.

E: Seu medo é de ficar sem o aparelho?

*P: **Se eu ficar sem o aparelho, eu fico sem vida, tenho certeza.** Eu tive um amigo que foi botar o segundo aparelho e não aguentou chegar aqui. Agora tem esse problema, o aparelho é muito caro e está difícil, parece que o governo não está querendo ceder o aparelho.*

E: Bom, vamos esperar sua consulta e ver o que a equipe que cuida do senhor vai lhe falar hoje.

*P: É, se dá pra trocar a bateria ou se precisa de um novo, mas ficar com esse mesmo aqui eu tenho medo. **Ficar sem, não dá.***

Estes discursos, além de novamente evidenciarem a confiança e a atribuição de um status “salvador” ao dispositivo, evidenciam um novo achado desta pesquisa: o medo de ficar sem o aparelho, ou que o dispositivo falhe. É notável a relação desta narrativa “ficar sem o aparelho” com questionamentos acerca do funcionamento e financiamento do sistema de saúde brasileiro, o qual é avaliado por 92% dos brasileiros como péssimo, ruim ou regular (INSTITUTO DATAFOLHA, 2014). Um importante gargalo para o SUS e também apontado pelos pacientes é o tempo aguardado para ser atendido ou agendar uma consulta, exame, cirurgia ou outro procedimento: dentre os 2.418 entrevistados para a referida pesquisa do Datafolha, pelo menos 30% declararam estar aguardando ou terem alguém na família aguardando a marcação ou realização de algum procedimento no SUS. Nesta pesquisa, 4 dos 6 participantes declaram algum tipo de desconforto em relação à espera para troca do gerador (bateria) ou de um novo dispositivo, sendo este o principal motivo de angústia em relação ao aparelho verificado na presente pesquisa.

Ainda que a origem da discussão sobre “ficar sem o aparelho” seja aqui de outra ordem (administração e gestão pública, no caso dos pacientes estudados), podemos fazer uso de algumas considerações de uma completa revisão sistemática realizada por Hill et al (2015). Neste trabalho os autores procuraram verificar a percepção de pacientes terminais sobre a desativação do implante de CDI. Cabe salientar que no estudo de Hill et al, os pacientes encontravam-se já em cuidados paliativos, sendo que muitos deles já tinham sinalizado (em prontuário e após discussão com equipe médica) o pedido de “não ressuscitar” ou de não desejarem serem mantidos vivos por maquinário artificial. Ainda assim, foi notado que o CDI é encarado, em alguns casos, pelo que os autores chamam de “metamorfose ontológica”, ou seja, sentido já como parte integrante do corpo do receptor. Desta maneira alguns pacientes sentem que a decisão de desativar o CDI como algo muito complexo e desejam intrincado apoio profissional nesta decisão.

Outro ponto percebido por Hill et al (2015) é que o CDI pode ser percebido pelos pacientes de maneira não realística; seja pela falta ou dificuldade no processo de informação e comunicação seja por fantasias tais como o aparelho lhes confere “superpoderes” (imortalidade). Neste trabalho, um possível atravessamento neste sentido pode ser notado pela confusão de alguns pacientes entre a função de marca-passo (regular e monitorar os batimentos cardíacos) com a função de desfibrilador do dispositivo (reverter paradas ou arritmias com choques mais potentes), e também com a sensação subjetiva de melhora dos sintomas após o implante (sem considerar as outras vias de tratamento, tais como inclusão de medicamentos de uso contínuo para sua doença crônica).

Ainda assim, prosseguindo com estas questões, não falamos aqui de uma dependência ou supervalorização do dispositivo, o CDI de fato é importante em suas vidas e deve ser continuamente acompanhado e assistido pela equipe de saúde. Na fala do Paciente B: “Eles dizem que este aparelho já está na reserva, então eu fico pensando que se der um (choque) mais forte, aí pode apagar de vez. ” (*sic*), cabe perguntar quem é o sujeito que pode “apagar de vez”, o dispositivo ou o próprio paciente? O que está em jogo em falas como esta é a sensação de desamparo mediante uma possibilidade aterrorizadora que é a de não encontrarem apoio institucional para necessidade de um novo dispositivo ou bateria. E por apoio institucional, não dizemos aqui da equipe ou do hospital, que são agentes passivos também em relação à esta demanda, estamos nos referindo ao governo e às políticas públicas voltadas à saúde.

As práticas em saúde nas últimas décadas, os avanços científicos e tecnológicos junto com a maneira com que se pensa cientificamente a vida e a morte levam a inevitáveis e necessárias discussões acerca de temas complexos tais como o limite da vida; eutanásia, ortotanásia e distanásia; o conceito de morte e vida (e questões como o

aborto, decorrentes destas); transplantes e implantes. O termo bioética diz respeito à integração de diferentes aspectos das ciências naturais e biológicas com as ciências humanas, pautando a ética às discussões sobre questões relacionadas à sobrevivência da humanidade. (Calvetti, Fighera & Muller, 2008).

A bioética apresenta alguns princípios básicos que devem nortear a assistência e pesquisa dos profissionais de saúde diante de questões da vida humana: (i) a beneficência, entendida como sendo a oferta da melhor assistência, prevenindo, removendo ou evitando malefícios; (ii) a não maleficência, que salienta que as ações em saúde não devem causar danos ou evitar danos em maior medida; (iii) a autonomia, que se refere ao respeito ao direito de decisão, consentimento e recusa de tratamento das pessoas; (iv) e o princípio da justiça, ou seja, igualar as oportunidades de acesso à saúde, preocupar-se com a equidade na distribuição de bens e recursos comuns, reconhecendo diferentes necessidades. No campo das práticas em saúde, esses princípios devem fazer parte diariamente como questionamentos do tipo (Calvetti, Fighera & Muller, 2008)

Qual a finalidade da prática de determinado procedimento?

Quais os benefícios e maleficência que esta decisão pode acarretar na vida da pessoa? O indivíduo obteve todas as informações necessárias para a sua tomada de decisão, como para um procedimento cirúrgico ou início de um tratamento medicamentoso ou psicológico? (p. 117)

Dessa maneira, a bioética apresenta, também como princípio norteador, humanizar o ambiente hospitalar para uma convivência mais conciliadora do viver e do morrer com dignidade. Busca-se uma interdisciplinaridade na articulação de conceitos e pensamentos não só da área da saúde, mas também da antropologia, biologia, sociologia, economia, direito, teologia, filosofia e política. (Calvetti, Fighera & Muller, 2008)

Toda a discussão realizada nesta pesquisa sobre o uso das tecnologias nas práticas em saúde, não tem um caráter conclusivo e sequer se propõe a enaltecer ou censurar tais práticas, entretanto cabe salientar algo que não é somente um saber do senso comum, mas sim relaciona-se com os princípios da bioética: tal uso deve ser feito com responsabilidade. Questiona-se aqui se não existe certa irresponsabilidade política (ainda que seja por descontinuidade de gestão) ao se propor a certos pacientes o uso de um aparelho tão específico, do qual o hospital público é a única possível fonte de amparo e cuidado para o tão singular aparelho e que reconhecidamente demanda acompanhamento e cuidados frequentes para então expor tais pacientes a algo que não pode ser nomeado de outra maneira, se não, desamparo.

8. CONCLUSÃO

Pacientes com dispositivos biotecnológicos implantáveis tornam-se homens e mulheres “biônicos”, tais pioneirismos da medicina do século XXI merecem especial atenção do ponto de vista das práticas em saúde. A equipe que cuida desses pacientes deve pensar sobre os aspectos médicos e psicológicos da prescrição dessas novas terapias. Pode-se concluir que a dita iatrogenia do uso destas novas tecnologias recai justamente sobre o prestar assistência sem atenção às condições subjetivas ulteriores.

Ainda que não o presente estudo não almeje generalizar seus resultados, uma vez que nos debruçamos especificamente sobre a significação e relação que 6 pacientes discursam sobre o uso do CDI em suas vidas, os resultados obtidos fornecem subsídios para se pensar a assistência a estes pacientes de um modo geral.

Os mitos que cercam o adoecimento e o próprio dispositivo devem ser dissipados, é de extrema importância verificar a compreensão dos pacientes sobre sua doença e funcionamento do dispositivo. Do ponto de vista das responsabilidades, por parte da

equipe, apontamos: a necessidade de ações de saúde voltadas às pessoas e não centradas nos procedimentos, com orientação, informação e adequação das terapias propostas ao estilo de vida do paciente, bem como suporte social e emocional. Deve-se investir na possibilidade da criação de uma relação genuína de confiança e cuidado entre paciente e equipe multidisciplinar.

O acompanhamento psicológico pré e pós implantação do CDI é extremamente recomendável, justamente para que através de sua escuta o profissional possa avaliar as fantasias e possíveis dificuldades que os pacientes possam ter em relação ao dispositivo. O caráter traumático de certas situações recai justamente sobre o que não é representado, o não-dito; e é precisamente sobre isso que a assistência psicológica vai trabalhar.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Americana de Psiquiatria (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª edição). Tradução de M. I. C. Nascimento, P. H. Machado, R. M. Garcez, R. Pizzato & S. M. M. Rosa. Porto Alegre: ARTMED. (Trabalho original publicado em 2013).

Barros, J. A. C. P. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde soc.*, 11(1), 67-84.

Bergeret, J. (1988). *Personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

BIOTRONIK SE & Co KG (2009). *Manual do paciente: O que você precisa saber sobre o seu sistema de terapia para insuficiência cardíaca*. Design, stoffers/steinicke, Berlin. Disponível em: https://www.biotronik.com/sixcms/media.php/133/363373_A_1007_Patientenbr oschuere_Herzinsuffizienz_BR_klein.11986.pdf, consultado em 12 fev 2018.

- Bostwick, J. M. & Sola, C. L. (2007). An updated review of implantable cardioverter/defibrillators, induced anxiety, and quality of life. *Psychiatr Clin North Am*, 30(4), 677-688.
- Calvetti, P. U.; Fighera, J. & Muller, M. C. (2008). A bioética nas intervenções em psicologia da saúde. *Psic*, 9(1), 115-120.
- Campos, C. J. G. & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínica-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 259-264.
- Carneiro, B. V.; Pires, H. H. M.; Nogueira, A. C. C. & Brick, A. V. (2012). Arritmias: fisiopatologia, quadro clínico e diagnóstico. *Revista de Medicina e Saúde Brasileira*, 1(2), 93-104.
- Carroll, D. L. & Hamilton, G. A. (2008). Long-term effects of implanted cardioverter-defibrillators on health status, quality of life, and psychological state. *American Journal of Critical Care*, 17(3), 222-230.
- Carrol, S. L.; Strachan, P. H.; de Laat, S.; Schwartz, L. & Arthur, H. M. (2013). Patients' decision making to accept or decline an implantable cardioverter defibrillator for primary prevention of sudden cardiac death. *Health Expect*, 16(1), 69-79.
- Cesarino, C. B.; Beccaria, L. M.; Aroni, M. M.; Correa, L. C. & Rodrigues, S. D. S. P. (2011). Qualidade de vida em pacientes com cardioversor desfibrilador implantável: utilização do questionário SF-36. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, 26(2), 238-243.

- Chevnik, M. (1991). La interconsulta médico-psicológica. Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible. In M. Békei (org), *Lecturas de lo psicossomático* (pp. 169-183). Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Costa, R.; Silva, K. R. D.; Mendonça, R. C.; Nishioka, S.; Siqueira, S.; Tamaki, W. T.; ... & Martinelli Filho, M. (2007). Incidência de choques e qualidade de vida em jovens com cardioversor-desfibrilador implantável. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88(3), 258-264.
- Cromberg, R. U. (2013). “Sobreadaptação à realidade ambiental e padecimento corporal”. In: R. M. Volich, F. C. Ferraz & W. Ranña (orgs), *Psicossoma III: Interfaces da Psicossomática* (pp. 267-278). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Crow, S. J.; Collins, J.; Justic, M.; Goetz, R. & Adler, S. (1998). Psychopathology Following Cardioverter Defibrillator Implantation. *Psychosomatics*, 39(4),305-310.
- SCOTT J. CROW, M.D., JOANNE COLLINS, B.S.N. MARCIA JUSTIC, M.S.N., ROBERT
- David, J. H. (2008). “Aspectos psicológicos do uso do marca-passo e desfibrilador cardíaco implantável”. In: C. P. Almeida & A. L. A. Ribeiro (orgs), *Psicologia em Cardiologia: novas tendências* (pp; 169-175). Campinas: Editora Alínea.
- Delfini, A. B. L., Roque, A. P., & Peres, R. S. (2009). Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermagem clínica. *Gerais*, 2(1), 12-22.

- Favarato, M. E. C. S. & Accorsi, T. A. D. (2010). “A cronicidade da valvopatia”. In A. L. A. Ribeiro & M. L. Gagliani (Orgs.), *Psicologia e Cardiologia – Um desafio que deu certo* (pp. 57-66). São Paulo: Editora Atheneu.
- Ferguson, J. (2012). *How the experience of living with an Implantable Cardioverter Defibrillator influences the educational needs and concerns of patients and their partners*. Tese de doutorado. Queen Margaret University.
- Freedenberg, V.; Thomas, S. A. & Friedmann, E. (2011) Anxiety and depression in implanted cardioverter-defibrillator recipients and heart failure: a review, *Heart Fail Clin.*, 7(1), 59-68.
- Freud, S. (1969a). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome particular denominada neurose de angústia. In S Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão trad., V. 3, pp. 93-116). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894).
- Freud, S. (1969b). Inibições, sintomas e angústia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., V. 20, pp. 81-167). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926 [1925]).
- Freud, S. (1969c). Um estudo autobiográfico. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., V. 20, pp. 4-47). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926 [1925]).
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820.

- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., Turato, E. R. (2008) Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Foucault, M. (1997). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Gaal.
- Furtado, R. N. & Camilo, J. A. O. de (2016). O Conceito de Biopoder no Pensamento de Michel Foucault. *Subjetividades*, 16(3), 34-44.
- Goldstein, N. E.; Mehta, D.; Siddigui, S.; Teitelbaum, E.; Zeidman, J.; Singson, M.; Pe, E.; Bradley, E. H. & Morrison, R. S. (2008a). "That's like an act of suicide" patients' attitudes toward deactivation of implantable defibrillators. *J Gen Intern Med*, 23(1), 7-12.
- Goldstein, N. E.; Mehta, D.; Teitelbaum, E.; Bradley, E. H. & Morrison, R. S. (2008b). "It's like crossing a bridge" complexities preventing physicians from discussing deactivation of implantable defibrillators at the end of life. *J Gen Intern Med*, 23(1), 2-6.
- Gorayeb, R., Almeida, P. L., Camillo, C., & Nakao, R. T. (2013). Aspectos psicológicos de pacientes portadores de cardioversor desfibrilador implantável. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 26 (4), 272-280.
- Gomes, A. C. B. P (2014). Estudo descritivo e compreensivo da capacidade adaptativa de pacientes adultos submetidos ao implante de cardioversor desfibrilador implantável. Tese de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gomes, L. C. & Fraga, M. N. O. (1997). Doenças, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em saúde mental. *Rev. bras. enferm.*, 50(3), 425-440.

- Herrmann, C.; von zur Mühlen, F.; Schaumann, A.; Buss, U.; Kemper, S.; Wantzen, C. & Gonska, B. D. (1997). Standardized assessment of psychological well-being and quality-of-life in patients with implanted defibrillators. *Pacing Clin Electrophysiol*, 20(1), 95-103.
- Hill, L.; McIlfatrick, S.; Taylor, B.; Dixon, L.; Harbinson, M. & Fitzsimons, D. (2015). Patients' perception of implantable cardioverter defibrillator deactivation at the end of life. *Palliat Med.*, 29(4), 310-323.
- Hirsh, A. T.; Sears Jr, S. F. & Conti, J. B. (2009). Cognitive and behavioral treatments for anxiety and depression in a patient with an implantable cardioverter defibrillator (ICD): a case report and clinical discussion. *J Clin Psychol Med Settings*, 16(3), 270-279.
- Horn, A. & Almeida, M. C. du Pin. (2003). Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37(1), 69-84.
- Hughes, J. (2001). "O futuro da morte". In: *Folha de São Paulo*, Caderno Mais, 4 de novembro de 2001 (pp. 4-10). Versão original em *Journal of Evolution and Technology*.
- Junqueira, C. & Coelho Junior, N. E. (2006). Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline? *Psic. Clin.*, 18(2), 25-35.
- Kowey, P. R.; Marinchak, R. A. & Rials, S. J. (1992). Things that go bang in the night. *N. Engl Journal of Med*, 327(26), 1884.
- Kuijpers, P.M.; Honig, A. & Wellens, H.J. (2002). Effect of treatment of panic disorder in patients with frequent ICD discharges: a pilot study. *Gen Hosp Psychiatry*, 24(3), 181-184.

- Lustosa, M. A.; Alcaires, J. & Costa, J. C. da. (2011). Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. *Rev. SBPH*, 14(2), 27-49.
- Luyster, F. S., Hughes, J. W., Waechter D., & Josephson R. (2006). Resource loss predicts depression and anxiety among patients treated with an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosomatic medicine*, 68 (5), 794-800.
- Manuel, A.; Dobbin-Williams, K. & Swab, M. (2015). The experiences of adults living with na implantable cardioverter defibrillator for cardiovascular disease: a systematic revier of qualitative evidence protocol. *JB I Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 13(6), 82-95.
- Marcon, H. H. (2016). O (sem) lugar do sujeito nas práticas em saúde. In: M. Kamers; H. H. Marcon & M. L. T. Moretto (Orgs.). *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde* (pp. 25-45). São Paulo: Escuta.
- Matos, A. J. (2007). *Análise da relação custo-efetividade do tratamento com DCI – Desfibrilador Cardioversor Implantável*. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Marty, P. (1990). *A Psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Magyar-Russell, G.; Thombs, B. D.; Cai, J. X.; Baveja, T.; Kuhl, E. A.; Singh, P. P.; ... & Ziegelstein, R. C. (2011). The prevalence of anxiety and depression in adults with implantable cardioverter defibrillators: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 71(4), 223-231.
- Menezes, L. S. (2006). *Pânico: efeito do desamparo na contemporaneidade. Um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Minayo, M. C. S. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (2a ed.). São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F. & Gomes, R. (2009). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Minerbo, M. (2013). Ser e sofrer, hoje. *Ide*, 35(55), 31-42.
- Ministério da Saúde, 2016. Informações de Saúde (TABNET) - Estatísticas Vitais. Departamento de Informática a Serviço do SUS. [Acessado em 08/02/2019] Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
- Moretto, M. L. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pauli, P.; Wiedemann, G.; Dengler, W.; Blaumann-Benninghoff; G. & Kühlkamp, V. (1999). Anxiety in patients with na automatic implantable cardioverter defibrillator: What differentiates them from panic patients? *Psychosom. Med.*, 61, 69-76.
- Peixoto, G. D. L.; Martinelli Filho, M. & Costa, R. (2013). Morte súbita no Brasil: soluções à vista? *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 23(1), 21-24.
- Pereira, M.E.C. (2008). *Pânico e Desamparo: Um estudo psicanalítico*. São Paulo: Editora Escuta.
- Peres, R. S.; Caropreso, F. & Simanke, R. T. (2015). A noção de representação em Psicanálise: da Metapsicologia à Psicossomática. *Psic. Clin.*, 27(1), 161-174.
- Raposo, H. & Areosa, J. (2009). *As novas tecnologias médicas e a reconfiguração da saúde: entre riscos e incertezas*. Comunicação Oral. In: Anais do X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais – Sociedades desiguais e paradigmas em confronto, Universidade do Minho.
- Ronick, P. V. & Campos, E. M. P. (2017). Pânico e desamparo em pacientes com cardioversor desfibrilador implantável. *Rev. SBPH*, 20(1), 99-121.

- Santos, L.O. (2009). *Transtornos de Pânico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sears, S. F.; Hauf, J. D.; Kirian, K.; Hazelton, G. & Conti, J. B. (2011). Posttraumatic Stress and the Implantable Cardioverter-Defibrillator Patient: What the Electrophysiologist Needs to Know. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 4(2), 242-250.
- Sears, S. F.; Todaro, J. F.; Lewis, T. S.; Sotile, W. & Conti, J. B. (1999). Examining the Psychosocial Impact of Implantable Cardioverter Defibrillators: A Literature Review. *Clin. Cardiol.*, 22(1), 481-489.
- Shiga, T.; Suzuki, T. & Nishimura, K. (2013). Psychological distress in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Journal of Arrhythmia*, 29(6), 310-313.
- Sibilia, P. (2015). *O homem pós-orgânico: A alquimia dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Ed. Contraponto.
- Sibilia, P. (2011). Rumo à imortalidade e à virtualidade: A construção científico-tecnológica do homem pós-orgânico. *Anais do XXIV Congresso Brasileiro da Comunicação: Campo Grande, MS. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação*.
- Silva, D. R. (2018). Biopoder na concepção de Michel Foucault: o poder do Estado no controle da sociedade. *Periagoge*, 1(1), 27-39.
- Silva, I.; Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H. (2006). Adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus: a importância das características demográficas e clínicas. *Rev Referência*, 2(2), 34-41.
- Souza, F. S. O. & David, J. H. (2010). Quando o Coração Falha: Marca-passos e Cardioversor Desfibrilador Cardíaco. In A.L.A. Ribeiro & M.L. Gagliani (Orgs.),

- Psicologia e Cardiologia – Um desafio que deu certo* (pp. 57-66). São Paulo: Editora Atheneu.
- Sterlarc. (2013) “Das estratégias psicológicas às ciberestratégias: a protética, a robótica e a existência remota”. In Domingues, D. (org), *A arte no século XXI: a humanização das tecnologias* (pp. 54-59). São Paulo: UNESP.
- Szapiro, A. M. (2013). Do Humano e da Técnica: Por uma Clínica da Pós-Modernidade. *Rev. Polis e Psique*, 3(2), 4-18.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (2a ed.). Petrópolis (RJ): Vozes.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-14.
- Vainboim, T. B. (2018). “Intervenções psicoeducativas: contribuições para pacientes e familiares no hospital”. In Sousa, A. S. da; Castro, D. R. B. & Arrais, R. H. (orgs), *Psicologia Hospitalar: debates contemporâneos* (pp. 153-163). Piauí: FAM.
- Veloso, B. (1996). A Medicina Pós-Moderna. *Medicina Interna*, 3(4), 259-262.
- Volich, R. M. (2010). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wójcicka, M., Lewandowski, M., Smolis-Bak, E., & Szwed, H. (2008). Psychological and clinical problems in young adults with implantable cardioverter-defibrillators. *Kardiologia polska*, 66(10), 1050.

ANEXO 1 – Roteiro de Entrevista Semi-estruturada.

1. O que você sabe sobre o CDI?
2. Você sabe por qual motivo foi necessário o seu implante do CDI?
3. Como você se sente após o implante do CDI?
4. Você acredita que o implante do CDI lhe trouxe benefícios para sua vida? Quais?
5. Você acredita que o implante do CDI lhe trouxe malefícios para sua vida? Quais?
6. Quais são os problemas ou dificuldades que você está enfrentando após o implante do CDI?
7. O CDI afeta ou já afetou
 - a. Atividades da vida diária?
 - b. Seu trabalho?
 - c. Seus relacionamentos (familiares, casamento, sexualidade)?
8. Você se lembra de seu primeiro choque do aparelho?
9. Como você se sente em relação ao(s) choque(s) que já vivenciou?
10. Você precisou mudar sua rotina após o implante do CDI? Existem atividades que gostaria de fazer, mas não faz devido ao implante?
11. Após o implante, você se sente deprimido, triste ou com algum mal-estar emocional?
12. Após o implante você se sente nervoso, irritado ou com medo?
13. Você sente receio de levar (novos) choques?
14. Alguma outra informação sobre sua vida com o implante de CDI que julgue importante compartilhar?

ANEXO 2 – Formulário de Identificação.

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Data da entrevista: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Diagnóstico principal: _____ Data do implante do CDI: _____

Quantidades de choques apropriados: _____

Quantidades de choques inapropriados: _____

Comorbidades e tratamentos relevantes (cirurgias, etc.) _____

Dados de hospitalizações pós implante de CDI (motivos, duração, etc.): _____

Outras observações relevantes sobre tratamento: _____

Observações do entrevistador: _____

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DO ESTUDO: Possíveis consequências e iatrogenias psíquicas do uso do cardioversor desfibrilador implantável.

1) CONVITE

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Antes de concordar em participar deste estudo, é importante que você leia, entenda e tire suas dúvidas sobre as explicações a seguir. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia revisaram os objetivos e a condução proposta para o estudo, aprovaram e deram um parecer favorável ao mesmo.

2) FINALIDADE

O objetivo deste estudo é compreender do ponto de vista psíquico e emocional dos pacientes a vivência do implante de cardioversor desfibrilador implantável (CDI), bem como as possíveis fantasias, discursos e representações acerca do dispositivo, dos possíveis choques experienciados e do tratamento com o implante como um todo. Os objetivos desta pesquisa, bem como seus resultados, são para uso de trabalhos científicos.

3) DURAÇÃO ESPERADA PARA A PARTICIPAÇÃO

Sua participação no estudo é prevista para uma entrevista individual com o psicólogo pesquisador, de duração aproximada de 40 minutos. Após a realização da pesquisa (com previsão de término para março de 2019), todos os participantes serão convidados, através dos contatos fornecidos, para participar de uma reunião em grupo, com objetivo de apresentar e discutir os resultados da pesquisa. A participação desta reunião devolutiva não é obrigatória.

4) PROCEDIMENTOS

Entrevista clínica psicológica semi-estruturada

Será pedido que você leia e assine este termo de consentimento antes que seja feito qualquer entrevista ou procedimento relacionado ao estudo. A entrevista a ser realizada diz respeito à sua percepção, compreensão e questões emocionais decorrentes do implante do CDI; bem como implicações e consequências deste em sua vida. As entrevistas serão gravadas para facilitar a análise posterior dos dados.

5) CONTATO EM CASO DE EMERGÊNCIA/CONTATO COM O CEP

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O psicólogo pesquisador responsável, Patrick Vieira Ronick, pode ser localizado no endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco D – CEP: 05508-900 – Cidade Universitária – Bloco de Serviços do Instituto de Psicologia USP – Laboratório CHRONOS – Telefone: (11) 99502-2246 – E-mail: patrick.vronick@usp.br. A equipe médica do estudo está localizada na Seção de Estimulação Cardíaca Artificial, que poderá ser encontrada no endereço Avenida Dante Pazzanese, 500 – Prédio I – CEP 04012-180 – São Paulo – SP – Telefones (11) 5085-6061.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – Av. Dr. Dante Pazzanese, 500 – Prédio I – CEP 04012-909 - Telefone (11) 5085-6040. O CEP é um grupo formado por cientistas e não cientistas que fazem a revisão ética inicial e contínua do estudo de pesquisa para manter sua segurança e proteger seus direitos. Também se encontra à sua disposição para contato o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 – Bloco G, 2º andar, sala 27 – CEP 05508-030 – Cidade Universitária – São Paulo/SP – Telefone (11) 3091-4182 – E-mail: comite.etica.ipusp@gmail.com.

6) AVALIAÇÃO DE RISCOS/BENEFÍCIOS DA PESQUISA

A pesquisa não oferece risco à sua integridade física; caso, eventualmente, surja algum desconforto emocional durante a entrevista, este poderá ser trabalhado na própria entrevista, pelo pesquisador. Caso seja reconhecido demanda ou desejo de realizar um trabalho psicoterapêutico, você poderá ter a garantia de ser atendido gratuitamente pelo psicólogo pesquisador responsável ou encaminhado para atendimento em psicoterapia em serviços da comunidade. Será garantida a confidencialidade, sigilo e privacidade dos seus dados pessoais e de identificação.

Sua participação na pesquisa poderá oferecer benefícios futuros diretos ou indiretos, uma vez que esta busca compreender o possível sofrimento emocional decorrente do implante de cardioversor desfibrilador implantável e ampliar a compreensão científica a respeito do tema. O objetivo desta melhor compreensão é oferecer uma modalidade de cuidado e assistência em saúde mais próxima, atenciosa e resolutiva para os serviços de saúde e seus usuários.

Sua participação não acarretará em nenhum custo ou pagamento. Em caso de danos eventuais decorrentes comprovadamente da pesquisa, estes serão indenizados pelo pesquisador.

7) PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA/DESCONTINUAÇÃO

Você pode optar por não participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, por qualquer razão, sem penalidade ou perda dos benefícios aos quais tem direito e sem qualquer efeito sobre seu tratamento presente ou futuro.

8) DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui suficientemente informado (a) de todos os detalhes relacionados ao estudo intitulado “Possíveis consequências e iatrogenias psíquicas do uso do cardioversor desfibrilador implantável”.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável e outra será de sua posse. As duas vias serão rubricadas

em todas as páginas e assinadas, ao seu final, pelo Sr (a), assim como pelo pesquisador responsável.

Meu direito ao tratamento e as outras terapias será mantido.

Ao assinar este termo de consentimento não estarei abrindo mão de meus direitos legais.

Li e entendi as informações apresentadas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecidas. Discuti com o psicólogo pesquisador responsável Patrick Vieira Ronick sobre minha decisão em participar do estudo. Pude fazer perguntas e todas minhas dúvidas foram esclarecidas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome:

DATA: __/__/__

Assinatura do Paciente

DATA: __/__/__

Pesquisador responsável: Patrick Vieira Ronick CRP: 06/96048