

A importância da avaliação e acompanhamento psicológicos aos pacientes do programa de transplante cardíaco

Renata Sobral Parahyba

Psicóloga Clínica com especialização em Psicologia Clínico-Institucional
Modalidade Residência Hospitalar pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto,
Rio de Janeiro, desenvolvendo trabalho na equipe de transplante cardíaco do
HUPE/UERJ.

“Coração s. m. (lat. Cor). 1. Órgão muscular oco, situado no tórax, que constitui o elemento motor central da circulação do sangue. 2. Fig. Peito, tórax, a parte anterior do corpo humano em que se fazem sentir as pulsações cardíacas. 3. Qualquer objeto com a forma estilizada deste órgão. 4. Fig. Conjunto das faculdades emocionais; sede da afetividade da consciência. 5. A parte emocional de uma pessoa, por oposição à intelectual. 6. Caráter, índole. 7. Fig. Parte central, mais importante ou mais interna de alguma coisa ou de algum lugar. Méd. coração artificial, aparelho destinado a assegurar a circulação do sangue quando é necessário isolar do circuito sanguíneo o coração natural para submetê-lo a uma intervenção cirúrgica. Coração de atleta, hipertrofia do coração por excesso de exercício.” (Dicionário da Língua Portuguesa, 1999)

A inserção do psicólogo no programa de transplante cardíaco abarca a avaliação das condições emocionais do paciente para realizar a cirurgia e o atendimento psicoterápico de apoio.

O momento de avaliação prioriza identificar a história psiquiátrica pregressa e atual (depressão, psicoses, tentativas de suicídio, debilidade mental, etc.), história pregressa e atual de tabagismo, alcoolismo e drogadicção, as relações familiares, a estrutura de personalidade do paciente, como convive com a doença e adesão ao tratamento. É de extrema importância enfatizar que a avaliação psicológica é parte de uma avaliação muito maior, multidisciplinar, sendo a discussão em equipe de cada paciente extremamente necessária.

A clínica mostra a importância de proporcionar um espaço de **apoio psicoterápico** no programa de transplante cardíaco, já que é caracterizada por pacientes convivendo com uma doença crônica grave, cujo órgão doente é o coração. Quando este órgão tão cheio de simbolismos, e que associamos tão diretamente às nossas emoções, adocece, o paciente se vê diante de uma grande ameaça. Ameaça à vida muito primeiramente, ameaça à integridade do corpo e da saúde e da qualidade de vida. Conviver com o coração adoecido é conviver com uma série de restrições, sintomas, medicações,

idas ao médico, dietas etc., demandando que o paciente se repositone em relação a seus hábitos, atividades, e ainda conviva com a paradoxal relação fragilidade e força presente em todos os seus dias. Para que o paciente possa aderir ao tratamento, conviver com a doença e buscar a qualidade de seus dias é necessária uma constante tentativa de equilíbrio entre a impotência e a onipotência.

O início da doença cardíaca, caracterizado pela tentativa de cura inicial, o começo da convivência com os sintomas, a negação da cronicidade ou existência da mesma, a procura de diferentes médicos e tratamentos e a esperança intensa da cura marcam o momento em que o paciente não se vê ainda espelhado em sua atual realidade em relação ao seu corpo e à sua saúde.

Com o tempo e de tanto ouvir os profissionais e as pessoas à sua volta, inicia o processo de aceitação de sua enfermidade. Processo doloroso em que se confronta com a falta, com a própria fragilidade e vulnerabilidade frente à vida. Tomam corpo os ganhos secundários da doença, criando uma nova dinâmica nas relações familiares. O paciente começa a assimilar como parte de sua identidade os sintomas da doença e os rótulos que essa doença possui.

Só após ter podido aceitar sua condição é que a revisão biográfica em relação à sua condição pode ser feita; é sustentar a arte de viver apesar de sua patologia.

Os pacientes em espera do transplante mostram a importância de proporcionar um espaço que possibilite através da escuta e da fala a saída de um lugar de apatia, para retomarem-se como responsáveis por cada dia em sua vida. Qualidade de vida exatamente por se retomar o elo com o viver. Frente às restrições, mais do que brigar com elas e até odiá-las, é descobrir o que se pode fazer apesar delas. É uma busca pela criatividade, desejo e de se rearrumar na nova condição de saúde e conseqüentemente de vida.

O paciente candidato ao transplante é colocado no programa, no qual precisa se submeter à primeira parte do protocolo, para, estando todos os exames como esperado, entrar finalmente na fila. A espera é rainha de todos estes momentos, e o paciente submetido a ela teme não ter tempo. Frente à ameaça de morte súbita vivem em angústia constante, sentindo, como disse um paciente, “uma bomba relógio, que pode explodir a qualquer momento sem avisar”.

O esperar um coração compreensivelmente toma uma dimensão maior do que qualquer outra em sua subjetividade. Abrindo mão de sua biografia como um todo, vive uma espera mortífera, que lhe paralisa. O ser um paciente de transplante se torna algo que o define, um rótulo, que o identifica e ao mesmo tempo o aprisiona. A identificação é maciça, não restando espaço para todas as outras esferas do vir a ser deste paciente no mundo.

Ao longo da assistência psicológica, podemos destacar diferentes momentos pelos quais o paciente passa. Nas primeiras entrevistas, os pacientes se apresentam, na grande maioria das vezes, ainda em estado de choque, caracterizado pelo susto do diagnóstico e a não compreensão total e profunda do que realmente significa tudo isso que lhes foi dito. O discurso é bastante restrito às questões práticas do processo de exames do protocolo. Experimentam a vivência de extremo desamparo, presentificada na angústia que permeia seu discurso.

Os exames do protocolo vão acontecendo e o paciente começa então a cada vez mais compreender o processo. Por outro lado, vive com ansiedade cada exame realizado, uma vez que procuram-se resultados satisfatórios para que ele possa estar apto

a entrar na lista de espera. Tem consciência do caráter eliminatório que um desses exames pode ter em relação à contra-indicação ao transplante.

As vindas ao hospital tornam-se muito freqüentes, tornando a rotina do paciente muito ligada a vir aos atendimentos. Não suficiente, o candidato ao transplante, uma vez com uma afecção cardíaca grave, convive com o desconforto dos sintomas desta afecção, além de submetido a inúmeras restrições, e dentre as mais citadas como perturbadoras, a restrição de água, das atividades e a alimentar.

Frente a essa realidade o paciente vai sucumbindo no sentido de passar do estar doente para um ser doente e só. Na dinâmica familiar irrompe a superproteção para com estes pacientes extremamente excessiva e indicativa para ser trabalhada.

A espera começa a tomar a forma de paralisia, tudo agora dependendo do transplante. A partir disso, há que se trabalhar preventivamente com estes pacientes no sentido de uma preparação para a intervenção cirúrgica, ajudá-los a compreender todo o processo, os exames e o pós-operatório. O tempo de espera é também o tempo para o trabalho de compreensão, aceitação e tomada de atitude em relação à saúde. Muito importante é trabalhar a fantasia de que após fazer o transplante ficar-se-á livre de todas as restrições, podendo se fazer tudo que quiser. Lembrando mais uma vez, estes pacientes sofrem de uma doença crônica que não se extrai junto com o coração adoecido. O cuidado, a manutenção, a reeducação alimentar, os medicamentos (agora para o controle da rejeição) e os exames continuam. A melhora da qualidade de vida é o objetivo do procedimento, na direção de melhor convívio com a doença, mas não sua extinção, não sendo, infelizmente, possível esta alternativa.

O momento do chamado da cirurgia também representa extrema angústia para estes pacientes que são tomados por uma mistura de felicidade e medo intensos. Além disso, a impossibilidade da realização da cirurgia lançam o paciente em uma vivência de frustração. Muito importante é a presença do psicólogo nesse momento para proporcionar apoio ao paciente e seus familiares.

No pós-cirúrgico, ao acordar, o paciente se depara com um novo momento que inclui ao mesmo tempo a felicidade de saber-se vivo, a dor física e as vivências de fragilidade emocional e insegurança. Além dos cuidados com o corpo, a assistência

psicológica ao paciente e seus familiares comprova-se fundamental também neste momento.

O acompanhamento psicológico prossegue após a alta hospitalar uma vez que a adaptação a este novo coração trará uma série de implicações práticas e subjetivas na vida do paciente.

Por fim, o anonimato do doador é um ponto a ser destacado em nossa discussão. A clínica mostra, através do discurso dos pacientes, que o coração, órgão a ser transplantado, não é visto apenas como um órgão, mas que para além do físico, é símbolo das vivências emocionais e subjetivas daquele que o carrega. Portanto nota-se a importância do cuidado necessário para que haja preservação da subjetividade e singularidade do paciente, para que não se transplante com o órgão a identidade do doador. Os casos em que o anonimato não foi mantido mostraram os perigos e confusões identificatórias a que estes pacientes ficaram submetidos.

Diante do exposto, conclui-se extremamente importante o atendimento a estes pacientes pela equipe de psicologia não só como avaliador das condições emocionais para realizar o transplante, mas também e principalmente como oferta do lugar de acolhimento, suporte e escuta. Além de apoio, e através dele, é poder trabalhar com o paciente suas potencialidades, é fazer da espera o tempo para, atendendo ao paciente e à família, poder ajudá-los a reorganizar sua estrutura pessoal e familiar, dando maiores condições emocionais para encarar o processo como um todo. Esta resposta tenho tido de meus pacientes.

Referências bibliográficas:

- Assis, F.N. "Esperando um coração: doação de órgãos e transplantes no Brasil", Pelotas: Ed. Universitária, 2000.
- Fiorelli, A.I.; Moreira, L.F.P. "Transplante cardíaco e cardiomioplastia: perspectivas atuais" In: Revista Sociedade de Cardiologia de São Paulo, vol 3, n.5, set/out, 1993.
- Jackson, G. "Tudo sobre doenças cardíacas", São Paulo: Andrei Editora, 2000.
- Kaplan, H. I; Sadock, B. J. "Manual de psiquiatria clínica" 2ª. ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- Kubler-Ross, E. "Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes." 8ª. ed, São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- Nersalla, I.A. "Como cuidar bem do seu coração", Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.
- Oliveira, F.P; Ismael, S.M.C (org) "Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia", Campinas, SP: Papyrus, 1995.
- Ramos, D.G. "A psique do coração – uma leitura analítica do seu simbolismo", São Paulo: Cultrix, 1990.
- Romano, B. W. "Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais", São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- _____ "Psicologia aplicada à cardiologia", São Paulo: Fundo Editorial, 1990.
- _____ "Psicologia e cardiologia: encontros possíveis", São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001
- Stolf, N.A.G.; Jatene, A.D. "História do transplante cardíaco", In: Revista Sociedade de Cardiologia de São Paulo, vol 5, n.6, nov/dez, 1995.
- Dicionário da Língua Portuguesa, São Paulo: Nova Cultural, 1992.