

EFEITOS DA HEMODIÁLISE NO CAMPO SUBJETIVO DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS¹

Rosana Laura Martins Velloso²

Unitermos:

Hemodiálise – pacientes renais crônicos – discurso científico – ética – qualidade de vida – papel do psicólogo.

Resumo:

O objetivo do presente estudo consiste em investigar o campo subjetivo de pacientes urêmicos submetidos a uma situação indefinida de máquina-dependência, já que são mantidos vivos pelo uso que fazem do rim artificial. A partir dos dados colhidos em observação direta e do relato verbal dos pacientes em hemodiálise, alguns indicadores emocionais denotando sofrimento psíquico foram levantados e analisados à luz dos pressupostos teóricos da psicanálise, o que possibilitou reconhecer a necessidade da inserção do profissional psicólogo na equipe multidisciplinar que acompanha esses pacientes, com vistas ao resgate da dimensão subjetiva, essencial para um atendimento de saúde verdadeiramente humano e digno, porém, colocada em segundo plano ou mesmo descartada pela hegemonia do discurso médico-científico.

A Medicina Moderna, nascida nos últimos anos do século XVIII, sempre privilegiou o corpo biológico, excluindo tudo o que se refere ao psíquico ou lhe reservando um lugar secundário. (Gimenes, 1994).

Pimentel (1998) afirma que “sempre houve uma tendência, quer filosófica, quer científica, para dissociarmos mente e corpo, ainda que desde Hipócrates houvesse uma recomendação básica da necessidade de se conhecer a pessoa que tem a doença e não o inverso” (p.112).

Filósofos gregos da Antiguidade pensavam mente e corpo como entidades separadas. A mente, com os seus processos abstratos, “não tinha relação com o corpo ou, se tinha, era insignificante”. Já o corpo, “indumentária física” era independente. (Gimenes, 1994, p.36). Platão, por exemplo, concebia a alma – parte imortal e eterna – como existindo “desde sempre no mesmo plano do mundo das idéias”. “Deste lugar, ela viria para se encarnar num corpo, constituindo então um homem”. (Chalita, 1998, p.51).

Durante a Idade Média, vigorou o dualismo mente-corpo, embora, no século XIII, o filósofo italiano Santo Tomás de Aquino, se opondo a essa concepção, tivesse proposto que o corpo e a mente possuíam uma inter-relação, e acabariam por constituir o indivíduo como uma totalidade. (Gimenes, 1994).

¹ O presente artigo é um resumo da monografia apresentada em outubro de 2000 ao programa de Pós-Graduação da Faculdade Rui Barbosa, sob orientação da Professora Dra Mercedes Cunha Chaves de Carvalho.

² Psicanalista Membro do Círculo Psicanalítico da Bahia

No século XVII, a filosofia cartesiana fundando o discurso da ciência moderna, estabelece a existência de duas substâncias distintas e independentes: 'res extensa' que diz respeito ao corpo, e 'res cogitans' que se refere ao espírito. (Birman, 1994; Cottingham, 1999).

Essa dicotomia, juntamente com os avanços na área médica, vão sustentar o discurso biomédico, que acolhe o sofrimento corporal e, como discurso da ciência que pretende objetividade e universalidade, acaba por excluir a singularidade, o particular, a diferença, única forma pela qual a subjetividade poderia aparecer. Perdendo seus referenciais próprios, resta ao paciente identificar-se com sua própria doença. O discurso científico exclui também a subjetividade do médico, que passa a ser o anônimo representante da Ordem Médica. Destituídos de sua subjetividade, portanto, a relação não se dá entre médico e doente, mas entre a Instituição Médica e a Doença. Daí Lacan afirmar que não existe relação médico-doente. (Clavreul, 1983).

Foucault (1994) diz que "o que define o ato do conhecimento médico em sua forma concreta não é o encontro do médico com o doente".(p.33). O que ocorre é encontro "entre uma experiência já formada e uma ignorância a informar". (p.77).

O suporte da clínica médica critica Foucault (1994), "não é a percepção do doente em sua singularidade" (p.32)... "Na clínica, onde se trata apenas de exemplo, o doente é o acidente de sua doença, o objeto transitório de que ela se apropriou".(p.66). Daí a necessidade de subtrair o indivíduo, colocá-lo entre parênteses, para que se possa conhecer a doença. (Foucault, 1994).

Segundo Sancho (1997), "na prática da medicina, a relação através da palavra está cada vez mais desprezada pela tecnologia. Estamos chegando aos limites de uma medicina absolutamente independente da palavra, dita ou escutada. Nossa medicina moderna é muda".(p.268).

Não é por acaso que, dentro do próprio âmbito médico, na virada do século XIX para o século XX, Freud se distingue, reivindicando o direito à dimensão subjetiva e a uma prática da linguagem, linguagem que concerne ao corpo. (Clavreul, 1983; Gimenes, 1994; Andrade, 1988).

Freud (1915) desenvolve o conceito de pulsão, ancorando o psíquico no biológico, já que a fonte da pulsão está no corpo, e, através dos seus representantes (idéia+ afeto), a pulsão manifesta-se no psiquismo.

Assim, percebe-se que os fenômenos do corpo não estão livres de uma representação psíquica e, por vezes até, são ocasionados por essas representações, como se pôde ver a partir dos trabalhos de Freud (1910; 1915) com pacientes que sofriam de histeria de conversão e apresentavam sintomas físicos sem nenhuma justificativa orgânica, mas sim seguindo uma anatomia fantasista.

A Psicanálise faz um corte epistemológico ao abordar o corpo, não como o corpo da biologia, mas como corpo erógeno, sexuado, psíquico. Como bem diz Garcia-Roza (1986), "corpo biológico é um produto da biologia e não a essência do corpo".(p.12-13).

McDougall (1983) adverte que "o corpo e a vida somática interessam à psicanálise principalmente na medida em que são capazes de se fazer representar enquanto objeto psíquico".(p.142).

Sobre o tema da doença orgânica, Freud vai dizer, no texto de 1914 'Sobre o Narcisismo: Uma Introdução' que, uma pessoa doente "deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo" (p.98), pois retira os investimentos libidinais dos objetos e os coloca de volta para seu próprio ego, regredindo.

Um outro aspecto que Freud afirmou em alguns de seus textos (1918; 1924; 1938), é o fato de que a doença orgânica pode ser tomada pelo doente como punição do destino, servindo para a manutenção de certa dose de seu sofrimento. Ganhos com a doença podem constituir verdadeiros obstáculos à recuperação do doente, inclusive porque podem estar representando a compensação social da doença, um verdadeiro status social, que lhes confere uma existência, uma posição especial. Ser reconhecido como doente pode inclusive autorizá-lo a fugir do mundo e de suas obrigações sociais e profissionais, adotando atitudes de dependência e passividade.

É inegável que toda doença é uma ameaça à integridade de ser humano, um ataque narcísico que aponta para sua fragilidade e a possibilidade de sua destruição. (Monteiro 1996).

Assim, é perfeitamente previsível certas atitudes defensivas, sentimentos depressivos e um verdadeiro estado de luto diante da perda da saúde e da ilusão da onipotência.

Partindo do pressuposto psicanalítico de que o corpo é inseparável da esfera psíquica e dos modos de subjetivação, o presente estudo objetiva focalizar a problemática daquelas pessoas que, além de serem acometidas de doença incurável, dependem do aparato tecnológico para viver: a exemplo dos nefropatas em hemodiálise.

A 'insuficiência renal crônica terminal' (IRCT), como é denominada, é decorrente da destruição grave ou irreversível do tecido do rim, órgão responsável pela filtragem dos resíduos do sangue do indivíduo e do excesso do sal e líquidos, pela regulação dos níveis de potássio e cloretos, e responsável por funções endócrinas e metabólicas. Os pacientes assim diagnosticados possuem duas opções: o rim artificial (hemodiálise), ou o transplante, caso contrário, morrem em curto espaço de tempo, entre um e três meses. (Martorelli, Pechón, Mustaca, 1998).

A hemodiálise normalmente é feita em unidades especializadas, credenciadas pelo SUS, e constitui-se em um procedimento que, conecta o paciente à uma máquina- o rim artificial- através de fístulas artério-venosas, em média por quatro horas, com uma frequência de três sessões semanais.

O urêmico crônico expõe em seu corpo as marcas impostas pela doença e pelo tratamento: tem fissuras, edemas, abscessos vasculares e cicatrizes decorrentes da introdução de fístulas e cateteres; a pele é alterada em sua cor e textura, tornando-se amarelada e áspera; aumento de peso pode ocorrer, além de transtornos metabólicos que favorecem fraturas. (Monteiros 1995; Martorelli, Pechón, Mustaca, 1998).

Assim, o que representa para o paciente dialisado estar conectado a um sofisticado aparelho, (atualmente podendo ser computadorizado), que executa as funções antes feitas dentro do seu próprio corpo? É a máquina- prótese rebótica – funcionando como extensão do corpo do homem, permitindo-lhe viver. Como estes pacientes subjetivam essa experiência? Como constroem suas vidas ao redor dessa máquina-dependência?

Pierre Lévy (1996), comentando a respeito dos avanços bio-tecnológicos e seus efeitos na forma de virtualização do corpo humano, já que tornam exterior “nossa interioridade orgânica” (p.27), diz que “todas essas performances classicamente privadas, tornam-se capacidades públicas, externalizadas” (p.27). Daí chamar de “efeito Moebius” (p.27) essa dialética interior-exterior, na qual se dá a “socialização das funções somáticas”. (p.27). Assim, na medida em que há essa exterioridade da vida interna dos seres humanos, o corpo é virtualizado, portanto, reencarnado, multiplicado.

Esse caráter de ser duplo, lembra o “Estranho”, ao qual Freud faz referência em 1919, afirmando que a invenção do duplicar resulta de “defesa contra a extinção”. Na hemodiálise, a máquina como duplo surge para evitar a morte. Mas Freud (1919) indica que: “o duplo, depois de haver sido uma garantia de imortalidade, transforma-se em estranho anunciador da morte”.(p.294).

Monteiro (1995) relata que, na relação que os pacientes estabelecem com a máquina, “sentem-se verdadeiros monstros, meio-homem, meio-máquinas” (p.51).

Há estudos que relatam sintomas de ansiedade, depressão, idéias suicidas e, especialmente, baixa auto-estima, nos pacientes tratados pela hemodiálise.

De acordo com recente estudo feito pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, divulgado no dia 13/07/2000 na Folha de São Paulo, constatou-se, após análise de 524 unidades de diálise no país, que o Brasil apresenta uma das menores taxas mundiais de mortalidade de pacientes que se submetem à hemodiálise: cerca de 17%. “A mortalidade mantém-se baixa mesmo com o crescimento de aproximadamente 27% do número de brasileiros tratados dessa maneira, que passou de 30.061 em 1997 para 38.250 em 1999”. (p.04).

Como se vê, a medicina nunca na história foi tão eficiente, do ponto de vista do prolongamento da vida, o que merece aplausos, mas também uma reflexão crítica mais apurada a respeito do impacto desses avanços na qualidade de vida desses indivíduos.

Conforme sinaliza Romano (1993), “os avanços tecnológicos não bastam por si só como estimativa de eficiência e eficácia, mas principalmente a percepção subjetiva, e a capacidade funcional do paciente devem ser consideradas entre os resultados obtidos”. (p.07).

O Ministério da Saúde parece atento a estas questões. Em Portaria de nº 2042/GM, datada de 11 de outubro de 1996, estabelece a obrigatoriedade da assistência psicológica, sempre que necessária, aos pacientes submetidos à Terapia Renal Substitutiva. Também ao tratar das Unidades de Transplante Renal, o referido regulamento determina a obrigatória vinculação permanente do psicólogo na equipe multiprofissional.

MÉTODO

1. *Sujeitos*: Foram sujeitos da pesquisa pacientes renais crônicos em Salvador.

2. *Instrumentos*: Os instrumentos de investigação utilizados foram a observação direta e a entrevista semi-dirigida individual, durante as sessões de hemodiálise. As verbalizações dos pacientes foram registradas manualmente pela pesquisadora no decorrer das entrevistas.

3. *Procedimento*: O processo de seleção dos entrevistados foi acidental, na medida em que eram encontrados na sala de hemodiálise. A presente pesquisa utilizou-se do método qualitativo, exploratório, sem categorias previamente definidas. Os pacientes submetidos à hemodiálise permanecem semi-deitados em poltronas, cada um ao lado da sua máquina de diálise. A situação de desconforto físico e de imobilidade em que se encontram é uma variável que deve ser levada em consideração. Enfermeiros ou técnicos treinados executam o tratamento, que é acompanhado de perto pelo médico nefrologista responsável. Alguns pacientes foram encontrados completamente cobertos até a cabeça, (dormindo ou em estado de isolamento?). Outros interagem entre si, compartilhando informações sobre suas vidas. Mostraram-se receptivos à proposta de serem entrevistados pela pesquisadora, quando a intenção da pesquisa lhes foi comunicada, inicialmente, pelo médico e, depois, pela própria pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foram entrevistados quatorze pacientes – dez homens e quatro mulheres –, o que correspondeu a 20% do universo total dos pacientes participantes do programa de hemodiálise na clínica onde se realizou a pesquisa, até a data da última entrevista. O nível de escolaridade dos pacientes variou de analfabetos a superior incompleto e a idade variou de 19 a 72 anos. É significativa a percentagem encontrada na população mais jovem, entre 19 e 29 anos: 21,42%.

Todos os pacientes referem perdas significativas que acompanham a perda da saúde: perda do vigor físico, da atividade, da liberdade, da capacidade, do emprego, dos laços sociais, o que coincide com o descrito por Kopstein (1981):

- “Não posso mais pegar um serviço pesado...”
- “Não posso trabalhar, não posso nada mais...”
- “Não posso viajar, não tenho mais aquela arbitrariedade de ir e vir...”
- “Não posso comer e beber o que quiser...”
- “Gostava de jogar minha bola...agora acabou...”

Essas falas, segundo o referencial psicanalítico, sugerem uma vivência de castração diante do reconhecimento das faltas impostas pelo adoecer- faltas, aqui entendidas como limites, perdas e rupturas. (Nasio, 1993; Bleichmar, 1984). Acompanhando essa vivência de castração, discursos denotando sentimentos de desvalorização e baixa auto-estima, aparecem claramente em onze pacientes entrevistados:

- “A gente, com esse problema, fica uma pessoa menos que os outros...”
- “ Me sinto inválida, não posso fazer mais nada...”
- “Quem tem problema de saúde sofre um preconceito grande...é bom que alguém se interesse pelos pacientes de hemodiálise...”

Em Freud, como indica Bleichmar (1984), a oposição fálico/castrado remete à oposição entre valoração máxima e valoração mínima. “Quer dizer que fálico em Freud (não somente em Lacan, mas também em Freud), implica valioso, enquanto que castrado não é valioso”.(p.36), o que explica essa vivência psíquica de menor valoração demonstrada por esses pacientes feridos narcisicamente.

É importante registrar que dez pacientes apresentaram uma grande dificuldade em reassumir seu papel social:

- “A única coisa que faço é comer e ficar em casa dormindo...”
- “Parei de estudar... queria me encostar pelo INSS... quem vai querer empregar uma pessoa desse jeito?...”
- “Trabalhava... mas agora dependo do meu marido pra tudo...só fico deitada...”

Sabe-se como foi apontado por Valladares (1984) que a uremia, além de possuir um caráter crônico, tem como opção de tratamento um procedimento que por si próprio produz inabilitação, seja pela rotina imposta, seja pelas intercorrências físicas. Mas não se pode negar os benefícios secundários da doença, como apontaram Freud (1918; 1924; 1938), Jeamnet, Reynaud e Consoli (1982), Clavreul (1983), que podem se constituir em um poderoso obstáculo à reabilitação.

É decisiva a interferência do fator psicológico na forma como o indivíduo vai lidar com sua problemática. Uma parte significativa dos pacientes (85,71%), inclusive, faz referência espontânea ao aspecto emocional (aos seus conflitos internos e ao uso de

mecanismos de defesa), reconhecendo sua relevância na forma de enfrentamento da doença e na adesão ao tratamento:

- “Quando saio daqui, esqueço a hemodiálise... procuro não tocar nesse assunto...”
- “Chorei muito mas reagi logo...conversando com Deus, eu disse: ‘Deus, vou entregar tudo nas suas mãos’...”
- “Tô entre a vida e a morte... tem pessoas que não comem, não bebem, se entregam ao desprezo... eu não me desprezo... tenho que escolher... ou a vida ou a morte...”
- “Eu penso que posso morrer aqui e volto a despensar de novo...tenho que enfrentar...”
- “Os Mamonas Assassinas morreram no dia que comecei a fazer hemodiálise... pensei:‘se eles morreram hoje, eu posso morrer também’...mas sou uma pessoa que não esquento com nada...se eu fosse uma pessoa que pensasse muito...pensasse na doença, não estaria aqui... escolhi viver mais uns anos de vida...”

Freud (1926[1925]) afirma que, diante do perigo de castração ou de algo que remete à castração, como a morte, o sujeito entra em angústia. A angústia seria o sinal desse perigo.

É possível inferir dessas falas as defesas mobilizadas pela angústia e pelos conflitos trazidos pelo saber-se portador de uma doença grave e, por outro lado, um não querer pensar sobre esse assunto para defender-se do sofrimento.

A palavra “defesa” aparece pela primeira vez em Freud, em 1894, no texto ‘As Neuropsicoses de Defesa’, para descrever a luta do ego contra idéias ou afetos dolorosos ou insuportáveis. Em 1916[1915], discutindo a questão da transitoriedade da vida, Freud diz que “a mente instintivamente recua de algo que é penoso” (p.346). E em 1930[1929], diz: “No caso da possibilidade mais extrema de sofrimento, dispositivos mentais poderosos e especiais são postos em funcionamento”. (p.108-109).

Porém, é importante notar que em ‘Inibições, Sintomas e Angústia’ (1926[1925]), embora Freud afirme a existência de uma correlação entre perda, separação e angústia, diz que as reações afetivas após perdas e separações “são a dor e o luto, e não a angústia. (p.154)”.

Freud sempre advertiu ser o luto uma reação normal e uma operação necessária após rupturas.

Em relação à população abordada no presente estudo, as perdas no Real, trazem dor e sofrimento. Porém, realizar o trabalho de luto, construindo algo em torno dessas faltas, desse Real irremediável, não é uma tarefa fácil, e o resultado, muitas vezes, é a depressão.

A depressão aparece como o principal obstáculo com o qual têm que lutar para manter uma atitude positiva frente à vida, diante de tantas privações.

Os fragmentos de discurso a seguir revelam esses dados:

- “Às vezes, esqueço de tomar as medicações...fica lá no frasco jogado...acabou a minha vida...”
- “Já teve caso de gente aqui que morreu...já conheci três que sumiu mesmo... se cair na depressão aqui morre...”
- “Se fico com esse problema de hemodiálise na cabeça, caio na depressão...muitos morrem por isso...”
- “Me sinto péssimo...já tive várias vezes vontade de desistir... isso aqui é sofrimento...”

– “A coisa que eu mais tinha medo desde a infância era de agulha...hoje o medo continua. quando eu não tiver mais veia para fazer fístula, vai pra onde?...é um quadro triste...”

– “Levei três anos que era uma derrota na minha vida... pedia pra morrer todo dia mas não morri...”

– “Sempre bate a depressão... porque não deixa de ser uma prisão...”

Um exemplo emblemático é o caso de um paciente do sexo masculino, 67 anos, em hemodiálise há quase quatro anos, que deixa claro os poderosos mecanismos de negação maníaca de que lança mão, na tentativa de driblar a depressão:

–“Sou o tipo do elemento gozador...pra mim não tá nada ruim...tudo tá bom...se a senhora me ver na rua, vai dizer que eu faço hemodiálise?...tenho rim policístico mas não tô nem aí...não ligo para isso...não me preocupo com nada...quero meu carro com o tanque cheio...rodo a cidade inteira...ficar em casa fazendo o que?...meu filho faz hemodiálise...ele fica em casa, deitado, todo enrolado...muitos aqui agem assim...eu não ligo pra nada não... assim sou feliz...”

E segue a entrevista contando a respeito do que “tem”, contrariamente aos outros pacientes que ressaltaram suas faltas, suas perdas. Diz: “Deus me deu duas mulheres maravilhosas...” (paciente casou-se novamente, após Ter ficado viúvo); “Tenho dois pontos para confecção de chaves...” (fazendo referência ao seu comércio como autônomo).

Parece que, de alguma forma, para não falar na perda da função dos dois rins, o paciente fala das duas mulheres, dos dois pontos de venda de chaves, como uma forma de sentir-se ‘possuindo’ e inserir-se de forma fálica no mundo. Falou também do terreno que comprou e onde está construindo uma Segunda casa.

Freud (1925) coloca que negar algo supõe uma afirmação. O conteúdo negado é conhecido, é sabido.O paciente aqui sabe-se doente e compromete-se com o seu tratamento: “A hemodiálise é vital para a gente... eu nunca faltei um dia... tem que Ter respeito ao dia e ao horário...”, diz. Porém, pode-se perceber que a forma como lida com sua problemática existencial, não reduzindo sua vida à doença, e envolvendo-se em atividades que demonstram a continuidade de sua vida, parece bem adequada.

O paciente faz referência ao uso do humor para lidar com sua situação e evitar o desagradável.Quanto ao fenômeno do humor, Freud (1927) diz que há aí um “triunfo do narcisismo, na afirmação vitoriosa da invulnerabilidade do ego. O ego se recusa a ser afligido pelas provocações da realidade, a permitir que seja compelido a sofrer”.(p.190).E continua: “O humor não é resignado, mas rebelde. Significa não apenas o triunfo do ego, mas também o do princípio do prazer, que pode aqui afirmar-se contra a crueldade das circunstâncias reais”. (p.191). E conclui: “... a atividade humorística é liberadora e enobrecedora”. (p.194).

100% dos pacientes referem Ter vivenciado dificuldades ao iniciar a hemodiálise, seja por falta de preparação psicológica e/ou por desinformação a respeito do procedimento, como se pode verificar nas seguintes falas:

– “Não sabia como era...no primeiro dia senti tontura...não tomei café da manhã...não sabia da máquina...até hoje não sei...”

– “Não sabia nada sobre hemodiálise...fiquei com muito medo...pensei que era um tratamento que ia Ter cura...”

– “Já sabia o que era... chorei... a médica era amiga minha e chorou também...me senti deprimido, ficava aéreo, chegava aqui segurado...”

- “Vim para cá...furei o pescoço, aí depois cortei o braço... me senti péssimo”...
- “No início me davam remédio para eu me acalmar...minha vida era chorar...parecia que tinha ficado louca....”

A experiência impactante do tratamento opera um corte, remetendo o indivíduo ao desamparo e destituindo-o do lugar onde sustentava sua subjetividade.

O valor do suporte familiar foi enfatizado pelos pacientes para a adoção de uma atitude realista e firme frente à situação adversa. Também foi observado que os pacientes reivindicam um apoio sócio-governamental, acreditando através deste poder minorar seu sofrimento, já que a problemática social, a pobreza, a carência de um bom sistema público de saúde dificultam ainda mais o lidar com a situação e intensificam o sentimento de desamparo já presente nesses pacientes.

A totalidade dos pacientes entrevistados se sente beneficiada por Ter a alternativa da hemodiálise para prolongar suas vidas e até simboliza a máquina como a própria vida, porém, metade dos pacientes vivencia uma situação ambígua, ou seja, ao mesmo tempo em que representa a máquina de diálise como algo vital, que “salva”, simboliza-a também como um objeto persecutório e destruidor. Essa ambigüidade inferida na forma como enunciam simultaneamente uma proposição e, imediatamente, o seu contrário, revela bem o conflito psíquico que vivenciam:

- “A máquina é minha vida... vivo por causa dela...essa máquina aqui é uma surpresa... você pode sair ruim da máquina... a máquina pode derrubar o paciente na hora...”

- “A máquina é a vida... sem ela não sobrevivemos...já vi três vezes gente morrer aqui na minha frente...”

- “A máquina tá salvando a pessoa...mas qualquer falhinha, a gente pode até morrer...”

- “A máquina é boa, deixa a gente vivo...mas teve aquele caso em Pernambuco que morreu muita gente naquelas máquinas...”

- “A máquina representa perigo... tá salvando a gente e ao mesmo tempo pode matar...”

A máquina está aí no lugar da vida mas, ao mesmo tempo, da morte. Essa duplicidade de posições confirma a advertência de Freud (1919) quando fala do ‘Estranho’, o ‘duplo’, como aquele que aponta para a imortalidade, mas, ao mesmo tempo, atesta a morte.

Outro ponto neste estudo que merece destaque é a importância da qualidade do vínculo do paciente com a equipe de saúde para o bom andamento do tratamento. Há falas que apontam nessa direção:

- “Esses auxiliares nos tratam muito bem... os médicos também... mas, no hospital, o pessoal que trata o doente renal é muito frio...as pessoas se afastam porque é um quadro triste...se você for em um hospital, você vê gente caindo aos pedaços...”

- “O convívio com os auxiliares é bem mais forte do que com os médicos...a gente imagina ir para um hospital e não Ter o mesmo tratamento que temos aqui...o pessoal lá é frio...”

Essas falas evidenciam a extrema importância, paradoxalmente por muitos ainda negada, da relação equipe de saúde-paciente e seus efeitos diretos na evolução do tratamento.

O receio de uma assistência impessoal incrementa o sentimento de desamparo nessas pessoas. A frase “se você for em um hospital você vê gente caindo aos

pedaços”, dita por um desses pacientes, reflete bem a destituição subjetiva experimentada, frente às perdas e desestabilização impostas pela doença e pelo internamento hospitalar.

Daí a relevância de uma assistência mais particularizada e próxima, que possa, de alguma forma, lhes restituir a dignidade perdida, e a posição de sujeito.

Outro ponto a ser destacado é que, embora o presente estudo não tivesse o intuito de coletar relatos a respeito do transplante renal, esse tema se impôs durante a investigação, inicialmente trazido espontaneamente pelos próprios pacientes e, a partir daí, acolhido e inserido no roteiro da entrevista.

O transplante renal é considerado por 49,99% da população em estudo como resolução da sua problemática atual, porém, para 28,57% dessas pessoas o transplante aconteceria de forma inesperada, mágica ou milagrosa, já que não se constitui numa solução buscada efetivamente, como se pode inferir das seguintes falas:

– “Vou fazer o transplante... vou ficar livre da máquina...ainda não me inscrevi na fila de transplante...”

– “Quero fazer o transplante... a gente se inscreve onde, Dra?...”

– “Só espero Deus me dar um rim para eu voltar a trabalhar...eu nem sei se estou na fila do transplante...”

Outros 21,42% enfatizam as dificuldades burocráticas e sócio-econômicas que inviabilizam a realização do transplante:

– “Dizem que eu tô na fila do transplante mas nunca vi meu nome...um que tem dinheiro pode comprar tudo...quem não tem, fica na fila...eu tô aqui há quatro anos e até agora só vi uma pessoa fazer transplante...”

– “Na Bahia, a fila de transplante tá só no papel...o nosso transplante é por cadáver...a senhora já ouviu falar de transplante de cadáver? ...eu penso que o governo brinca com a gente...”

Ainda quanto ao transplante renal, 7,1% dos pacientes ignora essa possibilidade, não considerando o transplante como uma opção (“não estou na fila do transplante, não pensei nisso ainda...”), e outros 7,1%, encarando o transplante de forma realística, e considerando seus riscos, não depositam nele uma esperança de cura e negam-se a tomá-lo como uma alternativa viável (“tive oportunidade de fazer o transplante mas não quis...a médica me preveniu que teria infecção, poderia Ter rejeição, teria isso e aquilo... Dra, eu não quero não... não faço o transplante sabe por que? ... faria se fosse pra ficar curado mas... que nada...).

Conclusões: Em primeiro lugar podemos afirmar que pacientes expostos ao impacto de um diagnóstico de uremia e de um tratamento pelo rim artificial apresentam sofrimentos psíquicos que manifestam-se sob a forma de depressão, angústia, e uma espécie de aniquilamento dos desejos, que sinalizam para um nível empobrecido de vida.

Esta primeira conclusão, contraria, de imediato, a frase de um conceituado nefrologista de um hospital visitado que dizia:” os renais crônicos são felizes”. Esta declaração ilustra bem a cegueira e a surdez de muitos profissionais que, privilegiando a visão maquínica do corpo, fazem uma medicina técnica e não clínica, afastando-se das subjetividades que estão ali à sua frente. É possível que o referido profissional estivesse falando de “organismos felizes”, já que sobreviventes, e não de sujeitos. Não há como simplificar e reduzir a vida humana ao viver biológico.

David Le Breton, ao falar sobre o paradigma organicista da medicina moderna no texto ‘A Síndrome de Frankenstein’ (1993), diz: “os problemas éticos levantados hoje no

interior da medicina são os lapsos de uma terapêutica centrada no corpo, na doença, e não no homem”.(p.59).

Assim, nossa reflexão é essencialmente de natureza ética e remete à problemática da subjetividade, pois a vida implica algo mais do que apenas a sobrevivência do organismo. Porém, grande parte da população estudada, recolhe-se da vida, empobrecendo sua existência. E aí podemos questionar: por que causas poderão esses pacientes lutar, criar, viver? A falta de metas, de projetos de vida, expressa nas frases de parte substancial da população abordada, evidencia a ausência de uma causa que sustente o desejo.

Como a psicanálise é a clínica da falta, e a partir desse pressuposto, busca causar, concluímos ser este um instrumento teórico bem adequado para escutar esses pacientes.

Nesse sentido, o trabalho do psicanalista, intervindo em cada caso, poderá favorecer a busca de um projeto vital realístico que dê sentido à vida e resgate o sujeito, retificando-o subjetivamente.

Mas essa elaboração desejante é, como diz Birman (1999), “intransferível” (p.45), singular. Não se pode padronizar desejos, estilos, nem qualidade de vida. Estamos aí também, mais uma vez, no registro ético.

A Folha de São Paulo de 13 de julho de 2000 divulgou uma nota que informa sobre o novo Centro de Diálise do Hospital Albert Einstein. Equipado com uma ‘hotelaria’, e visando o bem estar dos pacientes, oferece “boxes individuais, tv a cabo, internet, e ponto de telefone” (p.04). Essas comodidades, dirigidas aos poucos privilegiados, e hoje possíveis graças à tecnologia são, como não poderia deixar de ser, bem vindas, mas não podem servir para tamponar a vida afetiva-emocional dos pacientes em hemodiálise. Mesmo porque, não é apenas com a oferta de mais artefatos tecnológicos a pessoas já atadas a uma vida artificial, que se vai humanizar os centros de diálise e a vida dessas pessoas.

O discurso médico-científico tenta prescrever o que seria ‘bem estar’ e hoje, mais do que nunca, normatiza o que seria qualidade de vida. Como se os conceitos de ‘bem-estar’ e de ‘qualidade de vida’ não fossem relativos e subjetivos.

Como indaga Berlinguer (1993): “mesmo onde fosse possível impor um estilo de vida salutar, não seria errado deixar para os outros a decisão do que é melhor para si?” (p.152).

Assim, concluímos sobre a impossibilidade de se fazer aí uso de um discurso totalizante e universal, pois isso pressuporia a existência de um sujeito universal. Enfatizamos a palavra de Freud (1930[1929]) quando diz que “não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo”. (p.103).

O que podemos, enquanto psicanalistas, arriscar dizer é que parece imprescindível aos pacientes entrevistados a busca do prazer possível, investindo na vida, operando com as limitações e com as faltas, pela via do desejo.

Não estamos aqui ingenuamente propondo a busca de uma harmonia ideal ou de uma subjetividade sem conflitos e mal-estar. Isso seria mesmo impossível para todos nós.

Como diz Birman (1999), “a figura do analista não é, pois, um remédio, tampouco um fármaco capaz de promover a salvação das almas sofrentes. Isso porque a psicanálise não é um saber médico capaz de gerir a terapêutica das enfermidades. Além disso, as

dores provocadas pela existência não são doenças no sentido médico do termo. Dessa maneira, a figura do analista seria a de alguém capaz de sustentar radicalmente a experiência limite da morte indicada pela dor do desamparo, acreditando que, da fronteira com o horror do impossível, o sujeito vai advir”. (p.46).

Considerando um outro aspecto central do nosso estudo, qual seja o da relação do paciente com o rim artificial, ou melhor, dizendo, com a máquina, constatamos a existência de uma relação ambígua e conflituada com esta, portanto, produtora de tensão, medos e mal estar, o que, mais uma vez, vem legitimar a demanda de uma intervenção psicanalítica, já que aí estamos no registro da subjetividade.

Quanto aos achados referentes ao transplante renal, concluímos que o transplante não parece ser para a população estudada o tratamento de escolha, o que nos leva a pensar que fatores, além dos evocados pelos pacientes (fatores sócio-econômicos, burocráticos, e de riscos de rejeição), podem estar aí, ao lado dos motivos racionalmente colocados. Futuros estudos poderão ser empreendidos no sentido de avaliar a presença de fantasias e significados simbólicos relacionados ao enxerto renal.

Recentemente, inclusive, foi divulgado pela imprensa (Folha de São Paulo do dia 21/10/2000; Revista Veja de 25/10/2000), a notícia de um neozelandês que se submeteu ao primeiro transplante de mão, realizado em 1998, e agora, dois anos depois, expressou o desejo de amputá-la por sentir-se psicologicamente desligado de um membro que pertenceu a outra pessoa.

Freud (1929[1930]), refletindo acerca dos avanços da ciência e dos novos recursos tecnológicos criados pelo homem, disse: “o homem tornou-se uma espécie de ‘ Deus de prótese’. Quando faz uso de todos os seus órgãos auxiliares, ele é verdadeiramente magnífico; esses órgãos, porém, não cresceram nele e, às vezes, ainda lhe causam muitas dificuldades”. (p.111-112).

Assim, questões podem ser levantadas como o que significa para essas pessoas receber um órgão de um cadáver, de um estranho, ou mesmo de um familiar? O que mais, a nível fantasmático, poderá estar sendo transplantado? Será que podem ocorrer conflitos relativos à possibilidade de receber um órgão de alguém do sexo oposto? São questões que indicam a necessidade de uma análise aprofundada, além de uma escuta analítica no período pré e pós-cirúrgico, já que, como no caso do neozelandês, repercussões emocionais ocorrem antes e após transplantes.

Por fim, queremos sublinhar a importância do apoio psicológico à família desses pacientes, que, muitas vezes, adoecem junto com eles ou, se afastam, tentando evitar situações dolorosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, JOSÉLIA – Homem que sofreu transplante de mão há dois anos diz desejar amputá-la. Folha de São Paulo, S.P. 21, outubro, 2000, Folha Ciência, p. A18

ANDRADE, A.Q. O Corpo e Seus Fenômenos. Belo Horizonte: Campo Freudiano, 1988. Conferência pronunciada no simpósio do Campo Freudiano em Belo Horizonte em 25.03.1987

BERLINGUER, G. Questões de Vida: Ética, Ciência, Saúde. Salvador – São Paulo – Londrina: APCE, HUCITEC, CEBES, 1993.

BIRMAN, J. Psicanálise, Ciência e Cultura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994, v.3

_____. Mal Estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BLEICHMAR, H. Introdução ao Estudo das Perversões: a Teoria do Édipo em Freud e Lacan. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 2042/GM de 11 de outubro de 1996. Item 6.6; Item 11.3.

BRETON, D. L. A Síndrome de Frankenstein. In Sant'Anna, D. B. (org.) Políticas do Corpo. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

CHALITA, G. Vivendo a Filosofia. São Paulo: Minden, 1998, v.1.

CLAVREUL, J. A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CLOTET, J. A Bioética: Uma Ética Aplicada em Destaque. In Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995. P.115-121.

COTTINGHAN, J. Descartes: a filosofia da mente de Descartes. São Paulo: UNESP, 1999.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FREUD, S. Os Instintos e suas Vicissitudes. In Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XIV, traduzida do original de 1915.

_____ Repressão. Ibidem, v. XIV 1915.

_____ O Inconsciente. Ibidem, v. XIV 1915.

_____ A Concepção Psicanalítica da Perturbação Psicogênica da Visão. Ibidem, v. XI 1910.

_____ Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte. Ibidem, v. XIV 1915.

_____ Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. Ibidem. V.XIV, 1914.

_____ Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. Ibidem, v. XVII 1919 [1918].

_____ O Problema Econômico do Masoquismo. Ibidem, v. XIX 1924.

_____ Esboço de Psicanálise. Ibidem, v. XXIII, 1940[1938].

_____ Luto e Melancolia. Ibidem, v. XIV, 1917[1915].

_____ O 'Estranho'. Ibidem, v. XVII 1919.