

FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado

**TRANSPLANTE PULMONAR E PSICANÁLISE: INTERSECÇÕES EM UM
CENÁRIO DE ESPERA**

Evelise Machado Pinto Waschburger

Orientadora: Prof^a Dr^a. Mônica Medeiros Kother Macedo

Porto Alegre, janeiro de 2010

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**TRANSPLANTE PULMONAR E PSICANÁLISE: INTERSECÇÕES EM UM
CENÁRIO DE ESPERA**

Dissertação de Mestrado

EVELISE MACHADO PINTO WASCHBURGER

Prof^a Dr.^a Mônica Medeiros Kother Macedo
Orientadora

Porto Alegre, janeiro de 2010.

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**TRANSPLANTE PULMONAR E PSICANÁLISE: INTERSECÇÕES EM UM
CENÁRIO DE ESPERA**

EVELISE MACHADO PINTO WASCHBURGER

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof^a. Dr^a. Mônica Medeiros Kother Macedo
Orientadora

Porto Alegre, janeiro de 2010.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

W312t	Waschburger, Evelise Machado Pinto Transplante pulmonar e psicanálise: intersecções em um cenário de espera / Evelise Machado Pinto Waschburger. – Porto Alegre, 2010. 100 f. Diss. (Mestrado) – Faculdade Psicologia, Pós-Graduação em Psicologia Clínica, PUCRS. Orientador: Prof ^a . Dr ^a . Mônica Medeiros Kother Macedo. 1. Psicanálise. 2. Doentes - Aspectos Psicológicos. 3. Transplante Pulmonar. I. Macedo, Mônica Medeiros Kother. II. Título. CDD 155.916
-------	---

Bibliotecário Responsável
Ginamara Lima Jacques Pinto
CRB 10/1204

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Evelise Machado Pinto Waschburger

**TRANSPLANTE PULMONAR E PSICANÁLISE: INTERSECÇÕES EM UM
CENÁRIO DE ESPERA**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Mônica Medeiros Kother Macedo

Presidente

Prof. Dr^a. Blanca Susana Guevara Werlang

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Prof. Dr. Dagoberto Vanoni de Godoy

Universidade de Caxias do Sul (UCS)

Porto Alegre, janeiro de 2010

*Aos meus pais, Darcy e Diulma, pelo tempo
que tivemos juntos e a saudade que ficou.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Mônica Medeiros Kother Macedo, minha querida orientadora, por sua presença constante e afetuosa na minha trajetória me incentivando a acreditar que é possível alcançar nossos sonhos se confiarmos no desejo e no caminho percorrido. Meu carinho, admiração e profundo agradecimento!

AGRADECIMENTOS

Aos que estiveram presente ao longo dessa trajetória, singulares em suas participações, desejo expressar meus profundos agradecimentos:

Aos meus filhos Bernardo e Rodrigo, pela paciência e o carinho expresso em cada olhar que fortaleceu cada passo desse caminhada;

Ao meu marido Fernando, pelo amor e pela parceria de tantos anos, traduzida no apoio fundamental para que tudo isso acontecesse;

Aos meus irmãos, Darcy, Carlos Fernando e Darlene, pelo amor e pelo incentivo constante;

Aos amigos Eduardo, Simone, “Dudu”, Vavá”, Paulo, Consuelo e Andréia pelo carinho, e os momentos de convívio prazerosos;

A Eurema Gallo de Moraes pela qualidade dos nossos encontros e os ensinamentos “para a vida toda”!;

A João Luiz Costa Ribeiro, pela escuta cuidadosa;

As auxiliares de pesquisa Maria Alice Ferreira, Renata Ribas e Mariana Baldo, pelo carinho no acompanhamento junto aos participantes da pesquisa na etapa de preenchimento da Ficha de Dados Sociodemográficos;

Ao auxiliar de pesquisa Sander Machado, pela atenção e cuidado especialmente nos últimos e imprescindíveis momentos finais dessa dissertação;

As colegas “mestrandas”, pelo crescimento proporcionado no convívio;

A todos os integrantes do grupo de pesquisa “Fundamentos e Intervenção em Psicanálise”, pelo adorável convívio e parceria ao longo desse tempo;

A Renata Ayub, Fernanda Cesa Ferreira da Silva e Paula Kegler pela disponibilidade afetiva na especial ajuda nos momentos finais desse estudo.

A Gabriela Lima pelo apoio e troca constantes que muito incentivaram esse trabalho;

A Carolina Dockhorn, pela qualidade da presença e os preciosos conhecimentos compartilhados;

A Blanca Suzana Guevara Werlang, pelos ensinamentos e pela inspiração que sua presença proporciona;

Aos colegas e coordenadores de seminário da Sigmund Freud Associação Psicanalítica, pelo incentivo e as trocas constantes que colaboraram muito para esse trabalho;

A Nelson Asnis pelo afeto e disponibilidade imprescindíveis para o desenvolvimento desse estudo;

A toda a equipe de Transplante Pulmonar da Santa Casa, coordenada pelo Dr José Camargo. Em especial ao Dr Sadi Schio, a fisioterapeuta Juliessa Florian e a secretária Kelly Zimpek Teixeira, pelo acolhimento afetuoso e o empenho no favorecimento da realização dessa investigação;

Ao Dr Eduardo Garcia, pela confiança e disponibilidade em ouvir e compartilhar seus conhecimentos;

A CAPES por incentivar o aprimoramento profissional e a pesquisa por meio de bolsas de financiamento;

Ao Programa de Pós-Graduação da faculdade de Psicologia da PUCRS na pessoa da sua coordenadora Profa. Maria Lúcia Tiellet, pela possibilidade de aprimoramento profissional;

A Jorge Miguel, Gilberto, André, Carlos, Ulisses, Antônio, Cristina e Júlia, pela generosidade em compartilhar momentos tão especiais para a realização desse trabalho.

RESUMO

Progressos tecnológicos e conhecimentos obtidos na área de transplantes demarcam o desenvolvimento e a consolidação do importante lugar ocupado pelo transplante pulmonar no tratamento de doenças pulmonares avançadas. Nesse desenvolvimento se destaca o ajustamento de critérios para a seleção de candidatos a tal procedimento. Conforme diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, esses candidatos, sem exceção, são portadores de pneumopatologia terminal, com graves limitações, que os tornam dependentes de oxigênio, e com uma expectativa de vida inferior a 18 meses. Dessa maneira, a situação na qual se encontram os candidatos a transplante pulmonar envolve um duplo aspecto: se por um lado abre-se a expectativa de resolução da patologia por meio da efetiva realização do transplante; por outro, a indicação desse procedimento pressupõe um estado clínico muito grave, ou seja, evidencia o risco real de morte. Entende-se que uma condição de sofrimento físico agrega importantes repercussões psíquicas, comprovando a intrínseca relação entre corpo e psiquismo. A partir dos aportes psicanalíticos, esta dissertação tem o objetivo de compreender, a partir da experiência de pacientes candidatos a transplante de pulmão, a complexa vivência de estar em lista de espera para tal procedimento. Foram elaboradas duas seções sobre o tema: uma teórica e uma empírica. O estudo teórico, a partir de uma revisão dos aportes teóricos da Psicanálise sobre o trauma, propicia uma interlocução com a traumática situação que envolve a espera por um transplante pulmonar. A seção empírica desenvolve um estudo de cunho qualitativo, que tem o objetivo de investigar as vivências dos candidatos que estão em lista de espera por um transplante de pulmão. Foram entrevistados oito pacientes, seis homens e duas mulheres, vinculados ao Grupo de Transplante Pulmonar do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Por meio da técnica de Análise de Conteúdo, foram identificadas quatro categorias finais, ilustradas com vinhetas das falas dos participantes, e assim denominadas: Singularidade e complexidade: a postura diante da expectativa do transplante; Espaços compartilhados na espera: caixa de ressonância para temor e expectativas; A historização e os vínculos como recursos para construção de sentido frente ao excesso e, por último, A experiência do desamparo e o acolhimento no cuidado via outro. Para a discussão dos achados, lançou-se mão do referencial psicanalítico. Os aspectos encontrados nesta dissertação permitem uma compreensão aprofundada sobre os padecimentos psíquicos intrínsecos à vivência traumática da espera por transplante pulmonar. São evidenciados os complexos efeitos dessa espera e a gravidade do diagnóstico, que os coloca na condição de candidatos a tal procedimento. Nesse contexto, evidenciam-se os benefícios que poderão advir da qualidade da escuta oferecida pela Psicanálise como instrumento possível de construir a possibilidade de atribuição de sentido às intensidades psíquicas, as quais configuram uma vivência traumática da espera pela vida.

Palavras-chave: Trauma, Psicanálise, Transplante Pulmonar.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 (Psicologia)

Subárea conforme classificação CNPq: 7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

ABSTRACT

Technological progress and knowledge obtained in the area of transplants demarcate the development and the consolidation of the important place occupied by lung transplant in the treatment of advanced lung diseases. In this development stands out the adjustment of criteria to the selection of candidates for this procedure. According to guidelines established by the Ministry of Health, these candidates, without exception, are carriers of terminal pneumopathology, with severe limitations, for these reasons they are dependents of oxygen, and with a life expectancy of 18 months or less than this. Thus, the situation of these candidates to lung transplant involves a double aspect: on one hand a pathology resolution is opened by the effective performance of the transplant; on the other hand the indication of this procedure assumes a clinical state very severe, in other words, the real risk of death is highlighted. It is understood that a condition of physical pain adds important psychic impact, proving the intrinsic relationship between body and psyche. From psychoanalysis theory, this dissertation aims to understand, from the experience of the candidates to a lung transplant, the complex experience of being in a list to wait for this procedure. Two sections were prepared about the issue: a theoretical and an empirical. The theoretical study, from a review of the psychoanalysis theory about the trauma, offers a relationship with the traumatic situation that involves the waiting for a lung transplant. The empirical section develops a qualitative study and it aims to investigate the experiences of candidates who are waiting for a lung transplant. Eight patients were interviewed, six men and two women, who are part of the Lung Transplant Group of the Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Through the technique of the Content Analysis, four final categories were identified and some vignettes were illustrated with candidates' statements so called: singularity and complexity: the posture of awaiting of the transplant. Spaces shared on the awaiting: resonance box to the fear and expectations; the historicizing and bounds as resources to build meaning before the excess and finally, the experience of helplessness and the care and reception through another person. For a discussion of the findings, psychoanalysis theory was used. The aspects found in this dissertation allow a deep understanding about the psychic suffering intrinsic to the traumatic experience of waiting for a lung transplant. The complex effects of this awaiting were highlighted and the severity of the diagnosis that put these patients in the condition of candidate of this procedure. In this context, it is highlighted the benefits that may come with the listening offered through psychoanalysis as a possible tool to build a possibility of assigning meaning to the psychic intensities in which configure a traumatic experience of the waiting of life.

Keywords: Trauma, Psychoanalysis, Lung Transplant.

Area as CNPq Classification: 7.07.00.00-1 (Psychology)

Subarea as CNPq Classification: 7.07.10.00-7 (Treatment and Psychological Prevention)

SUMÁRIO

LISTA GERAL DE TABELAS E QUADROS	15
INTRODUÇÃO GERAL	16
REFERÊNCIAS	20
SEÇÃO TEÓRICA.....	21
A VIGÊNCIA DO TRAUMÁTICO NO CENÁRIO DO TRANSPLANTE PULMONAR:	
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE.....	21
Introdução.....	22
O traumático na história da Psicanálise.....	22
O cenário da espera pelo transplante	28
O traumático na espera pela vida.....	31
Considerações Finais	32
REFERÊNCIAS	34
SEÇÃO EMPÍRICA.....	36
A ESPERA PELO TRANSPLANTE DE PULMÃO: VICISSITUDES DO	
TRAUMÁTICO	36
Introdução.....	37
Método.....	41
Resultados e Discussão.....	43
Considerações finais.....	79
REFERÊNCIAS	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	86
ANEXOS.....	90
ANEXO A	91
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio	
Grande do Sul.....	91
ANEXO B	93
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Santa Casa de	
Misericórdia de Porto Alegre	93
ANEXO C	96
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
ANEXO D	98
Ficha de dados Sociodemográficos	98

LISTA GERAL DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Sumário de dados sociodemográficos dos participantes do estudo.....	43
Tabela 2: Sumário de dados relacionados com a doença	43
Quadro 1. Categorização inicial, intermediária e final dos dados obtidos nas entrevistas com os oito participantes do estudo.	44

INTRODUÇÃO GERAL

Esta dissertação de mestrado, intitulada “Transplante Pulmonar e Psicanálise: intersecções em um cenário de espera” foi desenvolvida no Grupo de Pesquisa Fundamentos e Intervenções em Psicanálise, coordenado pela professora Dra. Mônica Medeiros Kother Macedo, que está vinculado à linha de pesquisa “Intervenções Psicoterapêuticas” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Os desenvolvimentos tecnológicos e os conhecimentos obtidos nos últimos tempos na área de transplante de órgãos conferem ao transplante pulmonar o estatuto de uma terapêutica fundamental no tratamento de doenças pulmonares avançadas. A indicação para tal procedimento obedece a critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, dentre os quais a determinação de que os pacientes considerados ideais para o transplante sejam portadores de pneumopatia terminal, com grave limitação funcional e com expectativa de vida inferior a 18 meses (Camargo, Schio e Sanches (2006; 2007). Referem Camargo, Camargo, Schio, Sanches, Felicetti e grupo de Transplante Pulmonar da Santa Casa de Porto Alegre –RS (2008), que para que a indicação seja feita para o transplante, é necessário que se leve em conta que a probabilidade da pessoa estar viva no ano seguinte, sem o transplante, seja menor que a probabilidade de estar viva no primeiro ano após o transplante.

Caracteriza-se, então, uma situação que contempla um duplo aspecto: se por um lado abre-se a expectativa de resolução da patologia, por outro, a indicação desse procedimento pressupõe um estado clínico muito grave, ou seja, um risco real de morte. Com o transplante de pulmão, a expectativa de sobrevida é revertida e passa a ser de cinco anos. Na delicada inter-relação entre o que se passa física e psiquicamente com tais indivíduos, é essencial destacar ser o transplante uma intervenção necessária por representar a única possibilidade de sobrevivência para os pacientes que possuem essa indicação, implicando, dessa forma, a aceitação de uma disfunção física irreversível do órgão original, do risco de morte e da convivência com um órgão doado, pelo resto de suas vidas.

Deste modo, abordar a temática do padecimento físico frente à instalação ou constatação de uma modificação importante nas condições do organismo biológico remete à consideração da relevância acerca das consequências de tal fato nos aspectos anímicos do sujeito. Afinal, uma condição de sofrimento físico agrega importantes repercussões psíquicas,

comprovando a intrínseca relação entre corpo e psiquismo. Caso fosse realizada uma abordagem estritamente neurofisiológica do sujeito, deixar-se-ia à margem aspectos fundamentais desta interação. Por isso, é preciso, também, avaliar os fatores psicológicos que se fazem presentes na vida de uma pessoa portadora de pneumopatia terminal. Afinal, são indivíduos submetidos a um cenário demarcado pela espera e pela luta diária entre a vida e a morte.

Considera-se relevante compreender a riqueza de significados que tem a falência do pulmão, na situação de possibilidade de transplante pulmonar, não apenas em âmbito psíquico, mas também pela inexistência de terapêuticas paliativas de auxílio nesse padecimento físico. Nestes casos, então, tem-se uma dupla incidência de excesso: o sujeito está colocado em uma situação de iminência de falência de um órgão vital de seu corpo e, também, na dependência da morte de outra pessoa para sua sobrevivência. A situação de espera por um transplante, portanto, constitui um cenário que demanda um enorme gasto de energia psíquica para impulsionar as modificações e adaptações que se tornam necessárias na vida do paciente. O tempo de diagnóstico da patologia, indicação para transplante, a espera pelo órgão, a vivência da cirurgia e o temor de rejeição, sem dúvida, são situações que colocam o sujeito no campo de enfrentamento de inegáveis intensidades psíquicas.

Diante de tal cenário, a Psicanálise oferece instrumentos, através de seus aportes teóricos, para uma leitura aprofundada da complexa vivência de estar em uma lista de espera aguardando por um transplante pulmonar. Os aportes psicanalíticos a respeito do desamparo e do trauma se apresentam como eixos centrais no processo de reflexão sobre os efeitos da constatação de uma patologia física grave e seus desdobramentos na história de vida de uma pessoa. Dockhorn, Macedo e Werlang (2007) referem, ao abordar o tema do traumático, que sob o domínio do traumático não opera no aparato psíquico o princípio do prazer. Assim, segundo as autoras, trata-se de algo que pode ser descrito como “uma atordoante busca por ligar os excessos de energia desligados, por dominar os estímulos que dominam o aparelho”. (p.36). Nesse cenário de vigência do traumático, o sujeito se vê condenado a uma repetição de dor, pois o vivenciado pelo psiquismo é a experiência de dor provocada pelo excesso. A situação traumática, caracterizada pelo excesso de intensidades inassimiláveis, produz um efeito incapacitante ao ego, que se vê tomado pelo que ataca deixando-o “preso na teia de repetições de situações de dor psíquica”. (Dockhorn, Macedo e Werlang, 2007 p. 37). Na situação de espera pela realização do transplante, o enfrentamento com intensidades psíquicas invade a rotina dessas pessoas, submetendo-as a uma experiência de vida na qual a real possibilidade de morte não deixa dúvidas quanto a possibilidade de acontecer.

Desta forma, considera-se importante dedicar especial atenção à complexidade referente à experiência de vida desses pacientes, não apenas quando já submetidos ao transplante pulmonar, mas, também, no período, indeterminado, que antecede a intervenção cirúrgica. Torna-se evidente a relevância de investigar condições que possam reverter em qualificação dos recursos de compreensão e promoção de uma atenção integral aos fatores envolvidos nessa complexa experiência de aguardar pela doação de um órgão vital, assim como esperar pela realização de um transplante. Tais contribuições podem vir a incrementar espaços de cuidados que minimizem os efeitos devastadores presentes nesse cenário.

Esta dissertação se desenvolveu a partir do Projeto “Candidatos a Transplante de Pulmão: configurações traumáticas da espera pela vida”, submetido à apreciação e aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e do Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS, bem como ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, tendo sido aprovado por tais instâncias nos dias 17 de novembro de 2008 (Anexo A) e 4 de novembro de 2008 (Anexo B), respectivamente. Com base no referido Projeto, foram elaboradas duas seções de estudo sobre o tema, de acordo com a Resolução nº002/2007 de 06/11/2007 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. A primeira delas é de cunho teórico, intitulada *A vigência do traumático no cenário do transplante pulmonar: contribuições da Psicanálise*; e a segunda sessão, de cunho empírico, foi intitulada *A espera pelo transplante de pulmão: vicissitudes do traumático*. A Seção Teórica teve como objetivo, a partir de uma revisão sobre o trauma, promover uma interlocução desse conceito psicanalítico com a situação que envolve o transplante pulmonar, desde sua contextualização histórica até sua proposição como terapêutica indicada e fundamental no tratamento das pneumopatologias avançadas. Já a Seção II responde ao Projeto por meio de um estudo empírico que teve como objetivo conhecer e compreender as vivências de pacientes em lista de espera para transplante pulmonar desde a singularidade de suas histórias. Para tanto, optou-se pelos pressupostos metodológicos qualitativos. Foram entrevistados oito pacientes inclusos na lista de espera para transplante de pulmão vinculados ao Grupo de Transplante Pulmonar do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Os dados obtidos foram analisados e discutidos por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (1991) na proposta de Moraes (1999). Para interpretação dos achados, lançou-se mão do referencial psicanalítico.

As seções de estudo que compõem esta dissertação de Mestrado possibilitam, do ponto de vista teórico e empírico, uma leitura aprofundada sobre os padecimentos psíquicos intrínsecos à vivência traumática da espera por transplante pulmonar e os complexos efeitos

dessa na vida dos candidatos a tal procedimento. Nesse contexto, evidenciam-se os benefícios que poderão advir da qualidade da escuta oferecida pela Psicanálise como instrumento possível de atribuir sentido àquilo que, pela vigência de intensidade, configura uma vivência traumática da espera pela vida.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Educação*, 22 (37), pp. 7-31.
- Camargo, J. J; Schio, S. M., Sanchez, L. B. (2006). Indicações e Seleção do Receptor Pulmonar. In V. D.Garcia, M. F.Abbud, J. Neumann, J. O. M. Pestana (Org.). *Transplante de Órgãos e Tecidos*. (2rd Ed. p.687-694) São Paulo: Segmento Farma.
- Camargo, J. J; Schio, S. M., Sanchez, L. B. (2007) Transplante de pulmão: indicações atuais. In: J. J. Camargo & F. D. R. Pinto. *Tópicos de atualização em cirurgia torácica*. Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica. Acessado em 20 de dezembro, 2007. Disponível em: [Acesso restrito] www.sbct.org.br.
- Camargo, J. J., Camargo, S. M., Schio, S. M., Sanchez, L., Felicetti, J. C. & Grupo de Transplante Pulmonar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (2008). Transplante Pulmonar. In A. B. Tarantino. *Doenças pulmonares*. (6rd Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Ministério da Saúde (2009). Transplantes de órgãos crescem 24,3%. Acessado em 3 de dezembro de 2009 http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10592..
- Dockhorn, C. N. B. F., Macedo, M. M. K., Werlang, B. S. G. (2007) Desamparo e dor psíquica na escuta da psicanálise. *Barbarói*, 27, pp. 25 - 42.

SEÇÃO TEÓRICA

**A VIGÊNCIA DO TRAUMÁTICO NO CENÁRIO DO TRANSPLANTE PULMONAR:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

Introdução

A Psicanálise nasce a partir das descobertas de Sigmund Freud, médico neurologista, inquieto com o que poderia estar por trás dos sintomas histéricos, foco de sua atenção no final do século XIX. Os estudos de Freud, considerado o pai da Psicanálise, foram pioneiros acerca do inconsciente humano e suas motivações por meio do desenvolvimento de um método exploratório sobre o funcionamento da mente humana. As inquietações freudianas, desde suas observações iniciais a respeito das manifestações histéricas, buscavam decifrar as intrincadas tramas históricas de cada paciente, direcionando a descoberta de uma teoria inovadora sobre o funcionamento mental. Nesse sentido, a Psicanálise adentra o cenário mundial pelas mãos de seu criador desde uma perspectiva que a sustenta como teoria, método e técnica fundamentada em uma singular forma de compreender os fenômenos humanos.

Dessa forma, desde seus primórdios a Psicanálise traz a marca de um atento olhar para as manifestações do sofrimento humano, na busca de uma compreensão aprofundada da singularidade das situações que um sujeito experiencia. Cada vez mais a Psicanálise demarca sua presença no cenário clínico e teórico como um método de investigação das causas psíquicas dos padecimentos humanos, bem como se oferece com uma visão congruente com seus aportes teóricos a fim de possibilitar não só a intervenção terapêutica, mas, também, a compreensão de fenômenos além do terreno da psicopatologia. Assim, sendo a Psicanálise balizada desde suas origens pelas inquietações advindas do que vai além do aparente, põe em evidência a capacidade de uma reflexão aprofundada sobre fenômenos e situações nas quais o sujeito se depara com intensas exigências de trabalho psíquico. Nesse contexto de intensidades psíquicas, o conceito de trauma passa a ser um importante eixo condutor da possibilidade de explorar a complexidade presente também em cenários que extrapolam a clínica psicanalítica.

A espera pelo transplante de um órgão vital, do qual depende a própria sobrevivência, constitui um cenário no qual o traumático se faz presente, adentrando a vida do sujeito e impondo dramáticos efeitos em sua vida. Assim sendo, esta produção busca, a partir de uma revisão sobre o trauma na teoria psicanalítica, uma compreensão sobre a vigência do traumático nesse cenário de espera por um transplante pulmonar.

O traumático na história da Psicanálise

O conceito de trauma na Psicanálise permeia seu corpo teórico desde seus primórdios. O espírito investigativo de Freud, como referido, fez com que, diante dos sintomas histéricos, foco inicial de seu interesse, surgissem questionamentos a respeito da dinâmica psíquica que resultava na produção de sintomatologia física. A partir dessas inquietações, ocupado em

desvendar a causa da histeria, Freud (1896/1987) postula sobre a primeira noção de trauma, associando-o a uma situação desencadeadora do desenvolvimento de um sintoma. Nesse momento, a natureza do sintoma para Freud (1896/1987) está sempre ligada a uma real vivência sexual precoce que necessita ser lembrada para que o sintoma seja resolvido. Refere o autor que “a descoberta mais importante a que chegamos, quando uma análise é sistematicamente conduzida, é a seguinte: qualquer que seja o caso e qualquer que seja o sintoma que tomemos como ponto de partida, no fim chegamos infalivelmente ao campo da experiência sexual”. (Freud, 1896, p. 185). Em 1897, em carta redigida ao amigo e interlocutor Fliess, o pai da Psicanálise refere não mais acreditar em sua “neurótica”, abandonando, então, sua teoria da sedução e abrindo caminho para um aparente abandono da noção de trauma. Novos estudos a respeito da etiologia da histeria passam a dar vigência ao conceito de fantasia, o qual, inicialmente, parecia abolir a ideia de trauma. Porém, ao contrário de abandonar o conceito de trauma, Freud (1920/2006) o ressignifica e amplia no decorrer de seus escritos. Assim, como afirma Uchitel (2004), a concepção de trauma permanece relativizada, adormecida por um tempo, para retornar em uma nova configuração e com outra implicação clínica, demandando sua reinscrição na teoria psicanalítica.

O conceito de trauma é retomado no final da Primeira Grande Guerra Mundial, quando Freud se vê diante de quadros clínicos apresentados pelos sobreviventes que se depararam com a realidade de enfrentar a morte e seus desdobramentos psíquicos no campo de batalha. O conceito de trauma, teorizado a partir desse cenário, no texto de 1920, *Além do princípio do prazer*, é caracterizado como uma situação de invasão de quantidades. Nessas situações, o sujeito se vê frente a estímulos, experiências, as quais o psiquismo não consegue processar, aludindo, assim, ao impacto daquilo que escapa ao universo representacional do sujeito, pela sua magnitude e intensidade. Segundo Freud (1920/2006)

não há dúvida de que um acontecimento como o trauma exterior provoca uma grave perturbação na economia energética do organismo, além de acionar todos os mecanismos de defesa, e o princípio do prazer é, logo de início, colocado fora de ação (p. 154).

Dessa maneira, a vivência traumática invade o psiquismo acarretando o desmoronamento das barreiras de proteção, as quais, sob funcionamento normal, viabilizam o processo de ligação e de processamento psíquico das experiências vividas pelo sujeito. É importante salientar que essa intensidade é da ordem do excesso de ausência ou, do excesso de presença (Dockhorn, Macedo e Werlang, 2007). Ou seja, diante da compreensão do traumático como algo que escapa da possibilidade do sujeito processar psiquicamente, a

ausência de cuidados necessários oferecidos pelo meio inviabiliza que o sujeito acione recursos para lidar com intensidades provenientes externa e internamente. Diante dessa situação, o sujeito se vê desamparado. Essa noção é referida por Freud quando esse alude ao estado de desamparo inerente à condição humana. O bebê humano nasce em estado de desamparo e, a partir do contato com outro ser humano, capaz de oferecer-lhe a ajuda que necessita, terá condições de se constituir psiquicamente (Freud 1895/1987). Desta forma, diante da condição do desamparo inicial percebe-se a importância da qualidade dos cuidadores, das pessoas com quem a criança estabelece os primeiros contatos, a quem demanda suas necessidades emergenciais. A constituição de um espaço intersubjetivo será um fator importante nesse processo de subjetivação da criança. Assim, os registros no campo da experiência marcados por ausência ou presença, quando excessivos, constituem intensidades que o psiquismo não consegue processar. A partir dessa trama inicial se estabelecerá a base de criação da gama de recursos, ou a falta deles, para que o sujeito possa administrar suas demandas psíquicas. O desamparo, então, aqui entendido como essa condição de defasagem dos recursos próprios frente às intensidades, pode ser traumático em si ao configurar uma vivência que excede a possibilidade de significação psíquica.

No contexto apresentado por Freud em 1920, surge a necessidade de distinguir as neuroses, ditas comuns, das neuroses de guerra, as traumáticas. A base da etiologia das neuroses traumáticas está relacionada ao conflito entre o Eu e uma nova forma que ele deve adquirir diante da violência decorrente do contexto de guerra. Refere Maia (2003) que a sintomatologia apresentada diante do excesso provocado pelo evento traumático se daria como um refúgio, uma tentativa de proteção narcísica frente ao abalo destruturante que a possibilidade de morte confere. Insere-se a concepção econômica do psiquismo na teorização sobre o evento traumático a partir dos constructos freudianos propostos. O trauma passa a ser abordado como um transbordamento de excitações no aparelho psíquico que rompe com as possibilidades desse de se proteger (Freud, 1920/2006). Diante desse rompimento abrupto, de intensidades que atravessam o escudo protetor, o psiquismo deixa de lado o princípio do prazer para dar conta do que se mostra urgente, ou seja, “dominar (ligar) os estímulos, ligar as excitações que transbordam no psiquismo”. (Freud, 1920/2006, p. 102).

Frente aos excessos presentes nos padecimentos expressos na clínica psicanalítica atual, o trabalho analítico, necessariamente não se limita ao deciframento de representações e significantes. Uichtel (1997) aponta que “o sujeito não é só recalque; nem todo pulsional fica inscrito, e aquilo que não fica ou não ascende à inscrição, também produz efeitos”. (p. 12). Coloca-se aí um importante desafio no âmbito da clínica psicanalítica visto que a técnica,

através do recurso da interpretação, busca um processo de deciframento do que está oculto pelo efeito do recalque. Cabe refletir, dessa forma, a respeito do sofrimento psíquico presente não só na esfera clínica atual, ou seja, aquele se situa num campo pulsional sem representação. De acordo com Knobloch (1998), diante das inquietações advindas dessa realidade, reforça-se a importância de retomar e ampliar os conceitos teóricos remanejados por Freud a partir de 1920. Abre-se espaço para pensar numa nova concepção do traumático, relacionada ao excesso pulsional que extrapola a capacidade de simbolização, provocando efeitos desorganizadores no psiquismo. Como dito, tal questão não se faz presente só na clínica, mas em situações humanas nas quais as experiências comportam intensidades psíquicas que extrapolam a capacidade de metabolização do sujeito, como, por exemplo, a situação de espera por um transplante.

Sandor Ferenczi foi um autor contemporâneo de Freud que muito contribuiu para essa ampliação do conceito de trauma. Ferenczi (1933/1992) enfatizou a intensidade física e psíquica do evento traumático e o dano que provoca no ego do sujeito, endossando a ideia de neurose traumática e privilegiando o desmentido como poderosa força traumática (Uchitel, 2004). Conforme Maia (2003), o processo de surgimento da vida se dá para Ferenczi, por catástrofes, no âmbito ontológico e filogenético. No entanto, Ferenczi assim como Freud em 1926 questionam se a experiência do nascimento por si, entendida como um evento traumático pela intensidade que invade o bebê em situação tão precária, teria consequências psíquicas no campo da patologia. Para Ferenczi (1928/1992), o destino traumático de tal experiência pode ser minimizado pelos cuidados ambientais e as condições biológicas do bebê, evidenciando a potencialidade subjetivante do trauma do nascimento. Sobre a intensidade provocada pela intensidade do traumático, Maia (2003) considera que “o impacto com o mundo provoca um estado catastrófico, traumático – um estado de derramamento pulsional que precisa ganhar destino psíquico”. (p.115). No entendimento ferencziano sobre os efeitos do traumático no psiquismo, evidencia-se a importância do campo intersubjetivo, num processo de afetação entre o sujeito e o mundo, na equação que determina o destino da vivência traumática (Ferenczi, 1928/1992). Maia (2003) aborda o conceito de afetação atribuindo-lhe importância fundamental na constituição do sujeito. Refere a autora que

“o campo de afetação existente entre o infante e o mundo (é claro que, inicialmente, a mãe ocupa um lugar central no mundo), constituindo-se como espaço em que ocorre o processo introjetivo, é regulado por percepções sutis: experiências olfativas, visuais, táteis, auditivas, que protegem o bebê de uma vivência traumática dessubjetivante” (p. 119).

O processo de introjeção é marcado, então, pela inclusão do mundo no Eu pelas experiências referidas, atendendo aos processos de constituição de subjetividade, uma vez que “favorece a apreensão de sentido ao povoar o psiquismo de representações”. (Maia, 2003, p. 118).

Ao atribuir destacado valor à causa externa no processo de adoecimento, Ferenczi (1933/1992) postula que o traumatismo é precedido de um sentimento de segurança em si e na realidade, que é abandonado pela intensidade de eventos oriundos da realidade gerando um sentimento de decepção e descrença. Como causa externa, destacada pelo autor, pode-se pensar, no contexto apresentado pela espera por transplante, o adoecimento físico como marca do real que invade a rotina de tais sujeitos. O sentimento de descrença, em situações mais graves, pode progredir para um estado de choque e comoção psíquica. Essa situação pode ser revertida se, frente a uma transformação da realidade, o agente nocivo for removido. No entanto, a progressão dos efeitos do trauma, como salienta Barone (2004), impedem que o sujeito mantenha a capacidade de sustentar relações objetais, remetendo-o de volta a um estado narcisista, inviabilizando um contato adequado com a realidade, mantendo-os numa realidade a parte, criada para si mesmo. Essa dinâmica descreve o processo de desorientação psíquica que surge como um recurso diante da angústia insuportável desencadeada pela vivência traumática. Esse recurso visa à eliminação da consciência, frente ao excesso inassimilável, como forma de algum tipo de manutenção psíquica “na medida em que permite a liberação da angústia”. (Barone, 2004 p. 33). A experiência traumática remete o sujeito ao estado de desamparo, condição inerente ao ser humano. A necessidade de livrar-se do excesso de tensão coloca o sujeito na condição de desamparo (Dockhorn, Macedo e Werlang, 2007). A teorização ferencziana sobre o trauma refere ao que fica impossibilitado de ser simbolizado pelo excesso vivenciado e a impossibilidade de um entorno que minimize os efeitos da intensidade que adentra abruptamente o psiquismo. Assim, a noção de desamparo oferece terreno para a compreensão do sujeito atordoado, no contexto do traumático, no qual impera a intensidade de sua dor psíquica. Freud (1905/1976) alerta para o caráter paralisante da dor, a qual evidencia a falta de recursos psíquicos qualificados e eficazes para lidar com os novos aportes de energia. Conte (2002), ao referir a dor física, aborda que o seu excesso impossibilita o registro psíquico e “o excesso de dor psíquica se descarrega no corpo, não atingindo níveis mais elaborados e simbólicos de representação”. (p. 81). Freud (1895/1987) define a dor como sendo uma irrupção de grandes quantidades no interior do aparelho psíquico sem a possibilidade do efeito de dispositivos de resistência próprios das barreiras de contato.

Figueiredo (2003) retoma a ideia freudiana da cisão do Eu como defesa primitiva e radical de defesa contra experiências traumáticas. O autor refere a preferência pela denominação de *desautorização* a esse recurso e justifica sua preferência, fundamentalmente, por tratar-se de um movimento de *negar a autorização* da inscrição do episódio traumático no campo da experiência de alguém e “para que esse alguém se converta em sujeito (autor) de uma determinada experiência”. (p. 20). Dessa maneira, a realidade do acontecimento traumático não é autorizada para ingressar no campo subjetivo do sujeito, existindo em uma área separada, cindida do Eu. Cabe enfatizar o destaque dado à dimensão social diante da experiência traumática, especialmente abordada por Ferenczi (1933), no clássico texto *Confusão de línguas entre adultos e crianças*, no qual o autor refere ao *desmentido* como o movimento de recusa por parte do adulto em reconhecer e acolher a violência vivenciada pela criança. Tal recusa, para o autor, é o que configura a vivência como traumática. A respeito desse efeito, Figueiredo (2003) afirma que a vítima acometida da violência, além de estar atravessada por afetos intensos advindos da experiência “desproporcionais à sua capacidade de assimilação e simbolização” (p. 20) ainda a tem desmentida e desautorizada pelos adultos. O “adulto” na cena dos transplantes pode ser a “ausência” de cuidados ou os poucos recursos afetivos familiares, sociais e clínicos para ver o paciente como um todo. Maia (2009) evidencia, especialmente nos tempos atuais, um descuido presentificado na falência dos valores morais e de instituições sociais que nortearam a cultura ocidental. Essa falência fragiliza as redes estatais de cuidado, favorecendo um descuido por toda a parte, gerando por si só “um desequilíbrio na ecologia psíquica dos sujeitos”. (p. 362). Para Maia (2009), “a ruptura da rede de confiança entre indivíduos e Estado pode promover a experiência individual de *sentir-se em risco*, determinando formatos subjetivos que façam frente à violência interna experimentada”. (p. 363).

A intensidade de quantidades não processáveis ao aparato psíquico, que definem a experiência traumática por excelência, produz como referido por Hornstein (2008) efeitos destrutivos, exceto, como cita o autor, “quando mediante elaborações individuais, e também coletivas, essas quantidades possam ser processadas”. (p. 58). Conforme o autor, a vivência de situações limites afetam os vínculos, identidades e projetos frente a impossibilidade de antecipar o futuro. Maia (2003) refere ao paradoxo do trauma atribuindo a dupla possibilidade de processamento do trauma. Para a autora, dependerá “do processo de afetação com o mundo seu destino se constituir como subjetivante ou dessubjetivante”. (p.94). O destino dessubjetivante relaciona-se diretamente com a recusa do entorno, por motivos diversos, em reconhecer a experiência traumática tornando-a assim patogênica. Diante então da

impossibilidade de atribuição de sentido a essa experiência, a mesma se constitui como violência. Contudo, conforme a autora, a possibilidade de uma contenção social diante de tais vivências instaura um poder restaurador de sentido.

Freud (1914/1969) busca compreender o que acontece com os pacientes, que, em tratamento, não conseguem recordar nada sobre o que esqueceu ou recalcou e, em seu lugar agem, atuam. Segundo o autor, esse tipo de paciente “reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber o que esta repetindo”. (p. 196). Freud (1914/1969) se confronta então com o fenômeno da compulsão à repetição e com o desafio que sua descoberta coloca diante da técnica psicanalítica, cabendo ao psicanalista o manejo daquilo que ainda não pode ser falado ou recordado. Freud (1920/2006) refere a compulsão à repetição não como algo atrelado ao retorno do recalcado, entendimento vigente até então, mas como uma tendência pulsional referente ao que está além do princípio do prazer. Segundo o autor, essa tendência confirma a existência de algo que antecede ao princípio do prazer – princípio norteador do funcionamento psíquico – e afirma, ainda, que esse só se estabelece caso o psiquismo consiga dar conta do excesso de excitação que lhe invadiu.

Na situação traumática se configura uma desestabilização da economia psíquica, fazendo com que o sujeito experimente um estado de atordoamento frente ao que lhe ocorre. Na paradoxal situação de espera por um transplante, se faz presente o risco iminente de morte e um necessário investimento na esperança da vida. Os critérios de inclusão de um paciente na lista de espera explicitam tal paradoxo. A certeza de uma proximidade da morte serve como fator propulsor do ingresso no cenário da espera.

O cenário da espera pelo transplante

Percorrer através da Psicanálise os constructos teóricos sobre o trauma viabiliza refletir a respeito de situações nas quais se presentificam a dor psíquica, advinda da intensidade traumática, e a severidade de um diagnóstico clínico. Severidade referente a uma situação na qual já se faz presente uma dor física causada pela presença de uma doença grave, que impõe ao sujeito importantes limitações. Tal realidade parece compor, invariavelmente, o enredo da vida de pacientes que aguardam por um transplante pulmonar.

O transplante de tecidos e órgãos constitui hoje foco de atenção social pela possibilidade apresentada, através dessa técnica, de reverter situações nas quais outras terapêuticas não se fazem mais eficientes para a manutenção e sobrevivência de pacientes gravemente enfermos. No entanto, tal procedimento, em seres humanos, teve seu marco histórico em 1869. Este ano assinala a primeira intervenção desse porte, com sucesso, através

de um autotransplante, realizado em Genebra pelo cirurgião Jacques-Louis Reverdin (Garcia; Garcia; Neumann & Abbud, 2006). O início da história dos transplantes é demarcado por experimentos que envolviam animais e relacionados a anseios de longevidade. O aprimoramento dessas técnicas foram, no início do século XX, foco de intenso trabalho nessa área visando condições favoráveis para implementá-las em seres humanos. Segundo Garcia, Garcia, Neumann e Abbud (2006), em 1911 o Dr. Eric Lexer, em Congresso Médico Alemão, salientou que “tornar os tecidos e órgãos humanos aceitáveis ao receptor se constituiria numa descoberta de grande magnitude para o avanço da cirurgia”. (p. 4). Da mesma forma como aconteceu com os experimentos em animais, o rim foi o primeiro órgão a ser transplantado em seres humanos, no ano de 1902, ainda sem sucesso. Essa intervenção foi realizada considerando a dramaticidade da situação letal em que o paciente se encontrava. No entanto, com o passar do tempo, o manancial técnico foi sendo aprimorado, novas drogas foram sendo incorporadas a essa prática culminando, em meados dos anos de 1960, em um período de otimismo, sendo que a década de 70 foi considerada um período de consolidação dos transplantes. Por volta da metade da década de 60, o transplante renal foi reconhecido como uma prática rotineira no tratamento da insuficiência renal.

Na América Latina o primeiro transplante renal aconteceu em 1957, em Buenos Aires, sob os cuidados do professor Alfredo Lanari. No Brasil, esse procedimento foi realizado em 1963. Em 1968, o Brasil realizou o primeiro transplante de coração, mesmo ano em que foi feito, também, o primeiro transplante de fígado, de pâncreas e de intestino delgado. Em 1983, no Canadá, foi efetivado o primeiro transplante pulmonar na era moderna, caracterizada pelo advento da ciclosporina – droga imunodepressora – que o tornou efetivamente viável. Esse procedimento foi realizado pelo médico Joel Cooper, no Hospital Geral de Toronto. Alguns anos mais tarde, no Brasil, sob os cuidados da equipe liderada pelo cirurgião torácico José Camargo, mais especificamente em maio de 1989, foi realizado o primeiro transplante de pulmão na América do Sul, na Santa Casa de Porto Alegre (Garcia; Pestana & Ianhez 2006), como recurso no tratamento de pneumopatias terminais.

Dentre os órgãos, os pulmões assumem destacada importância por fazerem parte dos chamados órgãos vitais. São eles personagens principais do sistema respiratório, responsáveis pelas trocas de ar. É nos pulmões que o oxigênio do ar passa para o sangue, nutrindo as células, e o gás carbônico do sangue passa para o ar atmosférico. Por essa razão, os dois pulmões são considerados órgãos essenciais da respiração, visto que, sem oxigênio, os tecidos, e, portanto, o organismo inteiro, não poderia viver. Dessa forma, compreende-se que a disfunção crônica nesse órgão acarreta uma disfunção progressiva em todo o organismo,

podendo ser consideradas de pneumopatias graves. Acrescido a isso, diferentemente do rim que, embora vital, pode ser substituído por processo dialítico, não existe “substituição” para o pulmão. Na prática, sua falência significa a admissão ao CTI, ventilação mecânica e, usualmente, morte em curto espaço de tempo.

Atualmente, as pneumopatias mais frequentes na indicação do transplante pulmonar são DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (38%), Fibrose Cística (17%), Fibrose Pulmonar Idiopática (17%) e Hipertensão Pulmonar (4%). De modo geral, a indicação de transplante é feita para pacientes com menos de 65 anos, portadores de doença terminal grave, frequentemente dependentes de oxigênio suplementar, com expectativa de vida inferior a 18 meses, sem outras alternativas terapêuticas (D’Império, 2006). Tal expectativa sofre modificação para cinco anos, em média, com a realização do transplante. Considerando a origem do órgão a ser transplantado, distinguem-se duas possibilidades: doadores vivos e doadores mortos. Nos doadores mortos, encontra-se maior limitação quanto à remoção dos órgãos, tornando-se mais frequente a doação através de indivíduos com morte encefálica.

De acordo com as informações fornecidas pelo Ministério da Saúde (2009), o Brasil encontra-se em destaque no cenário mundial por possuir um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos. O Sistema Nacional de Transplantes conta com 1.376 equipes autorizadas, atuando em 548 estabelecimentos de saúde, em todo país. Especificamente, em termos de transplante de pulmão, o Rio Grande do Sul se destaca por ser um centro referência, responsável por cerca de 70% das intervenções realizadas em território nacional considerando pacientes oriundos de diferentes estados brasileiros.

Dessa maneira, o transplante de pulmão ocupa destacado lugar no tratamento das pneumopatologias avançadas na atualidade. Tal destaque deve-se ao desenvolvimento de tecnologias nessa área, bem como a aquisição de conhecimento a respeito, especialmente, do ajustamento dos critérios de indicação e metodologia de seleção dos candidatos ao procedimento.

Conforme dados apontados por Caporal (2005), no Brasil, há registro de 60 a 70 casos de morte cerebral por grupo de um milhão de habitantes, e é de apenas três a média de doadores. Garcia, Almeida e Pinto (2006) revelam que, em 2004, foram comunicados às centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), apenas 25% dos potenciais doadores. De acordo com dados atualizados do Ministério da Saúde (2009), no primeiro semestre de 2009, o número de transplantes realizados no país, com doadores mortos, subiu 24, 3% em comparação com o mesmo período no ano anterior. Mesmo com um

panorama otimista, a disponibilidade de órgãos para doação e o número de pacientes aguardando para recebê-los aponta ainda uma desproporção preocupante.

O traumático na espera pela vida

A espera pelo transplante de pulmão demarca um cenário que imprime uma importante experiência de batalha diária pela vida. Nesse cenário dramático se contrapõem o desejo de viver via possibilidade do transplante e o risco de morte iminente imposto pelo avanço da doença pulmonar. Refletir a respeito do transplante de pulmão implica considerar os efeitos psíquicos no sujeito quando um órgão alheio é acrescentado ao interior do seu corpo, precisando por ele ser representado como parte de si mesmo. No entanto, as pessoas que esperam pelo transplante precisam, além de metabolizar psiquicamente as consequências decorrentes do grave diagnóstico clínico a que estão submetidas, encontrar recursos que lhes permitam investir em cuidados e na esperança de vida que a realização do transplante comporta. Todo esse cenário explicita a presença do traumático. Assim, por meio de uma leitura a partir dos aportes teóricos psicanalíticos, torna-se possível uma interlocução com a situação de espera por um órgão, cujo funcionamento assegura a manutenção da vida e sua falência leva a um declínio inevitável em direção à morte. Para tal, considera-se o fator traumático inerente a tal experiência que traz em si uma expectativa de sobrevivência física e importantes demandas psíquicas.

Segundo Moretto (2000), a vivência do transplante mexe profundamente com o psiquismo dos pacientes, desencadeando, na maioria destes, ambiguidade, visto que encaram a situação ora como salvação/vida ora como grande risco/morte. Por outro lado, Machado (2006) salienta que os pacientes que se encontram na situação de espera por um transplante convivem, simultaneamente, com a expectativa de ter a vida renovada e com a possibilidade de morte iminente. Pelo fato do número de doadores por morte encefálica ser insuficiente para suprir a demanda crescente de receptores, o tempo de espera por um órgão, com frequência, é longo. Essa espera demasiada, enfatiza ainda a autora, por vezes quando não evolui para o óbito do receptor, favorece o aparecimento de alguns distúrbios psicológicos. Também cabe considerar que a indicação para o transplante, especificamente no caso de enfisema pulmonar (enfermidade com maior prevalência dentre os candidatos) segundo Camargo, Camargo, Schio, Sanches, Felicetti e Grupo de Transplante Pulmonar da Santa casa de Porto Alegre (2008), leva em consideração a probabilidade do paciente estar vivo no ano seguinte, sem o transplante, ser menor do que a probabilidade do mesmo estar vivo no primeiro ano após o transplante. Ainda os autores referem que 71% dos pacientes submetidos ao procedimento

mostram uma sobrevida de um ano e, cerca de 55% desses seguem vivos depois de cinco anos. Essa situação gera um cenário cujo tempo fica assinalado pela batalha pela sobrevivência.

Retomando-se os aportes teóricos desenvolvidos por Freud (1920/2006), a partir da experiência com sobreviventes de guerra, pode-se compreender a vivência também de luta por parte desses sujeitos em lista de espera, que sem alternativa de se manterem vivos buscam no transplante a possibilidade única de sobrevivência, mesmo que incerta. Assim como os pacientes a quem Freud recebia e que lhe relatavam os horrores da guerra aos quais assistiam sem nada poder fazer, os candidatos a transplante pulmonar estão imersos numa espera que independe de sua vontade própria.

Como se pode constatar, a clínica psicanalítica teve seu início demarcado pelas inquietações de Freud frente ao enigma dos sintomas histéricos. O conceito de trauma, desde Freud e também com as contribuições de Ferenczi, abre espaço para uma leitura de padecimentos no campo das intensidades psíquicas que extrapolam o cenário da clínica e levam em conta os efeitos do real na vida do sujeito. Frente a essas proposições, pode-se pensar no traumático como ferramenta teórica para ir além do aparente. O que parece ter uma “solução”, no caso frente à indicação e realização do transplante, demanda, também, o processamento de intensidades que exigem do sujeito condições de enfrentamento em um cenário no qual já está fragilizado. A Psicanálise se apresenta não só como recurso teórico de compreensão dessa situação, mas como ferramenta técnica para a proposição de intervenções que visem auxiliar o sujeito diante do inegável sofrimento a que está submetido.

Considerações Finais

A partir do cenário configurado pela espera do transplante de pulmão, torna-se possível refletir a respeito da dramaticidade de uma situação na qual o que se aguarda é a única possibilidade de seguir vivo. A vida dessas pessoas é demarcada pelas restrições decorrentes de uma patologia que impede a ocorrência de uma atividade tão natural que até passa despercebida para a maior parte das pessoas: o ato de respirar. O tempo de diagnóstico da patologia, indicação para transplante, espera pelo órgão, vivência da cirurgia e temor de rejeição, sem dúvida, são tempos de intensa vivência de dor psíquica e que assinalam a necessidade de contínuos cuidados.

Nesse contexto de espera no qual as intensidades presentes podem ser melhor exploradas ao se recorrer ao conceito psicanalítico de trauma, a constatação da proximidade com morte e a esperança se fazem presentes continuamente. Se por um lado o transplante

acena com a continuidade da vida, por outro, a gravidade da patologia que levou à sua indicação não permite a posição ingênua de acreditar em uma recuperação sem algumas limitações importantes.

A relevância que a escuta das situações de dor psíquica tem para a Psicanálise se faz presente como eixo central de compreensão da leitura proposta neste estudo a respeito da situação de espera pelo transplante. Ao priorizar o conceito de trauma na compreensão desse cenário, se evidencia a necessidade de aportar recursos sejam de compreensão ou de intervenção em relação ao que ali se expressa. Na espera se faz, invariavelmente, presente um jogo de forças entre enfrentar a morte e investir na vida. Os recursos psíquicos se deparam com excessos demandados desde o real de uma experiência.

Entende-se que ao propor dar palavras a essas intensidades, a Psicanálise põe em evidência o sujeito que espera e não apenas um candidato na lista de espera. Esse sujeito tem um história única, na qual sempre deverá ser respeitado o sentido que tal padecimento pode adquirir em sua vida. Poder resgatar sua individualidade talvez possa ser um recurso a mais que contribua nessa espera passiva, na qual até a morte de outro precisa ser metabolizada. É a morte de outro que lhe dá esperança de vida.

A partir dos recursos oferecidos pela escuta psicanalítica pode-se compreender a vivência singular de dor psíquica destes indivíduos que experienciam uma luta diária entre a vida e a morte, no papel de candidatos a transplante de pulmão, na qual se deparam com a inevitável necessidade de espera. A Psicanálise acena com recursos que se associam à dura batalha pela vida que é travada diariamente por essas pessoas. Tornar menos traumática essa espera passa a ser a conclusão obrigatória a todos aqueles que se aventuram a dedicar atenção aos que esperam pela vida. Não é de qualquer espera se trata! Parece inconcebível acrescentar indiferença a um cenário já traumático.

REFERÊNCIAS

- Barone , K. C.(2004). *Realidade e luto: um estudo da transicionalidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Camargo, J. J.,Camargo, S. M., Schio, S. M., Sanchez, L., Felicetti, J. C. & Grupo de Transplante Pulmonar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (2008). Transplante Pulmonar. In A. B. Tarantino. *Doenças pulmonares*. (6rd Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Caporal, A (2005). Pulmões em evidência. *Revista Santa Casa*, 23, 114 . Acessado em 25 dezembro, 2007. Disponível em <http://www.santacasa.org.br/revista/vermateria.asp>
- Conte, B. de S. (2002). Prazer e dor: o masoquismo e a sexualidade. Porto Alegre: Criação Humana.
- D'Império, F (2006). Critérios de indicação e de seleção dos candidatos para transplante de pulmão. Disponível em: www.sopterj.com.br/revista/2006/vol_15_3/2006. Acessado em 20 dez 2007.
- Dockhorn, C. N. de B. F.,Macedo, M. M. K.,Werlang, B. S. G. (2007) Desamparo e dor psíquica na escuta da psicanálise. *Barbarói*. Santa Cruz do Sul, n. 27, jul./dez. p 25 – 42.
- Ferenczi, S. (1928/1992). A adaptação da família a criança. In: *Obras completas*. Vol IV.São Paulo:Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1933/1992). Confusão de línguas entre adultos e crianças. In: *Obras completas* IV. Trad Álvaro Cabral e Claudia Berliner.São Paulo:Martins Fontes.
- Figueiredo, L. C. (2003). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Freud (1895/1987). Projeto para uma psicologia científica. In: Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1896/1987). A etiologia da histeria. In: Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1897/1990). Carta 69. Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago
- Freud (1905/1989). Tratamento psíquico (ou anímico). In: Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol VII. Rio de Janeiro: Imago
- Freud (1914/1969). Recordar, repetir e elaborar. In: Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago

- Freud (1920/2006). Além do princípio do prazer. Escritos sobre a psicologia do inconsciente, vol II:1915 -1920/ Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926/1976). Inibição, sintoma e angústia. In: Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol XX. Rio de Janeiro: Imago.
- Garcia, V. D.; Pestana, J. O. M.; Ianhez, L. E (2006). História dos Transplantes no Brasil. In Garcia, V. D; Abbud, M. F; Neumann, J; Pestana, J. O. M. Transplante de Órgãos e Tecidos (2 ed). São Paulo: Segmento Farma, p. 27-42.
- Garcia, V.D., Almeida de, T. A. M., Pinto, J. B. T (2006). Processo de Doação – Transplante. In Garcia, V. D., Abbud, M. F., Neumann, J., Pestana, J. O. M. Transplante de Órgãos e Tecidos (2 ed). São Paulo: Segmento Farma.
- Garcia, V.D., Garcia, C.D., Neumann, J., Abbud, M (2006) História dos Transplantes. In Garcia, V. D., Abbud, M. F., Neumann, J., Pestana, J. O. M. Transplante de Órgãos e Tecidos (2 ed). São Paulo: Segmento Farma.
- Hornstein, L. (2008). As depressões: afetos e humores do viver. São Paulo: Via Lettera: Centro de Estudos Psicanalíticos.
- Knobloch, F. (1998). *O tempo do traumático*. São Paulo: EDUC.
- Machado, G. S (2006). Psicologia dos Transplantes. In Garcia, V. D., Abbud, M. F., Neumann, J., Pestana, J. O. M. Transplante de Órgãos e Tecidos (2 ed) São Paulo: Segmento Farma.
- Maia, M (2003). Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Garamond.
- Maia, M (2009). Por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro: Garamond.
- Ministério da Saúde (2009). Futebol de transplantados para lançar campanha. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10597. Acessado em 09 dez 2009.
- Ministério da Saúde (2009). Legislação sobre o sistema nacional de transplante. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004. Acessado em 6/12/2009.
- Moretto, M. L (2000). Psicanálise onde o paciente está: no hospital. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/bols/2000/rede594.htm>. Acessado em 20 dez 2007.
- Uchitel, M (2004). Neurose traumática. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SEÇÃO EMPÍRICA

**A ESPERA PELO TRANSPLANTE DE PULMÃO: VICISSITUDES DO
TRAUMÁTICO**

Introdução

O transplante pulmonar constitui-se atualmente em uma terapêutica fundamental no tratamento de doenças avançadas de pulmão. Os avanços tecnológicos e os conhecimentos obtidos nos últimos tempos resultaram em um significativo desenvolvimento na área de transplante pulmonar, dentre os quais destaca-se, principalmente, o ajustamento dos critérios de indicação e a metodologia de seleção dos candidatos a esse procedimento. Tal seleção obedece a critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2009), preservando uma uniformidade nos centros de transplante em todo o território nacional. Com base nesses dados, sabe-se que, no primeiro semestre de 2008, constavam 158 pacientes na lista de espera. Sendo que, entre os anos de 2007 e 2008, foram realizados 103 transplantes pulmonares. No primeiro semestre de 2009, o total de 22 procedimentos desse porte foram feitos no território brasileiro, sendo que dez deles no Rio Grande do Sul. Em levantamento obtido pelo Ministério da Saúde, também foi constatado o aumento de 24,3% no número de transplantes ocorridos nesse mesmo período em relação ao primeiro semestre do ano anterior (Ministério da Saúde, 2009).

Atualmente, no país, os transplantes pulmonares ocorrem em apenas três estados: Rio Grande do Sul, São Paulo e Minas Gerais. Dentre eles, o Rio Grande do Sul merece destaque não apenas por ter sido o pioneiro nesse tipo de transplante na América Latina, como também por ser responsável por cerca de 71% dessas intervenções realizadas no Brasil até o ano de 2005 (Caporal, 2005).

Segundo Camargo, Schio e Sanchez (2006; 2007), os pacientes considerados ideais para a indicação de transplante pulmonar, sem exceção, são portadores de pneumopatia terminal, com grave limitação funcional e com expectativa de vida menor que 18 meses. Com o transplante de pulmão, a expectativa de sobrevida é revertida e passa a ser de cinco anos. Diante desse quadro, os autores avaliam as indicações atuais de transplante de pulmão e ressaltam as conquistas em relação ao manejo terapêutico que garantem índices crescentes de sobrevida em longo prazo. De fato, as conquistas já alcançadas são atribuídas, fundamentalmente, a três fatores: estabelecimento de critérios de seleção dos candidatos e identificação do procedimento mais adequado, qualificação do manejo peri-operatório (atenção ao desempenho funcional do órgão transplantado) e implantação de rotinas de seguimento pós-operatório tardio.

Na literatura especializada se faz presente uma preocupação sobre os critérios de seleção para definir os melhores candidatos a transplante com base em parâmetros orgânicos, clínicos e funcionais (D'Império, 2006). Por outro lado, constata-se a escassez de estudos

referentes à qualidade de vida tanto dos pacientes em lista de espera, quanto dos submetidos ao transplante de pulmão, e, especialmente, sobre o significado dessa experiência na vida de tais sujeitos.

Considerando o referencial teórico da Psicanálise, é fundamental demarcar que a qualidade de vida de um indivíduo refere-se a sua organização psíquica, isto é, sua capacidade de utilizar recursos psíquicos para lidar com a situação da realidade externa e para atribuir sentido ao que vive. Frente à delicada inter-relação entre físico e psiquismo em tais indivíduos, torna-se necessário considerar que, ao mesmo tempo em que o transplante é a intervenção que representa a única possibilidade de sobrevivência para os pacientes que possuem essa indicação, ele implica, também, a aceitação de uma disfunção física irreversível do órgão original, do risco de morte e da convivência com um órgão doado, pelo resto de suas vidas. Embora haja a possibilidade de transplante pulmonar intervivos, sabe-se que essa se aplica para pacientes pediátricos/adolescentes, especialmente, por se tratar de uma modalidade que geralmente ocorre entre membros de uma mesma família (Garrafa e Pestana, 2006).

O tema desta investigação circunscreve-se a uma situação cujo doador encontra-se em situação de irreversibilidade de morte. A indicação de transplante diz respeito à falência, no receptor, de um órgão vital, cuja ausência levaria o paciente que aguarda na lista de espera à morte.

O transplante permite a reflexão a respeito de uma situação na qual uma parte estranha, algo que não pertence originalmente ao indivíduo, é acrescentado ao interior do seu corpo. O novo órgão, ao ser introduzido, demanda um trabalho visando constituir uma representação psíquica. Não apenas a situação de transplante resulta em uma mudança na configuração orgânica, mas, também, implica a necessidade de trabalho psíquico para dar conta das intensidades que constituem essa experiência. Portanto, abordar a temática do padecimento físico frente à instalação ou constatação de uma modificação importante nas condições do organismo biológico remete à relevância acerca das consequências de tal fato nos componentes anímicos do indivíduo. Uma condição de sofrimento físico agrega importantes repercussões psíquicas que comprovam a intrínseca relação entre corpo e psiquismo. Essa situação revela sua dramaticidade quando, pela gravidade do quadro da morbidade e frente às limitações já impostas pela mesma, há indicação da necessidade de transplante pulmonar como única terapêutica possível de sobrevivência.

Sabe-se que toda situação de expectativa de receber um órgão se constitui em uma vivência complexa e singular por parte do paciente, imprimindo marcas significativas em sua história de vida. Mesmo reconhecendo que tal expectativa refere-se a todas as situações de

espera por transplante, optou-se por investigar o contexto específico da situação de transplante pulmonar, pois se compreende a relevância e a riqueza do significado que tem a falência desse órgão, não apenas em âmbito psíquico, mas, também, pela inexistência de terapêuticas paliativas de auxílio no padecimento físico. Nestes casos, então, tem-se uma dupla incidência de um excesso: o sujeito está colocado em uma situação de iminência de falência de um órgão vital de seu corpo e na dependência da morte de outra pessoa para sua sobrevivência. A experiência de transplante demanda um gasto de energia psíquica para metabolizar modificações e adaptações que se tornam necessárias na vida do paciente. O tempo de diagnóstico da patologia, indicação para transplante, espera pelo órgão, vivência da cirurgia e temor de rejeição, sem dúvida, são tempos de intensa vivência de dor psíquica.

A importância da temática da dor psíquica para a Psicanálise é inquestionável. Em 1905, no texto *Tratamento Psíquico ou Mental*, Freud ressalta a importância de se levar em conta os processos psíquicos intrínsecos nos fenômenos físicos. Os leigos, segundo Freud (1905/1989), gostam de rotular essa espécie de influências mentais como “imaginação”, e inclinam-se a demonstrar

“pouco respeito por dores devidas à imaginação em contraste por ferimentos, doença ou inflamação. Mas isto é claramente injusto. Como quer que as dores sejam causadas – mesmo pela imaginação – elas próprias não são menos reais nem menos violentas por isto” (p.302).

Nasio (2007) refere que a dor, seja física ou psíquica, sempre é um fenômeno de limite. Nesse sentido a dor é, também, abordada por Berlinck (1999) como sendo uma resposta a uma fratura, nos limites do organismo e do psiquismo, a qual nos remete à condição humana de finitude. Assim, a dor liga-se à noção freudiana de desamparo, a qual, conforme Pereira (1999), é introduzida na obra freudiana em termos muito concretos, a partir da incapacidade do bebê de sobreviver por suas próprias forças, sem a ajuda de um outro (objeto externo cuidador). Contudo, segundo este autor, Freud confere ao desamparo um estatuto de dimensão fundamental da vida psíquica, sendo o que indica os limites e condições de possibilidade do processo de simbolização e da linguagem.

Ao se considerar a condição de desamparo como essencialmente humana e determinante em termos de estruturação psíquica, o conceito de trauma ganha vigência e atualidade, na medida em que passa a ser pensado como caracterizando uma situação de invasão de quantidades, estímulos, experiências que o psiquismo não consegue processar. Seja na ordem do excesso de ausência ou no excesso de presença, o conceito de trauma aqui alude ao impacto daquilo que escapa ao universo representacional do sujeito pela sua magnitude e

intensidade (Dockhorn, Macedo & Werlang, 2007).

Articulando a vivência de dor com a noção freudiana de desamparo, pode-se pensar, tal como propõe Delouya (1999), nessa vivência como uma desrupção sentida pelo psiquismo na sua continuidade, em consequência de uma invasão ou evasão intensa que ameaça abalar sua estrutura. Assim, é fundamental situar que a dor não deve ser vista como um princípio estruturador do psiquismo, a menos que a intensidade de energia em questão seja passível de um contra investimento. A dor, segundo Dockhorn, Macedo e Werlang (2007), quando intensa e duradoura, tem como efeito uma extrema desorganização da economia psíquica, isto é, torna-se um fator traumático.

Em *Além do Princípio do Prazer*, Freud (1920/1989) ressalta que a definição de um evento como traumático ou não decorre da relação de forças que se estabelecerá entre o que invade o psiquismo de forma abrupta e a quantidade de energia que o aparelho psíquico reserva para lidar com o fator desestabilizante. Dessa forma, para o autor torna-se traumática qualquer excitação que seja suficientemente poderosa para atravessar o “escudo protetor” (recurso psíquico que mantém o estoque energético). Ao abordar os efeitos do traumático no aparelho psíquico, Macedo (2006) destaca a visão freudiana da dor psíquica provocada pelo excesso que inunda o psiquismo, uma vez que esse excesso de excitação que invade o psiquismo é comparado ao desprazer próprio da dor corporal. De fato, Freud (1905/1989) considera que o paradigma para a experiência dolorosa é a dor física, sendo a dor psíquica uma metáfora dessa. Ainda, Macedo (2006) salienta a recomendação de Freud em atentar ao caráter paralisante da dor, que evidencia a falta de recursos psíquicos qualificados e eficazes para lidar com novos aportes de energia. No contexto teórico de 1920, recupera-se, assim, com o texto freudiano o conceito de trauma desde uma perspectiva do violento, do intrusivo, que gera uma demanda significativa de processamento psíquico (Macedo, 2006).

Ao trabalhar a noção de desamparo portanto, como um dos pontos nodais da constituição psíquica, a Psicanálise oferece os instrumentos para que se compreenda o sujeito atordoado em sua dor psíquica, ou seja, é possível abordar a complexidade de uma situação traumática. Entende-se assim o entrelaçamento entre as noções de desamparo e de dor. A dor trata-se de uma tentativa fracassada ou insuficiente de utilização dos recursos psíquicos a fim de ligar e dar destino àquilo que invade o psiquismo. Tal situação pode resultar numa impossibilidade de trilhar os caminhos das intensidades de complexização do psiquismo. Como consequência, percebe-se uma importante falta de recursos e, portanto, uma suscetibilidade de inundamento psíquico pelo excesso traumático.

Nesse contexto, a Psicanálise coloca-se, também, como recurso de trabalho frente à

incidência do traumático, uma vez que, ao nomear a dor em palavras, o sujeito encontra na escuta analítica a garantia da singularidade de fazer trabalhar os efeitos de suas experiências. Será a situação de escuta analítica o lugar privilegiado para que esse processo se estabeleça, pois, nesses casos, “trata-se de destraumatizar a pulsão, nomeando sua força, favorecendo sua passagem, dando mobilidade para o que na repetição aparece ‘soldado’, abrindo novos circuitos e promovendo novos investimentos”. (Uchitel, 1997, p.131).

A relevância que a escuta das situações de dor psíquica tem para a Psicanálise se faz presente como eixo organizador desta investigação. Ao priorizar a singularidade do sujeito na condição de aguardar por um transplante de órgão do qual depende sua vida, considera-se fundamental abordar de forma profunda a problemática psíquica que aparece na situação de espera por um transplante. A relação inevitável entre sua condição de desamparo e excesso inerente a uma dramática situação que põe em risco sua sobrevivência resulta em uma relevante questão de investigação psicanalítica. Assim, tomando aportes psicanalíticos como referenciais de compreensão das informações obtidas neste estudo, busca-se compreender a vivência singular de indivíduos que experienciam uma luta diária entre a vida e a morte, como candidatos a transplante de pulmão, num cenário demarcado pela necessidade de espera.

Método

O presente estudo foi desenvolvido a partir de pressupostos metodológicos qualitativos considerando sua concepção, coleta dos dados e análise dos mesmos. Participaram desse estudo oito sujeitos, seis homens e duas mulheres, maiores de 18 anos, inclusos na lista de espera para transplante de pulmão no Rio Grande do Sul, vinculados ao Grupo de Transplante Pulmonar do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Esses participantes encontravam-se em condições clínicas favoráveis para tal participação, conforme avaliação médica. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, foi realizado um agendamento, via Secretaria do Centro de Transplante, de horários para as entrevistas com os candidatos a transplante. Tendo em vista que esses pacientes frequentam a instituição para fazer reabilitação pulmonar, fez-se uso dessas visitas para a realização desses encontros, bem como, posteriormente, das entrevistas. Organizados os horários, realizou-se um contato individual com os participantes a fim de apresentar a proposta da pesquisa, sua forma de realização, e convidá-los a participar da mesma. Diante da aceitação, foi marcada uma primeira entrevista, considerando-se a disponibilidade do participante, também nas dependências da instituição hospitalar, em local

previamente estabelecido, com garantida privacidade.

Todos os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Anexo C), preencheram uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos (ver Anexo D) para caracterização da amostra. Foi então combinado com cada participante a série de entrevistas a serem realizadas, com intervalos semanais. A série de três entrevistas teve, então, os seguintes objetivos:

1. A primeira entrevista teve o objetivo de conhecer e contextualizar a história de vida do participante, aprofundando, também, algumas questões sobre a história de sua doença. A entrevista foi norteada a partir de questões propostas como: “Conte-me como foi sua história de vida desde sua infância até os dias de hoje”; “Fale-me sobre a história de sua doença”. Nessa entrevista, o mais importante foi não somente saber os dados sobre a doença do participante, mas sim investigar, contextualizar e explorar a forma como o participante vivenciou tal experiência.

2. Na segunda entrevista, através da questão aberta “Como é, para você, fazer parte da lista de espera para transplante pulmonar?”, buscou-se abordar a experiência de estar na lista de espera pelo transplante de órgão, as expectativas e temores frente a essa situação. O objetivo central dessa segunda entrevista foi concentrar-se nos detalhes da vivência singular de cada participante, explorando, ao máximo, as vicissitudes dessa experiência.

3. No terceiro encontro foi disponibilizado um espaço para que o participante falasse sobre o que quisesse e achasse que não foi suficientemente abordado nos encontros anteriores em relação a sua vivência como candidato a transplante. Desta maneira, foi criado um espaço para que os participantes refletissem sobre a experiência vivida até o momento e, de alguma forma, reavaliassem seu estado atual e as condições para o transplante. Este foi também um momento de avaliação e encerramento de sua participação no estudo.

No decorrer das entrevistas com os participantes, sempre foram levadas em consideração suas condições físicas, assim como suas condições emocionais para que, em caso de necessidade, fosse realizado o encaminhamento do participante ao Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP), vinculado à Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

A análise do material obtido nessa série de entrevistas realizadas com os participantes permitiu a identificação de conteúdos que foram, posteriormente, codificados em categorias de respostas, por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1991), na proposta de Moraes (1999). Para a interpretação dos dados, lançou-se mão dos aportes teóricos psicanalíticos.

Resultados e Discussão

Os dados sociodemográficos com informações relacionadas aos pacientes que vivem a experiência de aguardar pelo transplante pulmonar em uma lista de espera, obtidos a partir da Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos, podem ser visualizados na Tabela 1. As informações relacionadas com a doença pulmonar podem ser visualizadas na Tabela 2.

Tabela 1: Sumário de dados sociodemográficos dos participantes do estudo (n=8)

Nome Fictício	Sexo	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Religião	Praticante	
						Religião	Filhos
Carlos	Masculino	68	Viúvo	Ensino Superior Completo	Luterano	Não	3
Antônio	Masculino	64	Casado	Ensino Médio Completo	Católica	Sim	3
Cristina	Feminino	58	Casado	Ensino Fundamental Incompleto	Evangélico	Sim	2
Ulisses	Masculino	53	Separado	Ensino Médio Completo	Católica	Sim	2
Jorge Miguel	Masculino	34	Solteiro	Pós-Graduação Ensino Médio Completo	Católica	Não	0
Gilberto	Masculino	31	Solteiro	Ensino Superior Completo	Evangélico	Sim	1
Júlia	Feminino	31	União estável	Ensino Superior Incompleto	Católica	Não	0
André	Masculino	25	Solteiro	Ensino Superior Incompleto	Espírita	Sim	0

Tabela 2: Sumário de dados relacionados com a doença

Nome Fictício	Idade (anos)	Doença pulmonar de origem	Quanto tempo sofre da doença	Tempo na lista de espera	Desde quando mora em Porto Alegre	Auxílio Governamental
Júlia	31	Fibrose Cística	31 anos	4 anos e 8 meses	4 anos e 9 meses	Sim
Gilberto	31	Silicose	8 anos	3 anos e meio	4 anos	Não
André	25	Fibrose Cística	25 anos	2 anos e meio	2 anos e 3 meses	Sim
Ulisses	58	Enfisema Pulmonar	3 anos e meio	11 meses	1 ano	Sim
Antônio	64	Enfisema Pulmonar	18 anos	7 meses	1 ano e 5 meses	Sim
Cristina	58	Bronquiectasia	36 anos	7 meses	50 anos	Sim
Jorge Miguel	34	Bronqueolite Obliterante	12 anos	3 meses	3 meses	Não
Carlos	68	Fibrose Pulmonar	4 anos	1 mês e meio	60 anos	Não

Após a análise do material obtido nas 24 entrevistas realizadas, foram definidas as unidades de registro, as quais foram organizadas em categorias iniciais, intermediárias e,

por último, em quatro categorias finais, que dizem respeito aos fatores envolvidos nessa dramática situação de espera por um transplante de pulmão. A descrição de cada categoria final foi estruturada a partir das categorias intermediárias que lhe deram origem (Quadro 1), sendo que, com a finalidade de proporcionar rigor e validade às categorias, foram transcritas de forma fiel algumas verbalizações dos participantes entrevistados.

Quadro 1. Categorização inicial, intermediária e final dos dados obtidos nas entrevistas com os oito participantes do estudo.

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais		
Impotência diante da impossibilidade de fazer o transplante	Reações frente à efetiva chamada para o transplante e os impedimentos para a realização do procedimento	Singularidade e complexidade: a postura diante da expectativa do transplante		
Incremento no predomínio de uma postura de desinvestimento em relação a tudo e a todos				
Exigência de recursos psíquicos para enfrentamento da frustração da não realização do transplante				
Incremento dos temores sobre a repetição da não realização do transplante				
Ambivalência diante da chamada para o transplante	Temores e expectativas relacionadas ao transplante (procedimento)			
Apego a fé: a crença como destino				
Expectativa do sucesso do transplante relacionada ao esforço pessoal diante da exigência de cuidados				
Incerteza sobre o que lhe acontecerá no transplante				
Aquisição de conhecimentos sobre situações que envolvem um transplante como recurso para aplacar a ansiedade				
Reações emocionais associadas à modalidade de doação do órgão				
Recursos psíquicos utilizados frente ao temor de não conseguir ser chamado para fazer o transplante				
Temores sobre o manuseio do seu corpo na cirurgia				
Categorias Iniciais			Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Constatação do transplante como a				

única alternativa de manter-se vivo		
Estado permanente de prontidão para o transplante		
Sentimentos relacionados ao momento pós-cirúrgico	Temores e expectativas relacionadas ao momento pós-cirúrgico	
Preocupações com o próprio sustento financeiro		
Temores sobre a configuração da vida depois do transplante		
Temores sobre a vida profissional depois do transplante		
Ambivalência em relação ao uso do oxigênio		
Reações frente aos cuidados que a doença exige	Ambivalência frente aos recursos necessários para viver	
O impacto das reais imposições de cuidados decorrentes da doença		
Importância do grupo de pessoas que também aguardam pelo transplante		
Ambivalência em relação à situação de transplante a partir da experiência mal-sucedida de amigos	O grupo de iguais na espera pelo transplante: conflitos e identificações	Espaços compartilhados na espera: caixa de ressonância para temor e expectativas
Ambivalência nos vínculos estabelecidos com os que também aguardam pelo transplante		
Percepção de minimização dos riscos intrínsecos ao transplante pela observação do sucesso dos que já passaram pela experiência		
Potencialização do sofrimento pelas dificuldades percebidas nas diferentes realidades dos que integram a lista de espera		
Sufrimento frente à perda dos companheiros/amigos que aguardavam ou que transplantaram		
Desejo de ajudar aquelas pessoas percebidas como menos privilegiadas		
Cautela na fala sobre si mesmo		
Recursos para lidar com o vazio	Especificidade na fala sobre si mesmo	
Resistência em abordar assuntos pessoais		
Benefícios e dificuldades sobre o falar de si mesmo		
Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Situação repentina do adoecer		

Doença física como incapacitante em várias áreas da vida	A reconstrução da história desde a doença até a indicação do transplante	A historização e os vínculos como recursos para construção de sentido frente ao excesso
Associação da história familiar e sua situação atual		
Experiência de desamparo desde o aparecimento da doença até o diagnóstico da mesma		
Doença como um “divisor de água” na história pessoal		
História de vários tratamentos ao longo da história de vida		
Impotência diante da evolução da doença		
Reações frente ao reconhecimento da doença e sua extensão		
Associação entre acontecimentos da história pessoal e a situação atual		
Afastamento de vínculos importantes	Preocupações em relação à família	
Envolvimento familiar devido à complexidade dos cuidados necessários para o transplante		
Preocupações relacionadas aos familiares		
Sentimentos frente aos cuidados prestados pelos familiares		
Significado dos vínculos	Perdas nomeadas na história e na atualidade	
Perdas na história pessoal		
Perdas relacionadas à situação atual	Sentimentos relacionados ao estar na lista de espera	A experiência do desamparo e o acolhimento no cuidado via outro
Insensibilidade social frente ao significado da espera por um TX		
Sentimentos e limitações impostos pela condição de estar na lista de espera		
Significados atribuídos ao tempo de espera		
Repercussões no convívio social do fato de estar em lista de espera		
Percepção de modificação pessoal com a espera	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Categorias Iniciais		

Valor dos cuidados recebidos	Relação com a equipe na condição de espera	
Importância da relação estabelecida com os médicos		
Valor atribuído à equipe		

A primeira categoria final foi denominada *Singularidade e complexidade: a postura diante da expectativa do transplante*.

Ao observar o Quadro 1 se pode constatar, por meio do material obtido junto aos participantes, que a expectativa pela realização de um transplante envolve diversos e complexos aspectos. Trata-se especialmente de uma situação na qual aquele que espera por um órgão sabe de sua inegável e imperiosa necessidade no que diz respeito à manutenção e continuidade de sua vida. Embora a expectativa pelo transplante seja comum a um grupo específico de sujeitos, é a singularidade da vivência de cada história de vida que surge retratada nas falas dos participantes do presente estudo. As verbalizações de Antônio, Jorge Miguel e Gilberto explicitam a singularidade das reações frente à efetiva chamada para o transplante e os impedimentos para a sua realização, que dão conta da incompatibilidade com o tamanho do órgão, a impossibilidade de busca do órgão doado e a precariedade das condições de saúde do órgão esperado:

“Pela quarta, quarta vez. Mas a primeira que foi complicada. Agora até que é tranquilo, agora eu estou mais calmo. Aí não deu por causa do tamanho do órgão, é maior, aí não é compatível”. (Gilberto)

“Por que eu vim para transplantar. Não deu hoje dá amanhã, não deu amanhã, dá depois”. (Antônio)

“No começo foi... foi assim mais, como é que eu posso falar, eu ficava mais ansioso, o telefone não podia tocar que eu já ficava... tipo assim, você ficava esperando, o telefone tocava já ficava preocupado ‘são eles que estão ligando’, já ficava querendo atender logo pra acabar logo com isso. Mas depois vai passando o tempo. Três anos, quase quatro anos já. Vai passando o tempo e a gente vai se despreocupando, não, vai esquecendo. Hoje em dia o telefone toca lá em casa e nem me preocupa, nem esquento muito a cabeça. Eu nem penso mais nisso, tento desligar disso”. (Gilberto)

“...a emoção muito grande, mas não sei, no fundo eu não senti que ia transplantar. Sem preconceito, mas quando eu fiquei sabendo que o cara era policial eu falei assim ‘Ah, o cara fuma’”. (Jorge Miguel)

Diante dessas verbalizações, marcadas pela angústia da espera e pelas decepções, faz-se necessário que o psiquismo lance mão de recursos para dar conta dos fatores que desestabilizam a economia psíquica frente às sucessivas e frustradas chamadas para o transplante, acrescidas do fato de serem situações sobre as quais o sujeito não pode exercer nenhum controle. Tal dinâmica evidencia uma fragilidade nos recursos defensivos, provocada pela intensidade que invade o psiquismo, demandando uma tramitação constante de investimento libidinal na expectativa de realização do transplante, e o decorrente acúmulo das frustrações causadas pela impossibilidade dessa realização. Cada impedimento experienciado remete o sujeito, portanto, a deparar-se com a irreversibilidade de seu quadro pneumopatológico e a possibilidade da morte como um destino viável. É a *dor da existência*, como fala Berlinck (1999), que é acionada com tamanha intensidade e incrementada nessas situações em que se presentifica a possibilidade de extinção da vida. Coloca-se em cena um desafio à economia psíquica desses sujeitos que, frente ao excesso de excitações, farão uso de soluções possíveis diante do impacto causado pelo cenário da espera. Maia (2003) define a ocorrência da vivência traumática como “um excesso emocional inassimilável e irredutível ao campo das significações vigentes” (p. 94). Conforme a autora, a possibilidade de tal vivência receber significado, ou não, está diretamente relacionada aos posteriores desdobramentos psíquicos frente ao impacto traumático, cujo desfecho depende de uma complexa rede intersubjetiva que envolve aspectos intrapsíquicos e interpsíquicos. Portanto, cabe ao psiquismo utilizar recursos na tramitação e metabolização dessas intensidades. No que diz respeito aos aspectos intersubjetivos, reafirma-se a importância de uma história singular na construção de uma estrutura intrapsíquica. A capacidade de enfrentamento do conflito, assim como a qualidade dos recursos psíquicos, vincula-se sobremaneira aos vínculos estabelecidos desde a infância no cenário intersubjetivo. O sujeito para a Psicanálise se constitui, principalmente, a partir de investimentos que recebe de outro.

“Eu voltei na pilha, energia total. Por que eu acho que é tanta gente fazendo oração e tudo mais. Acho que isso ajuda também. Eu estava cheio de energia, aí eu vim pra cá, na hora que ele liberou eu voltei pra casa almocei aí voltei pra cá por causa da fisioterapia pra ver se gastava um pouco de energia. Aí fiz fisioterapia e tal, puxei bastante, cheguei em casa também ainda estava meio afoito, só no outro da que eu fui me acalmar mesmo. A gente fica ansioso, fica a expectativa, não tem como”. (André)

“Quando eu saí daqui eu falei assim ‘eu não vou pra casa, depois dessa eu tenho que espairar a cabeça, eu tenho que ir pra algum lugar’. Eu fui parar lá em Guaíba, que eu nunca tinha ido pra lá”. (Jorge Miguel)

Freud (1920/2006) retoma em sua obra a noção de trauma como algo que vem de fora e que abala drasticamente a economia psíquica. Portanto, diferente da concepção de trauma no cenário da histeria, em 1920 o trauma alude à presença de intensidades que irrompem uma barreira psíquica. Refere-se o autor ao excesso de excitação que, por sua intensidade, rompe com a barreira protetora do aparato psíquico impossibilitando-o de elaborar, de dar sentido ao vivido. Trata-se de uma incapacidade de estabelecer um contrainvestimento diante do incremento das excitações, o que provoca um rompimento nas possibilidades de estabelecer ligações.

Em 1926, em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud articula o conceito de trauma com o de angústia, diferenciando a angústia automática do sinal de angústia. Nesse entendimento, o sinal de angústia, ou a angústia sinal, objetiva evitar que o sujeito fique submerso pelo estado de angústia automática, reação espontânea ao instante traumático. Na angústia automática, a experiência vivenciada pelo ego, por conta de um acúmulo de excitação, é de desamparo diante da intensidade imposta pela situação traumática com a qual não consegue lidar.

Percebe-se nas falas acima que a intensidade emocional, associada à vivência de uma chamada para o transplante e a decorrente não-realização do mesmo, provoca um efeito importante nos sujeitos que a vivem. Assim, a tal intensidade corresponde uma impossibilidade de acionar um dispositivo psíquico que vise a proteção do incremento da excitação provocada. Isto ocorre especialmente pela peculiaridade da chamada pelo transplante, que se dá sem antecipação, exigindo desses sujeitos um estado permanente de prontidão. Dessa maneira, tentar negar e minimizar sua importância, buscando “esquecer” tal situação, parece ser uma saída possível de enfrentamento dessa dor. É por meio deste recurso que o sujeito lança mão da negação como uma tentativa, mesmo que temporária do Eu evitar a inundação de intensidades, mas, por outro lado, a vital necessidade de um órgão alheio não lhe permite a manutenção por muito tempo deste recurso. Assim, frente às precárias condições físicas desses pacientes, não é possível persistir a negação de seu iminente risco de morte. A negação é descrita por Freud (1925/2007) como “uma maneira de tomar conhecimento do recalado em um plano apenas intelectual” (p.147), por meio de uma formulação negativa. Há, conforme Freud, uma suspensão do recalque na qual a função intelectual se separa do processo afetivo. As falas de Gilberto, Antônio e Jorge Miguel contam desta tentativa de não ficar capturados na frustração frente à negativa do transplante. No entanto, exatamente pela

precária solução advinda da negação, outro dispositivo psíquico parece ser também acionado diante do incremento dessa intensidade, conforme explicita Antônio:

“Tem até um amigo meu, que transplantou, que perguntou, por que você sabe, eu já fui chamado seis vezes, ele perguntou ‘Como é que está teu psicológico?’ Vem cá, me diz uma coisa, o que é isso? Eu não conheço isso não! Eu conheço duas coisas: eu estar na lista e ser chamado e não ter dado certo. Só isso. Mas pensa que me afetou alguma coisa? À mim não”.

As repetidas chamadas seguidas das frustrações impostas pelos impedimentos para a realização do transplante impõem o uso de recursos psíquicos, que visam proteger, mas, também, denunciam a fragilidade em que se encontra o sujeito em tal circunstância na qual se faz presente uma ameaça à sua integridade física e psíquica. Ferenczi (1932/1997) nomeia por *autoclivagem narcísica* o recurso com o qual a criança, diante da violenta vivência do trauma, lança mão para proteger-se da experiência de pavor desencadeada pelo experienciado. Tal recurso, também denominado por *autotomia* (conceito extraído da Biologia), implica a necessidade de deixar (abandonar) partes de si mesmo como uma estratégia de sobrevivência. Na autotomia narcísica, “ocorre uma defesa contra a dor, contra o trauma, contra uma catástrofe na qual se deixa algo morrer para preservar a vida” (Figueiredo, 1999, p. 135). Tal mecanismo se faz presente na fala apresentada acima de Antônio, que, ao dizer não conhecer a respeito do seu “psicológico”, demonstra a necessidade de que a instância psíquica, que reconhece e acusa o sofrimento, seja extirpada para que ele possa, então, se defender da dor advinda do inassimilável, preservando mediante recurso tão radical a possibilidade de continuar existindo.

Independente, no entanto, da vivência do participante de já ter ou não experienciado a chamada para o transplante, constata-se que o próprio ato do transplante suscita temores e expectativas relacionadas ao procedimento:

“Então esse é o objetivo nosso. Nem todos têm o dom e o poder de alcançar o transplante, você sabe disso. E muita gente vem e não consegue fazer o transplante, certo. Que morre na fila. (...) Então essas coisas que a gente quer ver se consegue minimizar, diminuir essa agonia dessas pessoas que não conseguem (...)”. (Antônio)

A fala de Antônio denuncia a própria impossibilidade em reconhecer sua condição de estar na lista de espera, na “fila”, como nomeado por ele. Desta forma, se coloca no lugar de um espectador habilitado para ajudar aos “outros” que sofrem pela agonia de estar na *fila* e poder morrer nela. Assim, defender-se da ideia de morte, da sua morte, da angustia de castração presente nessa ideia faz com que Antônio lance mão do recurso da projeção de sua

situação no outro, que pode, assim, ser nomeado de frágil, sofredor e necessitado de ajuda. A projeção, conforme Laplanche e Pontalis (1992), consiste num recurso defensivo de origem muito arcaica que busca atribuir ao outro – pessoa ou coisa – sentimentos, qualidades, desejos que o sujeito recusa ou desconhece em si. Portanto, o se deparar com a ideia de não conseguir realizar o transplante faz com que o sujeito seja obrigado a se confrontar com a outra possibilidade que é a sua morte. Trata-se, como refere Gonçalves (2001), do acionamento da angústia de castração decorrente do medo de ser separado de algo extremamente valioso para o indivíduo. Desta forma, configura-se o transplante como a única alternativa de manter-se vivo, como referem Gilberto e Ulisses:

“O único recurso é o transplante. Não tem como, não tem outra solução, é o transplante. Aí fiquei com medo, foi isso, porque vai morrer aos pouquinhos... aos poucos vai acabando. Não morre de uma hora pra outra”. (Gilberto)

“A gente está lutando pra viver e nem consegue mais. Nem lutando... é só trocando o pulmão mesmo. Que nem eu, eu ainda estou conseguindo viver com esse pulmão velho, mas sei lá até quando. (...), o meu medo é, não sei se é medo, é de repente eu não conseguir nem transplantar mais. Por que daí eu vou, fico mal e pronto, acabou”. (Ulisses)

Em 1923, no texto *O Eu e o Id*, Freud refere a morte como um difícil problema para a Psicanálise, tendo em vista tratar-se de um conceito abstrato com conteúdo negativo e, por tais características, não encontra correspondente no inconsciente, afirmando, assim, a impossibilidade da morte ser representada simbolicamente. Em *Nossa atitude para com a morte*, texto inserido no artigo denominado *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, Freud (1915/1974) afirma que no fundo o homem não crê na própria morte pela convicção inconsciente da imortalidade. Para Freud (1915/1974)

“de fato é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade” (p.327).

Diante disto, o homem se coloca como espectador da morte dos outros pelo convencimento da impossibilidade de ser atingido por tamanha e devastadora adversidade, a sua própria finitude. Deparar-se, então, com ameaça da morte de forma sistemática e tendo, como dizem Gilberto e Ulisses, o transplante como único recurso, para não morrer vagarosamente, remete à necessidade de usar estratégias possíveis a fim de tentar dar conta da

angústia suscitada diante da possibilidade da ocorrência de transplante, que é desejada, mas, ao mesmo, tempo temida. Essa ambivalência encontra-se muito bem descrita nas falas de Jorge Miguel:

“Na hora fiquei gelado. É muito estranha a sensação, é muito esquisita, você não sabe se ri ou se chora. Estranho, eu não tenho sentimento pra descrever. É uma coisa muito estranha. É uma felicidade triste, uma tristeza alegre”.

Percebe-se que adquirir conhecimentos sobre tal procedimento e suas doenças proporciona aos pacientes uma falsa sensação de controle sobre a vida delineando uma das estratégias possíveis para aplacar a intensidade angustiante de uma “tristeza alegre”. Observa-se tal tentativa nas falas de Carlos e Cristina:

“(...) eu procurei me interar mais ou menos como funciona a doença. Sei, por exemplo, que a vida média de uma pessoa com fibrose, na média é de seis anos e meio, e etc. Eu digo, bom tenho um tempão então. Eu já calculei mais ou menos e eu digo, bom se eu não conseguir transplante, eu tenho tanto tempo de vida”. (Carlos)

“Ah, tudo que diz respeito a transplante eu estou sempre ligada. Eu procuro entender e aprender sobre tudo, sobre após o transplante, tudo eu quero saber (...)Tudo que vem a respeito de transplante eu quero saber, seja de pulmão, de rim, de fígado, qualquer coisa”. (Cristina)

Outros movimentos psíquicos se revelam no intenso apego a uma crença religiosa, deixando a cargo de uma força divina o destino de viver ou morrer, numa tentativa de encontrar um protetor onipotente que aplaque o desamparo do abalo narcísico. Freud (1927/1974) aborda a vivência do desamparo infantil, situação na qual a mãe se torna o primeiro objeto amoroso e de proteção para a criança contra os perigos do mundo externo. Essa situação infantil serve como base para a compreensão do desamparo vivenciado pelo adulto. Ao abordar o entendimento a respeito da necessidade de proteção do homem, o autor refere que a função de proteção é exercida inicialmente pela mãe, objeto que também assegura a satisfação das necessidades do bebê. Posteriormente, tal função é assumida pela figura paterna. Tal característica, segundo Freud (1915/1974), é transposta para a religião que se apresenta como uma defesa contra o desamparo do adulto. Segundo o autor,

“quando o indivíduo em crescimento descobre que está destinado a permanecer criança para sempre, que nunca passará sem proteção contra os estranhos poderes superiores, empresta a esses poderes as características pertencentes à figura do pai; cria para si próprio os deuses a quem teme, a quem procura propiciar e a quem, não obstante, confia sua própria proteção” (p. 36).

Freud (1930/1974), assinala que a necessidade de proteção do pai despertada pelo desamparo vivenciado pelo bebê, permanece “sustentado pelo medo do poder superior do Destino”. (p. 90). Nas falas dos pacientes entrevistados percebe-se a referência à religião:

“Mas tudo tem sua hora e tem seu tempo e Deus sabe de tudo. Deus sabe de todas as coisas, nós não sabemos que é nossa hora e essa hora Deus está guardando pra sempre”. (Cristina)

“Por que o meu objetivo, eu vim pra transplantar. Não deu hoje dá amanhã, não dá amanhã, dá depois. Eu não tenho pressa. Lá em cima é que sabe a hora certa de eu transplantar. Entendeu? Só isso”. (Antônio)

“Então eu tenho esperança de que vai chegar. Deus sabe o que faz. Que, de repente, que tem alguém que precisa mais do que eu... por que se eu estou bem, eu não necessito agora, eu posso até esperar um pouco mais”. (Ulisses)

Cristina, Antônio e Ulisses permitem pensar no que refere Hornstein (2009) sobre o movimento do ego de investir na idealização de um outro, criando uma atmosfera de alienação ao imaginar que o “objeto alienante” possa excluir a possibilidade de sofrimento psíquico. Segundo Hornstein (2009), “alienado ou apaixonado, o sujeito foge do conflito, iludindo-se ao pensar que o objeto alienante ou o objeto de paixão o exclui da possibilidade de sofrimento psíquico” (p. 158). Entre os participantes também, constata-se a percepção de que o sucesso do transplante relaciona-se aos esforços pessoais diante das exigências impostas pelos cuidados necessários. Assim, segundo André:

“Se eu tiver mantendo uma saúde boa, como tendo as fisio aqui, buscar estar se melhorando a cada dia mais, acho que com certeza o transplante vai ser um sucesso”. (André)

O participante André refere uma possibilidade encontrada por ele para se sentir participante em relação ao seu processo de espera pelo transplante. Maia (2003) assinala que a definição do destino psíquico da vivência como traumática relaciona-se diretamente com a possibilidade do sujeito lidar com o fator desestabilizante. Disso resultará o destino patogênico ou não da intensidade que invade o psiquismo abruptamente. Dessa maneira, evidencia-se na fala de André uma via possível para lidar com a intensidade provocada pela espera por um transplante pulmonar, possibilitando um destino subjetivante a tal experiência. Já no que se refere ao órgão esperado, Jorge Miguel diz:

“Eu já fiquei com um pensamento ruim, não é ruim, é estranho que eu tive: ficar imaginando você esperar alguém morrer para poder pegar. Isso é ruim sabe, um pensamento assim meio... meio...nem me vem o termo na cabeça assim, mas agressivo”.

sabe”.

Observa-se com essa fala do participante a dificuldade de conseguir representar algo que é estranho ao ego, cuja origem é um outro que precisa estar morto para que se torne doador de um órgão. Trata-se, segundo Arrausi (2005), da necessidade de aceitar o não-eu para poder incorporá-lo a si. É preciso, como mostra Jorge Miguel, entrar em contato com algo, nomeado por ele como sendo da ordem da agressividade, em favor da vida, para que possa viver, ou seja, sobreviver com a doação. Outro participante faz alusão a este fator ansiogênico que se intensifica na proximidade com a realidade de um procedimento cirúrgico:

“Me chamaram, mas a primeira vez eu me assustei. A primeira vez que eles me ligaram, aí eu tremi, me apavorei. A primeira vez foi complicado. Mas a segunda vez assim, era medo da cirurgia mesmo, me cortar, nossa! Louco, louco de pavor, pânico. Mas quando eles me chamaram eu fiquei assim um pouco nervoso, mas foi assim da cirurgia, do corte mesmo”. (Gilberto)

Gilberto refere o temor pelo procedimento cirúrgico que implica o manuseio do seu corpo. Para a Psicanálise, a representação do sujeito, ou seja, o Eu é inicialmente e acima de tudo um Eu corporal (Freud, 1923/2007). A noção de corpo no contexto psicanalítico permite pensá-lo além das questões biológicas, sem, no entanto, desconsiderá-las. De acordo com Macedo, Gobbi e Waschburger (2004), “o corpo priorizado na escuta psicanalítica é o corpo libidinizado na relação com o outro”. (p. 91). Em 1895, Freud refere o total estado de desamparo vivenciado pelo bebê ao nascer, que diante das necessidades fisiológicas impostas faz ser vital e necessário tanto o estabelecimento como a qualidade das primeiras relações com o outro. Relações essas que terão importância fundamental na instalação e organização da atividade pulsional, por meio das marcas instauradas a partir da experiência de satisfação decorrente do atendimento das necessidades da criança. Tal experiência é descrita por Freud (1895/1987) como consequência do trabalho da ação específica realizado pelo objeto externo, cuidador, que produz a eliminação da tensão provocada pelos estímulos endógenos. Constatou-se que o surgimento do Eu envolve um complexo processo psíquico. Freud (1914/2004) afirma que uma unidade como o Eu não está presente desde o início da vida. O que se faz presente nesse tempo inicial é um estado de busca de satisfação pulsional anárquico (parcial) denominado de autoerotismo, no qual não se reconhece a existência do objeto externo. No autoerotismo “não há ainda um eu, o que há é pulsão sexual satisfazendo-se auto eroticamente no próprio corpo” (Garcia-Roza, 1995, p. 47). Assim, Freud (1914/2004), refere, no processo de constituição do Eu, a necessidade de que uma nova ação psíquica seja acrescentada ao auto-erotismo para que se constitua o narcisismo. Dessa maneira, não é o corpo considerado

como um todo que é tomado como objeto de investimento, mas partes dele, ou seja, um corpo fragmentado, sem unidade. Hornstein (1989) assinala que “o eu, objeto de amor do narcisismo, é, diferentemente do objeto do período auto-erótico, uma representação unificada de si mesmo” (p. 163). Conforme o autor, é a imagem corporal a primeira representação unificada que o sujeito tem de si, o que lhe permite delimitar um dentro e um fora. Para Freud (1923/2007), o Eu pode ser considerado, então, a projeção mental de uma superfície corporal.

No contexto do transplante pulmonar, o manuseio do corpo, ou, a possibilidade dele, é vivenciada, então, como uma situação de perigo que ameaça a integridade narcísica do sujeito. Na fala do participante Gilberto, se pode pensar que o corte referido por ocasião da cirurgia para o transplante dá uma ideia real e concreta do que se teme, condensado em si todos os temores e fantasias referentes a ter seu corpo manuseado. A expectativa pelo transplante suscita, pelo que se observa no material obtido junto aos participantes, temores e expectativas relacionadas ao momento pós-cirúrgico:

“O pós é que me preocupava. Para você ter ideia eu fui falar com a enfermeira chefe e pedi pra ela que quando eu fosse pra CTI e tivesse acordado alguém segurasse a minha mão”. (Jorge Miguel)

“Quero que dê certo, peço muito a Deus. Por que complicações vão ter, que isso tudo os médicos falam, mas que sejam bem razoáveis, bem mansinhas, o mínimo possível e que logo eu esteja em casa de novo (...) Da cirurgia em si eu não tenho medo, tenho medo dos drenos, aqui ali deve doer horrores. Deve ser horrível aqueles drenos. Da cirurgia em si eu não tenho medo, não”. (Júlia)

O transplante marca efetivamente a realização de algo desejado por aqueles que por ele esperam uma vez que, através dele, segundo refere Machado (2008), os pacientes encontram a esperança de ter a vida renovada. No entanto, as preocupações trazidas pelos participantes denotam a percepção da fragilidade no momento pós-cirúrgico implicada no estado de desamparo em que esses se encontram. O aspecto do desamparo configurado aqui associa-se ao que afirma Menezes (2008) como uma condição de ausência de ajuda, de desproteção, da necessidade de amparo que pressupõe a existência do outro. No cenário traumático não se trata de qualquer outro, mas sim de um outro capaz de exercer uma ação que promova a possibilidade de apaziguar as intensidades. É a tentativa de uma “ação específica” que Jorge Miguel busca ao solicitar que alguém lhe segure a mão quando estiver na CTI, desamparado para aplacar a impotência sentida e frente aos temores quanto à aceitação ou não do órgão alheio recebido. Assim, Jorge Miguel explicita receios sobre as mudanças desejadas, mas também temidas, que a situação real de um transplante não lhe permite negar. Todos estes

aspectos constituem uma intensa fonte geradora de sofrimento, que por sua intensidade configura um cenário traumático no qual a cirurgia traz aspectos referentes ao manuseio e envolvimento do corpo físico. Os drenos referidos pela participante permitem a associação com uma situação de intensidades a serem evacuadas. Assim, Júlia, a partir de sua vivência do traumático, revela a tentativa de minimizar o sofrimento, atribuindo a dor aos drenos, desejando que sua experiência seja mansinha, que sua dor possa ser aplacada, já que ela se percebe impotente para isso. Júlia fala do desejo de estar em casa de novo, ou seja, de que a cirurgia tenha êxito e que as complicações que dela possam advir não comprometam seu desejo de viver.

Nesse sentido, percebe-se nos participantes uma preocupação quanto ao processo de retomada de suas vidas após o transplante. Suas falas referem expectativas e temores quanto às configurações que essa possa tomar depois de receber um pulmão:

“Eu só vou ter uma qualidade de vida melhor, mas vou continuar tomando remédio, vou continuar indo ao médico, vou continuar ficando internada e hoje eu sei o que a minha doença me causa, depois do transplante eu não sei”. (Júlia)

“Não sei quanto tempo vou ficar aqui mesmo depois de transplantado, não sei que período eu vou ficar, isso tudo é uma incógnita”. (Ulisses)

A rotina dos pacientes submetidos a um transplante pulmonar implica uma série de cuidados medicamentosos e de hábitos de vida. Da adesão a esses cuidados depende a possibilidade de uma sobrevida maior ou menor. Em estudos recentes, a sobrevida média para transplantados pulmonares, nos últimos tempos, tem melhorado progressivamente alcançando 83,13% no primeiro ano, nos últimos três anos (Camargo, Camargo, Schio, Sanchez, Felicetti e Grupo de Transplante Pulmonar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, 2008). As informações trazidas pelos autores indicam que cerca de 55% dos pacientes transplantados seguem vivos depois de cinco anos. Esses dados se referem a uma situação otimista, porém sem desconsiderar a marca da incerteza que, também, se faz presente frente à complexidade desse procedimento. Incerteza essa que Ulisses e Júlia explicitam e diante da qual se encontram inseguros ao referirem suas condições de enfrentamento com a nova realidade, tanto física quanto psicológica. A incógnita, a constatação inegável de um não saber de seu futuro, permite ao paciente que aguarda pelo transplante pensar na impossibilidade ou dificuldades próprias ao processo de representar essa nova vida, esse novo órgão e as demandas advindas dessa incorporação. O transplante adquire a conotação de um nascimento que, como tal, implica uma experiência traumática cujas intensidades advindas impõem a necessidade de trabalho psíquico. Maia (2003) assegura que a vivência traumática, que se dá

no limite das possibilidades da narrativa, não comporta sentido em si. Dependerá das possibilidades psíquicas do sujeito diante da situação, para dar conta das excitações transbordantes, a atribuição de significado e a inclusão da experiência num campo representacional. Na tentativa de fazer ligações necessárias, Júlia fala:

“E é também uma preocupação que eu tenho depois do transplante. Será que eu vou poder trabalhar? O que eu vou poder fazer? Você tem tanta restrição que eu não sei o que eu vou poder fazer depois do transplante”. (Júlia)

“Depois eu espero ficar quase com a vida normal. Poder fazer, nem tanto serviço, por que serviço já nem me interessa muito, mas fazer assim, a vidinha da casa assim, normal, estender uma roupinha, se eu puder. Se o doutor disser que eu não posso, eu não vou fazer”. (Cristina)

Como já mencionado, são, inegavelmente, grandes e importantes as modificações exigidas para aqueles pacientes submetidos a um transplante pulmonar. Além disso, a aposta no ganho advindo dessas modificações passa pelo reconhecimento dos dados referentes às exigências de cuidados que refletem uma melhor, mas não garantida, sobrevida de tais pacientes. A preocupação com o trabalho, com a carreira profissional pode ser entendida como uma busca de ligação, de investimento libidinal nessa vida (sobrevida) que pode ser curta. Trata-se de um investimento em um devir marcado pelo desconhecimento, pela incerteza e também por uma rotina inadiável de cuidados que assinalam, diariamente, o risco real do descuido à vida.

Cabe lembrar que os pacientes inclusos numa lista de espera para transplante pulmonar, necessariamente, são portadores de pneumopatia terminal, com limitação funcional grave, situação essa por si só que lhes confere a necessidade de uma série de cuidados. Tais cuidados ao mesmo tempo em que lhes garante a sobrevivência, evidenciam sua debilidade física. Percebe-se na fala dos participantes desse estudo a ambivalência frente aos recursos necessários para viver, como, por exemplo, o uso do aparelho de oxigênio:

“Eu não largo da torneira, fico mamando direto. E mesmo assim eu uso direto em casa”. (Ulisses)

“Deus me livre de ser vítima, mas então andar a vida inteira com uma coisa dessas aqui é ter vida normal? Não é. (...) Dá vontade, às vezes, de pegar aquela máquina que eu tenho lá em casa e jogar na parede”. (Cristina)

O uso contínuo de oxigênio faz parte da rotina dos portadores de pneumopatia terminal. A evolução dessas doenças aponta esse recurso como possibilidade de conseguir respirar, já que os pulmões, gradativamente, vão perdendo sua capacidade de exercer suas

funções. Deparar-se com essa realidade exige do psiquismo intenso trabalho de elaboração, de luto pela perda da imagem do corpo desejado, no caso um corpo saudável, capaz de realizar suas funções satisfatoriamente. A ambivalência percebida no uso contínuo e necessário do oxigênio é entendida pelo significado intrínseco de, ao mesmo tempo em que fornece o alimento indispensável para a vida – o oxigênio – flagra o corpo impotente rumo à deteriorização, à morte.

“Tanto pela doença tanto quanto pela necessidade de usar oxigênio, então tem gente que não sai de casa, por ter vergonha de usar o oxigênio (...)”. (André)

“Sempre, sempre preocupado com o relógio, que o relógio vai descendo muito rápido. A preocupação é essa, sempre com a coisa”. (Gilberto)

“Por outro lado é ruim demais, nossa, você fica com pai e mãe, graças a Deus eu tenho pai e mãe, mas você fica o tempo todo com alguém te rodeando. Você não tem liberdade, é muito ruim”. (Jorge Miguel)

Dentre as reações percebidas nos participantes relacionadas aos cuidados que a doença exige, observa-se a intensificação da preocupação com o relógio que marca o tempo, relacionado à escassez do oxigênio. A falta de oxigênio significa a impossibilidade de seguir vivendo. A preocupação com o tempo – que vai passando – e o incômodo proporcionado pela presença constante de um cuidador evidenciam a necessidade da dependência externa que garante a continuidade da vida implicando o reconhecimento da total impossibilidade do sujeito manter-se vivo sozinho. O “reloginho”, que “desce muito rápido” impõe a presença de um tempo que escoar e que pode terminar a qualquer momento, fala da ausência de tempo de vida. Knobloch (1998) refere o tempo do traumático no qual essa ausência é demarcada pelo tempo em que nada acontece. Para a autora, “o traumático é esse instante que irrompe a continuidade dos presentes, abre na história a dimensão do acontecimento, introduz na cadeia do representável o irrepresentável e, como um clarão, deixa aparecer o morrer” (p.133). Na fala de Cristina e Jorge Miguel, pode-se constatar força, daquilo que é da ordem do impacto decorrente da vivência das reais imposições de cuidados decorrentes da doença.

“Têm muitos que têm vergonha de sair, por que têm que sair carregando aquele torpedão. Ou então não pode sair mesmo, não têm condições de sair, então é triste. Você pensar que a pessoa é prisioneira de uma doença. A pessoa cria uma rotina por causa da doença, entendeu? Então é muito triste isso”. (Jorge Miguel)

“Eu nunca imaginaria, porque eu tenho problema de pulmão há muito tempo, mas eu nunca imaginaria que eu chegaria a esse ponto de ter que usar isso aqui”. (Cristina)

Consta-se, por meio das falas dos participantes, que o impacto do vivenciado produz a percepção de aprisionamento à doença, bem como uma espécie de imobilização e sofrimento diante da constatação da irreversibilidade da mesma pela necessidade do uso contínuo de oxigênio. Constata-se que no traumático até mesmo recursos como o oxigênio, que significa estar vivo, toma uma configuração de aprisionamento. O ar que se respira é “artificial”, precisa ser “carregado” pelo sujeito.

Dessa forma, diante da complexidade que envolve a espera pelo transplante, expressa nas falas dos participantes desse estudo, percebe-se que o convívio com o grupo de iguais oferece um privilegiado palco de encenação do drama implicado em tais vivências. Esses achados configuram a segunda categoria final encontrada denominada: *Espaços compartilhados na espera: caixa de ressonância para temor e expectativas*.

A possibilidade de ingressar na lista de espera para transplante pulmonar implica, para um número expressivo de casos, uma mudança de cidade para residir, conforme se pode constatar nos dados apresentados no Quadro 1. Tal mudança advém da necessidade de ficar perto do centro de transplante, condição imprescindível para a sua realização. O trabalho realizado pela equipe de Transplante Pulmonar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre resulta da atuação de uma equipe multiprofissional que faz um acompanhamento sistemático dos pacientes inclusos na lista de espera. Por conta desse tipo de trabalho, proposto pela equipe, esses pacientes frequentam sistematicamente o hospital três vezes por semana para um trabalho de reabilitação pulmonar. Esses momentos, sem dúvida, configuram espaços de troca e aproximação de histórias cuja espera pela vida se faz comum. Nas falas dos participantes, observa-se o importante lugar do grupo de iguais na vivência da espera pelo transplante:

“... um brinca com o outro, gente se interna, se preocupa. Eu me preocupo de saber como é que está. Fico torcendo pra pessoa melhorar, pra poder estar de volta ali na reabilitação, mas só”. (Júlia)

“... a gente acaba tendo um contato, uma amizade até e é um ajudando o outro também. Às vezes falta remédio e vai lá e empresta ou dá. Sempre tem essa troca. Ou às vezes um vai almoçar na casa do outro. Aí faz um passeio no final de semana, por que muita gente vem de fora, então, não conhece ninguém aqui. Então acaba que os que a gente conhece são as próprias pessoas que estão aqui na fisioterapia ou fazendo o tratamento também”. (André)

Júlia e André referem assim, por meio de suas falas, a importância dos vínculos formados no ambiente no qual se encontram devido a suas deficiências pulmonares e, conseqüentemente, pelo compartilhado estado de espera pelo pulmão. O afastamento dos

amigos e familiares, decorrente da necessidade de mudar-se para Porto Alegre por tempo indeterminado, provoca nessas pessoas, e em seus familiares, uma busca por novos laços afetivos, especialmente estabelecidos com aqueles que passam por situação semelhante, cujas preocupações se aproximam e expectativas se entrelaçam. Encontram-se identificados pela própria situação que fazem parte, demarcada pela fragilidade física e incrementada pelo afastamento de vínculos importantes. Surge, assim, a necessidade de que novos vínculos sejam feitos na tentativa de apropriação e compartilhamento de um importante momento de suas vidas. Roudinesco e Plon (1998) apontam a identificação como o processo pelo qual o sujeito se transforma, “assimilando ou se apropriando em momentos-chave de sua evolução, atributos ou traços de seres humanos que o cercam”. (p. 363). Laplanche e Pontalis (1992) referem que a construção freudiana sobre o conceito de identificação fez com que esse fosse assumindo, progressivamente, um valor central do que concerne a uma operação pela qual o sujeito humano se constitui. A partir da observação dos sintomas histéricos, os autores assinalam que o pai da Psicanálise atribui à identificação mais do que uma simples imitação, compreendendo-a como uma “apropriação baseada na pretensão a uma etiologia comum” (p.228) às pessoas em causa, pela existência de um elemento inconsciente comum. Os efeitos psíquicos da situação de debilidade física, a necessidade imperiosa de cuidados, a situação de espera, o procedimento cirúrgico, convocam essas pessoas que aguardam pelo transplante, a uma busca sistemática de referências no “grupo de iguais”, que se apresenta como um recurso para aplacar as emoções suscitadas:

“... pessoas que chegaram aqui ruim, hoje estão bem, passaram essa situação. Teve um colega nosso que chegou bem mal, bem mal que ele não conseguia nem andar. Hoje ele fez a cirurgia e está bem e é a mesma doença que a minha. Hoje ele está bem, super bem e, muitos que tinham alguma doença hoje, estão bem (...) é por isso que eu não me preocupo muito, por que eu vou ficar bem também, igual a eles”. (Gilberto)

A possibilidade de acompanhar histórias semelhantes às suas, e cujo desfecho se fez favorável, adiciona a essas pessoas uma esperança na espera necessária. A possibilidade de identificar-se com quem teve sucesso na batalha entre a vida e a morte, alimenta a esperança e torna mais possível a crença e o desejo de, também, poder sair vitorioso sobre uma morte anunciada via falência de um órgão vital.

“Não que eu esteja pensando que ‘será que se ele for bem eu tenho chance de ir bem’, não, para mim eu tenho... se eu não pensar assim é ruim pra mim. Eu sempre penso que vou me sair bem, pra mim vai sair bem e eu torço que para os outros também. Quando chegar a minha vez vamos ver”. (Carlos)

“E todos os outros que passaram por aqui. Esse menino que chegou agora (...), essa menina que está na foto aí que eu falei pra você fez duplo. Todo mundo, eu conheço todo mundo (...) eu conheço todo mundo e tenho amizade com todo mundo. Por isso que eu digo pra você que eu não tenho medo de nada, eu só tenho amigos”. (Antônio)

Constata-se nas falas de Gilberto, Carlos e Antônio a tentativa de, por meio das experiências bem-sucedidas de outros pacientes, minimizar a angústia despertada pela espera. Essa situação de ter que aguardar pelo transplante se faz acompanhar pela incerteza na medida em que não tem tempo para terminar, presentificando-se desta forma, a cada instante, uma sistemática ideia ou ameaça de morte. Freud (1915/1974) afirma que, diante da impossibilidade de imaginar a própria morte, o sujeito tenta fazê-lo colocando-se no lugar de um espectador, tornando assim a possibilidade de morrer uma espécie de ficção. Carlos, Gilberto e Antônio assistem às experiências bem-sucedidas dos colegas como quem assiste a um feito heróico de alguém que dribla a morte. Dessa maneira, pela identificação, podem reforçar a ideia de seguir vivendo em meio à situação em que se encontram. Freud (1915/1974) refere que nessa atitude de negar a morte “morremos com o herói com o qual nos identificamos; contudo sobrevivemos a ele, e estamos prontos a morrer novamente, desde que com a mesma segurança, com outro herói” (p. 329) No entanto, percebe-se que uma experiência mal-sucedida é vivenciada, pelos participantes, com ambivalência:

“... no transplante a gente tem curiosidade de saber o que acontece, mas eu acho que nem todos, acho que nem todos são iguais. Cada tipo de pessoa reage de alguma maneira ao transplante. Não é agora que eu perdi essa amiga minha não vou dizer que vai acontecer comigo. Cada caso é um caso, cada ser humano não é igual”. (Cristina)

Ao associar a grande decepção sentida pelo fato de sua amiga ter ido embora para outra cidade, tendo se casado apressadamente lá, com a perda de três grandes amigos constituídos como tal pelo convívio na espera pelo transplante, Júlia fala:

“Pra mim foi desculpa. Aí é isso. Quando eu fico chateada com alguma coisa aí eu me fecho. Então fiquei chateada com ela, as pessoas que a gente perdeu aqui. Então eu não quero mais esse vínculo”. (Júlia)

Ainda no texto de 1915, *Reflexões sobre os temas de guerra e morte*, ao desenvolver suas ideias sobre a atitude para com a morte, Freud assinala que, quando a morte de fato acontece, o sujeito sente-se profundamente atingido, abalado em suas expectativas. Diante da perda de alguém querido, especialmente alguém com quem se estabelece uma identificação, perde-se também as esperanças. Na situação de espera por transplante pulmonar, perder

alguém que vive uma mesma situação ou alguém que tenha realizado o transplante é algo que, embora indesejado, acontece com certa frequência. Dessa forma, as tentativas de negar a morte tornam-se débeis, forçando aos que esperam levar em consideração esta possibilidade de morte, ou seja, de fracasso de um transplante. No entanto, como aponta Freud (1915/1974), a imposição da constatação da possibilidade da própria morte, pela morte de alguém querido, aciona sentimentos ambivalentes para com quem se foi. Assim, as reações de Cristina e Júlia frente à morte de suas amigas também devem ser pensadas levando-se em conta a identificação presente nesses vínculos estabelecidos pela condição de espera. Freud (1915/1974) assinala que a impossibilidade de imaginar a própria morte já se fazia presente desde o homem primevo. Portanto, foi ao deparar-se com a morte de seus entes mais próximos, em sua dor, que precisou confrontar-se com a ideia de que todos podem morrer, constatação que lhe trouxe revolta, já que, segundo o autor, “cada um desses entes amados era, afinal de contas, uma parte do seu próprio eu amado” (p. 331). No entanto, refere Freud (1915/1974) que a morte desses entes lhe proporcionava alívio já que neles havia, também, algo que não continha parte do próprio Eu, “alguma coisa de estranho” (p. 332). A revolta percebida na fala de Cristina explicita o fato de que a pessoa amiga que faleceu continha parte do seu Eu, porém, o alívio sentido relaciona-se à existência de uma distância, uma vez que também há outra parte dessa amiga que Cristina pode sentir como estranha, não pertencente ao seu eu. O recurso psíquico para afirmar a continuidade do Eu na intensidade da ameaça que a morte real do outro traz ao cenário, e com o qual o participante se identifica, pode ser o do isolamento.

“Então a gente sofre junto, eu sofro junto. Então eu meio que me isolei assim. Eu pergunto, fico sabendo das pessoas, mas hoje até falaram a fulana operou e eu nem sei quem é. Eu demoro pra saber quem é. Eu esqueço o nome e a pessoa assim, essa associação”. (Júlia)

“Você se envolve com essas pessoas e a vida continua. E pode, de repente uma dessas pegar infecção e a pessoa morre, ou você morre, ou sei lá o que acontece”. (Jorge Miguel)

As sucessivas perdas relacionadas à realidade vivida por tais sujeitos que os colocam num estado de permanente atenção também se referem aos investimentos afetivos com o grupo de iguais. Tal estado de atenção se traduz na tensão experienciada frente aos recursos mobilizados com a ocorrência de mortes. Portanto, com o intuito de defender-se da dor da perda, da separação, pode se fazer presente uma aparente indiferença ou distanciamento em relação ao ocorrido. Júlia e Jorge Miguel mostram, em suas falas, a frágil tentativa de defesa

frente às perdas, ou possibilidades de perdas dos vínculos estabelecidos especialmente pela condição de também estarem em lista de espera para transplante. Demonstram sua ambivalência, como refere Freud (1921/1976) que se faz presente no processo de identificação desde o início. Dessa forma, seguindo o autor, esse processo “pode tornar-se expressão de ternura com tanta facilidade quanto um desejo de afastamento de alguém” (p. 133). Desejo esse que pode ser intensificado pela real situação de perda diante da qual o sujeito, especialmente nessa identificação resultante da situação de espera pelo transplante, depara-se com a ideia da própria morte. Evitar, esquecer o nome, parece apresentar-se como uma tentativa frágil de negar a própria morte pela ocorrência ou incremento da possibilidade de que ocorra a morte dos companheiros que estão na mesma situação. Percebe-se, também, que as limitações impostas por uns, pelas diferentes realidades, potencializam o sofrimento dos que fazem parte da lista de espera, com nos fala Jorge Miguel:

“O que mais me sensibiliza nesse hospital é eu ver alguns pacientes do pulmão, transplante, economizando oxigênio por que não tem como pagar mais do que as duas cargas do SUS. Por mês. Isto me corta o coração, por que oxigênio é básico, não é remédio. Oxigênio é vida, é básico”. (Jorge Miguel)

“Você pode ajudar, até financeiramente, as pessoas menos favorecidas que eu. Que precisem e que eu possa ajudar, essa é a minha intenção de vida. Viver para a minha família e para as pessoas que necessitam que talvez eu possa ajudar, entendeu?” (Antônio)

Sensibilizar-se com as condições dos que estão a sua volta, como mostra Jorge Miguel, buscar ajudar aos menos favorecidos, como fala Antônio, denunciam tentativas de não se ocuparem afetivamente com a intensidade que lhes acomete. Pode-se pensar que tais ocupações exerçam uma função de contrainvestimento frente à dor do trauma e da impossibilidade de manter sob seu controle o que eles mesmos vivenciam na condição de espera. Assim, mesmo com diferentes realidades, existe algo comum a todos que estão na lista. Menezes (2008) refere o estado de desamparo como um estado de “desajuda”, fazendo-se necessária a ideia de dependência passiva do outro. Nas entrevistas realizadas constatou-se que os participantes, ao relatarem sobre suas vivências em relação a este momento de espera pelo transplante, explicitam algumas especificidades. Falar de si mesmos parece não ser nada fácil:

“Esse negócio é complicado, eu nunca falei assim de contar história e essas coisas. Eu vou tentar falar”. (Gilberto)

“Mas a índole humana, a gente fica muito na defensiva então. É quando a gente fica

muito sensibilizado (...) eu tenho receio que as pessoas queiram usar isso, sei lá, pra me enfraquecer alguma coisa. Eu fico meio, na defensiva”. (Jorge Miguel)

“... eu não tenho segredo na minha vida, eu conto tudo que der. Dizem que a gente deve ter segredos, não contar tudo para os outros, mas eu não ligo pra essas coisas. É tudo tão...eu estou vivo agora, não sei se ou estar vivo daqui a pouco”. (Ulisses)

A rotina hospitalar, as consultas sistemáticas, as sessões de reabilitação pulmonar, os cuidados diários relacionados às exigências que a evolução da doença impõe, colocam, sistematicamente, o corpo como foco das preocupações e atenções de todos. Desta forma, de uma maneira ou de outra, todos ficam muito envolvidos com a condição de espera pelo transplante pulmonar. No entanto, pela singularidade desse contexto, os participantes, demonstram, inicialmente, estranheza ao perceber a possibilidade de falar sobre si mesmos, dar palavras a suas histórias de vida, ocupando uma posição mais ativa em relação a si mesmos. Não se tratava de apenas contar a história de sua doença física, como lhes é familiar numa exposição diária decorrente dos cuidados necessários, mas sim de falar sobre si mesmos e de sua relação com a condição de adoecimento. A possibilidade de falar sobre si mesmos abarca, aqui, a tentativa de falar sobre a solidão que os confronta com a iminência da morte no processo de espera pela vida. Sobre essa situação, se expressam os participantes:

“Barulho é inevitável. A gente tem sempre um barulhinho. Eu gosto de barulho que daí eu sei que tem gente viva em volta da gente e eu não me sinto sozinha”. (Cristina)

“Então eu vejo que um dos problemas que a maioria tem que quando vem pra cá, que a maioria vem de longe, acaba ficando sozinho, trancado no apartamento, não conhece ninguém e não tem o que fazer e acaba ficando o dia inteiro em casa”.(André)

Os cuidados necessários, pela intensidade que exigem, parecem deixar de lado a possibilidade de pensar sobre si, sobre seus sentimentos mais íntimos relacionados à vivência de adoecimento e espera. Cristina parece associar o barulho advindo do tubo de oxigênio que a mantém respirando como uma constatação de que permanece viva. Percebe-se que a busca por companhia, o desejo de ter gente viva perto dela, surge como uma tentativa de aplacar a sensação de solidão que a possibilidade de morte – cessação do barulho – se faz presente na rotina de seus cuidados e na espera pelo pulmão. O barulho lhe assegura estar viva, constatação importante para dar conta da realidade psíquica que se apresenta no conflito de forças colocado em jogo. O cenário imposto pelas mudanças necessárias relacionadas à condição de espera por um transplante pulmonar favorece, como se pode perceber na fala de André, uma tendência ao isolamento, à solidão. Freud (1920/2006) afirma a tendência que há

no aparelho psíquico de manter a menor quantidade de excitação, como uma forma de evitar a dor, já que essa é entendida pelo autor como o estado associado ao aumento de excitação no psiquismo. A possibilidade de morrer vai ao encontro da extinção da dor vivenciada que, “sob o domínio das silentes e poderosas forças da pulsão de morte, que, buscando o estado de repouso tentam – guiadas pelo princípio do prazer - apaziguar o irrequieto Eros” (Freud, 1923/2007, p. 66). Na ameaça silenciosa da morte, surgem inquietações sobre o sentido da doença que lhes acomete:

“Aí você acaba achando que é... ah, sei lá que foi algum tipo de castigo, não sei, fica assim meio que se achando prejudicado por alguma coisa, alguma coisa maior”.
(André)

“...Ele me batia muito. Eu era muito atentado. Eu merecia, não acho ruim não. Eu era levado”. (Gilberto)

“Eu sempre fui muito doente quando era criança sempre dei muito trabalho para os meus pais, de saúde”. (Cristina)

Ao falar sobre si, André indica a existência de sentimento de culpa diante da situação que vive, do cometimento de sua doença e da necessidade, imperiosa, da realização do transplante. Em *O problema econômico do masoquismo*, Freud (1924/2007) sugere adotar, em substituição à denominação “sentimento inconsciente de culpa”, o termo “necessidade de punição”. Tal referência advém, para o autor, da relação estabelecida entre o Eu e o Supra-Eu (superego), “ou entre poderes que lhe são equivalentes. Além disso, em ambos há uma necessidade que só pode ser satisfeita pelo castigo e pelo sofrimento” (p.114). O que se torna consciente para o sujeito, nesse entendimento, é o sadismo do Supra-Eu enquanto que os anseios masoquistas do Eu permanecem inconscientes ao sujeito. Da intensidade do jogo inconsciente estabelecido entre essas instâncias psíquicas, essa coisa que parece prejudicar por uma necessidade de castigo que André parece trazer em sua fala. A relação que cada um dos participantes estabelece com o que lhe acomete fica evidenciada pelas marcas de uma história singular. Escutá-los em sua dor também significa respeitar os complexos e intrincados significados que atribuem ao adoecer. Um espaço para falar de si abre uma possibilidade até então não pensada pelos participantes, sendo percebido como benéfico, de modo geral. No espaço das entrevistas constroem-se condições de ocuparem-se de si mesmos:

“É bom a gente conversar, dizer aquilo que você viveu. Por que pra mim é um orgulho isso que eu disse pra você. Por que tem muita gente que não tem história pra contar, não tem passado, não tem presente, não tem futuro”. (Antônio)

“Como você... você tá pedindo pra mim falar de mim pra você, do meu projeto, do meu objetivo, ao mesmo tempo eu estou colocando pra fora alguma coisa que está me atazanando, vamos dizer”. (Ulisses)

“Parece que dá tipo um alívio, parece que não é só com a gente. É bom abrir o jogo assim, falar o que a gente sente, o que passou, expectativas, essas coisas. Que eu me lembro eu nunca falei isso com ninguém”. (Gilberto)

Conversar, falar sobre as experiências vividas é percebido como uma maneira de dar significado à sua história, de fazê-la existir e de se fazer existir. Como diz Maia (2003), “o que se coloca em risco quando se priva o humano de parte de suas possibilidades é o sentimento caro a qualquer um (mesmo que ilusório) de continuidade de existência” (p. 76) Colocar o que lhe está “atazanando” como refere Ulisses, falar o que sente como nunca havia experimentado, como diz Gilberto, parece se tratar, como coloca Labaki (2001) da possibilidade de ligar, organizar a angústia solta advinda da “experiência extremada e mediatizada pela possibilidade de morrer” (p. 65), desdobrando-a em um afeto ligado, trazendo à cena uma força de significação daquilo que é intensamente experienciado.

Compreender a vivência de espera passa pela necessidade de escutar cada história com os pontos que se entrecruzam em cada narrativa singular. O excesso implícito na vivência de adoecimento, na indicação de transplante e na espera pelo mesmo por um tempo que independe da vontade do sujeito, associa-se a indelével marca de cada história. As falas dos participantes do presente estudo evidenciam a importância da trajetória de cada um dos que esperam por um transplante pulmonar na possibilidade de significar a intensidade que desafia a economia psíquica. Diante disso, a terceira categoria final encontrada neste estudo denomina-se: *A historização e os vínculos como recursos para construção de sentido frente ao excesso.*

O ingresso na lista de espera para transplante pulmonar encontra-se, para os pacientes, como último recurso da manutenção de suas vidas. Uma pré-condição para a possibilidade de realização desse procedimento, portanto, é o estado avançado da doença pulmonar incrementado pela inexistência de tratamentos paliativos. Dentre os participantes do presente estudo, se pode perceber uma longa trajetória de envolvimento com a doença na busca pela saúde. Para alguns, a doença se fez acompanhante desde a infância, para outros, o adoecimento surgiu gradual ou repentinamente e se impôs como um divisor implacável de águas em suas histórias de vida. No entanto, para todos a doença pulmonar assumiu grande proporção, ocupando um papel central no direcionamento dos seus projetos, assim como

determinando a impossibilidade de realizá-los. Na fala trazida pelos participantes surge a reconstrução da história desde a doença até a indicação do transplante:

“Por que eu gosto de viajar sabe. Chegava final de semana eu pegava o carro e sumia, dava um feriado eu viajava, eu estava acostumado com isso. Aí, de repente eu fico doente e não posso nem sair da cidade mais”. (Jorge Miguel)

“Não houve um período de adaptação assim, a coisa veio meio de forma abrupta, veio meio assim de repente. Mas vamos enfrentar”. (Carlos)

“É que a vida da gente muda totalmente, não é mais a mesma vida da gente. Normal é impossível. Não tem como tu ter uma vida normal mais. Não tem”. (Cristina)

“Constatou que era tuberculose. Aí fui advertido de parar de fazer tudo. Por que eu fazia de tudo, jogava, trabalhava, fazia de tudo. De uma hora pra outra tinha que parar por que tinha adoecido...” (Gilberto)

Adoecer, seja de forma gradual ou repentinamente, como apontam os participantes em suas vivências, imprime uma desacomodação da energia psíquica, demandando uma singular exigência de trabalho psíquico. Freud (1914/2004) refere que diante da dor orgânica o sujeito recolhe seus investimentos libidinais voltando-os para o Eu, desinvestindo assim o mundo externo, em favor de uma tentativa de cura. Segundo o autor, essa possibilidade de reinvestir, de redirecionar seus investimentos libidinais no mundo exterior é retomada após a cura da enfermidade. A vivência trazida pela fala de Jorge Miguel, Carlos, Cristina e Gilberto apontam um adoecimento que marca uma importante mudança em suas vidas, no modo de viver, que nunca mais será como antes. A progressão da doença impõe limites cada vez maiores que desafiam a cada instante a economia libidinal. Dockhorn, Macedo e Werlang (2007) referem que “a dor, quando intensa e duradoura, tem como efeito uma extrema desorganização da economia psíquica” (p.31). O convívio permanente com uma doença de evolução gradativa e incapacitante caracteriza, sem dúvida, uma situação de excesso. Esse impacto é percebido pelos que nela se encontram, na constatação, diária, tanto no sentido físico pelas limitações impactantes, quanto na exigência de acionar recursos a fim de processar essas intensidades psíquicas, visando uma possibilidade de inclusão e metabolização no campo representacional.

“Aí me destacou a tuberculose. De lá pra cá foi complicado, mas eu fiquei cinco anos trabalhando e os médicos não acharam o motivo, a causa da doença”. (Gilberto)

“Aí eu fui para São Paulo tratar, eu fui para o Rio tratar, eu fui... procurei tratamento alternativo, mas nada disso adiantou”. (Jorge Miguel)

“Antes era uma sensação, assim, de muito inconformismo com aquela tosse, tosse, tosse. Aquela coisa. Aí toma corticóide. Então isso aí me estressava um pouco ‘que droga que não melhora nunca isso aqui’. Quer dizer eu não tinha ideia do que eu tinha, eu não tinha mesmo”. (Carlos)

Percebe-se nestas falas que, invariavelmente, se faz presente nas histórias dos que aguardam por um transplante um longo período de sofrimento, desde o aparecimento dos sintomas da doença orgânica, até o diagnóstico efetivo da mesma. Esse período, demarcado pela busca de ajuda, de resposta ao sofrimento colocado pelo padecimento, pode ser pensado levando em conta o desamparo experimentado por tais sujeitos nessa trajetória. Menezes (2008), ao abordar o traumático do desamparo, refere que esse “aparece como sentimento de impotência intenso e doloroso, em que a pessoa é incapaz de empreender uma ação eficaz contra ele” (p.37). Nesse sentido, a busca por tratamentos eficazes e por profissionais que lhes forneçam respostas a respeito dos padecimentos que lhes acometem permite uma associação com as características de cenário de desamparo, delineado por Freud (1895/1987) como um momento inicial da vida na qual a ação do outro é imprescindível à sobrevivência.

“... logo que eu nasci eu comecei a ter alguns problemas recorrentes. Eu tinha pneumonias frequentes e minha mãe me levava no médico e me tratava pneumonia, aí logo em seguida eu voltava. Leva num médico, leva no outro, sempre faz tratamento e nunca melhorava, sempre voltava a ter crise”. (André)

“Eu sei que o sofrimento foi muito grande depois que eu caí. Eu sei que chegou uma hora, uma época que eu não ficava mais de dois dias em casa. Só no hospital. Sempre uma infecção, infecção”. (Ulisses)

“Por que eu chegava preto no hospital, mesmo com o oxigênio. Chegava preto, morrendo. Deixava pra vir pro hospital sempre no extremo”. (Ulisses)

“Eu já tinha parado de fumar há muito tempo. Tossia, tossia, tossia e a tosse foi aumentando cada vez mais e, toma xaropinho, toma não sei o que. Só faltou fazer um saravá”. (Carlos)

A impossibilidade, por um longo período, de aplacar a dor advinda do adoecimento físico, evidenciada nas inúmeras internações e tratamentos experimentados, faz com que diante da intensidade provocada por tais vivências esses sujeitos relatem o fracasso de uma reação adequada, a fim de proteger-se da dor que resulta em um incremento no desamparo já presente na gravidade de uma doença física. O trauma, conforme Freud (1920/2006), resulta da falha dos mecanismos protetores do aparelho psíquico diante de excitações muito intensas. Tais excitações, devido a sua intensidade, não tramitam no aparelho psíquico, permanecendo

desligadas e regidas pela compulsão à repetição. O desamparo inicial vivido pelo bebê abre a possibilidade, pela intervenção do outro—cuidador—, da inscrição de uma primeira experiência de satisfação, atribuindo a esse encontro um caráter inaugural do psiquismo (Menezes, 2008). No entanto, essa vivência de dor a qual, via intervenção alheia adequada organiza o sujeito psiquicamente, se intensa e duradoura, produz um efeito desorganizador do aparelho psíquico (Garcia-Roza, 1991). Essa ideia fica evidenciada na fala de Garcia-Roza (1991) ao referir que “enquanto a vivência de satisfação é diferenciadora, a vivência de dor é desdiferenciadora” (p. 141). Pode-se pensar, portanto, que a intensidade de tais vivências, ao configurar o trauma, como assinalam Dockhorn, Macedo e Werlang (2007), gera uma inundação no psiquismo “provocando um colapso econômico que acarreta o desmanche das barreiras de proteção” (p. 36). Tal colapso parece explicitado na fala de Ulisses, que se encontra impossibilitado psiquicamente de se proteger diante de uma grave crise, recorrendo à ajuda oferecida pela internação hospitalar quase já sem tempo de se salvar. A percepção de ser portador de uma pneumopatia terminal, em fase avançada, é refletida nas falas dos participantes:

“Eu estou descendo a rampa. A cada dia um pouquinho pior. Eu sei que é assim. Isso é inexorável. Se eu me atirar no chão, virar uma cambalhota, vai continuar assim. Se eu não fizer... eu posso tomar o remédio que eu quiser que não vai mudar. Nada vai mudar, a evolução é assim, não tem o que mudar”. (Carlos)

“Eu acho que existem tantos males, mas eu acho que igual esse de faltar oxigênio em você não existe. Cheio de oxigênio por aí e você não consegue fazer a troca. Você vai inchando. Inchando não, vai preteando, sei lá. Você vai morrendo sem perceber”. (Ulisses)

Segundo Camargo, Camargo, Schio, Sanchez, Felicetti e Grupo de Transplante Pulmonar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – RS (2008), “para que possamos indicar transplante pulmonar, a probabilidade de o paciente estar vivo no ano seguinte, sem o transplante, deverá ser menor que a probabilidade de estar vivo no primeiro ano após o transplante” (p. 500). Essa realidade imprime o núcleo inegável de uma experiência traumática na vida desses pacientes. A possibilidade de ingressar na lista de espera está, estreitamente, relacionada à iminência da própria morte, a qual não encontra representação no inconsciente. Knobloch (1998), a partir das concepções ferenczianas sobre trauma, propõe que nele se constata que o sujeito *age a dor* por uma impossibilidade de representação, um excesso pulsional. Conforme a autora, “pensar que existem vivências que não são vividas no registro representacional nos leva a pensar no homem pulsional atravessado pelo inumano, naquilo que, no sujeito, não é especificamente humano” (p. 109). A descrição da autora

possibilita pensar, por aproximação, na situação dos participantes desta pesquisa. São pacientes em lista de espera por um transplante de pulmão, os quais precisam lidar, diariamente, com o paradoxo da possibilidade de morte e a necessidade de investir num futuro que pode não haver.

A fim de dar conta da presença de intensidades psíquicas que escapam ao trabalho de simbolização e atribuição de sentido, Freud (1920/2006) introduz o conceito de pulsão de morte cujo “princípio é o desligamento, desunião da vida do sujeito com o objeto, da sexualidade com a palavra, do fato com a função da fantasia, etc” (Knobloch, 1998, p. 108). Percebe-se que a vivência de estar na lista de espera, traumática por excelência, produz efeitos que conduzem a pensar num processo de desinvestimento psíquico diante do excesso ao qual estas pessoas estão submetidas pela situação. Tal efeito pode ser constatado na fala de Carlos, ao se referir a uma “rampa” descendente em direção à morte, num ritmo contínuo, independente dos esforços para impedir essa progressão. A constatação da proximidade da morte pela impossibilidade de respirar, movimento básico da manutenção da vida e, pela evidência do encurtamento da existência, como fala Gilberto, aludem a uma *expressividade congelada* situações nas quais o psiquismo luta contra a morte “que o levaria à submersão pelo transbordamento energético e à concomitante interrupção dos movimentos de investimentos” (Labaki, 2001, p. 62).

“Aí meu sobrinho disse: não, primeiro os deficientes. Eu era quem era o deficiente. Eu fiquei pensando: que filho da puta, me chamou de deficiente. Nunca ninguém falou isso pra mim. Pô, eu sou um deficiente pulmonar, é verdade. É muito engraçado”.
(Jorge Miguel)

“Quer dizer, ruim de saúde não. Eu sou bem de saúde. Muito bem por que a única coisa que eu tenho é o meu pulmão ruim”. (Antônio)

“Falei um dia pra ele: olha doutor, eu não aguento mais, eu acho que vou me dar um tiro! A gente não tem coragem pra fazer as coisas, mas de tanto sofrimento... não aguentava tanto hospital, hospital, hospital. Morava, bem dizer, dentro do hospital”.
(Ulisses)

“Tirando isso eu tive dois filhos, ganhei parto normal, graças a Deus. Tenho um útero bom, um coração... fiz cateterismo e não deu nada no coração, minha pressão é boa. É só o pulmão, é só o pulmão, mas o pulmão pra mim faz um grande estrago”.
(Cristina)

A partir do material trazido pelos participantes, percebe-se que o fato de se defrontar com a irreversibilidade de uma doença, e as limitações decorrentes de seu avanço, desencadeia

reações que buscam uma tentativa de significar a ocorrência do adoecer em suas vidas. A perda da função pulmonar, caracterizando uma deficiência pulmonar, como refere Jorge Miguel, indica a necessidade de um importante trabalho de elaboração frente ao luto pelo comprometimento de uma importante função vital. Para Freud (1917/2006), o luto pressupõe um trabalho a ser realizado pelo ego para adaptar-se à nova realidade imposta pela ausência daquilo que era amado. Somente após a compreensão do que foi perdido, da ressignificação e transformação desta relação, o trabalho de luto pode ser finalizado, estando, então, a pessoa preparada para investir em outro(s) objeto(s). Por vezes, deparar-se com a dor advinda da necessidade de elaboração da perda parece beirar o insuportável, suscitando o desejo de cessar esse sofrimento dando cabo à própria vida, conforme menciona Ulisses num momento de desespero diante de constatação da irreversibilidade de suas impossibilidades físicas.

“Por que até uns 10, 20 anos atrás era difícil um paciente com fibrose cística chegar à fase adulta. Tanto é que quando eu descobri, que falaram assim pra mim, pra minha mãe, pra minha tia que dificilmente eu chegaria aos dezoito anos. Hoje eu estou com trinta e dois”. (Júlia)

“De uma hora pra outra tinha que parar de fazer tudo por que tinha adoecido (...). Igual os médicos já tinham falado comigo que não tinha cura, que não podia fazer o transplante. Não podia fazer por que tinha tuberculose, por que era contraindicado”. (Gilberto)

“Eu comecei a ter problemas e aí eu comecei a pensar ‘pô, onde que eu vou chegar desse jeito que só estou piorando e, piorando tão rápido assim mais um ano, se eu não tomar nenhuma providência eu vou estar em casa com oxigênio sem poder sair’”. (André)

“Só tinha ouvido falar de transplante, mas não sabia de nada. Eu disse pra ela ‘Doutora tem jeito da gente arrancar esse (pulmão) fora e jogar fora e botar um outro dentro pra não encher o saco’? (Antônio)

“O médico me disse ‘olha, lamento te informar, mas teu caso é transplante. Transplante?É, teu caso não tem solução, é transplante’. (Carlos)

O diagnóstico de uma doença crônica, irreversível, de prognóstico desfavorável produz, como se pode perceber nas falas acima, intensos sentimentos de desesperança. Tal como assinalado por Carlos, a indicação para transplante pulmonar, considerado uma doença codificada pelo Código Internacional de Doenças – CID (Organização Mundial da Saúde, 2000) remete ao impacto do enfrentamento com aquilo que parece não ter solução. Embora para esses sujeitos o transplante se constitua na única alternativa para seguirem vivos, na

verdade eles trocam de diagnóstico, porém permanecem portadores de uma doença que requer cuidados por toda sua existência. Labaki (2001) aborda o impacto na economia narcísica do sujeito frente aos primeiros momentos nos quais perde a ilusão de imortalidade, considerando que tal situação “coloca o sujeito desaparelhado e impossibilitado de conseguir tecer ou criar para si um mito capaz de oferecer suporte fantasmático para a angústia desencadeada com a idéia da própria extinção” (p.62). Conforme a autora, a expressão de tal angústia dar-se-á por manifestações que variam desde forte apelo emocional expressivo até, sob outra face, à tensão paralisante ou à apatia quase catatônica.

Uma vez que o enfrentamento da doença e a possibilidade de transplante, invariavelmente, implicam a necessidade de cuidados, é exigido, nessa situação, também, o envolvimento de outras pessoas. Na maioria das vezes, essas pessoas são as mais próximas, ou seja, os familiares do paciente que se encontra na situação de espera pelo transplante. Machado (2006) salienta a importância da avaliação, por parte dos profissionais da equipe de transplante, das condições de suporte familiar com as quais conta o paciente candidato ao transplante. Para tal, deve ser levada em conta a necessidade do envolvimento de outras pessoas na demanda de cuidados necessários. Dessa maneira, a espera por um transplante pulmonar é compartilhada pela família e, mais do que isso, exige dela uma dedicação intensa, por vezes, exclusiva. Tal envolvimento é referido pelos participantes desse estudo como fonte de preocupações:

“... é um baita de um transtorno fazer esse, esse transplante aí, tanto pra mim, como para família”. (Cristina)

“Estou já há 14 anos com ela, mas ela é uma criatura extremamente compreensiva, carinhosa, dedicada. Quando está comigo não deixa nem eu tirar meus tênis. Ela diz ‘não, tu não deve te abaixar’. Ela me trata com aquele cuidado mais que as minhas filhas”. (Carlos)

“A gente sabe que vai ter uma turbulência, então, eu não queria envolver mais gente só que é uma coisa inevitável. E também poderia ter ele (o namorado) outra pessoa que pudesse causar um outro tipo de sofrimento maior. Então eu penso meio por esse lado”. (Júlia)

Percebe-se pelas falas dos participantes que, embora fonte de preocupação, o envolvimento daqueles com quem mantêm vínculos importantes é inevitável. Trata-se, segundo Silva, Guedes Moreira e Souza (2002), da existência de laços afetivos que demarcam uma estrutura familiar que se torna “responsáveis pelo envolvimento de todos os seus entes no

enfrentamento de qualquer situação. A ocorrência de uma condição crônica de saúde não é exceção” (p.44). As falas seguintes ilustram essa situação:

“Mas eu evito falar. Mas eu não posso falar, ficar pra baixo, por que a minha família toda fica pra baixo”. (Gilberto)

“Pois se meus filhos, meu marido vendo que eu estou sofrendo, eles vão ficar muito tristes. Nem que eu chore escondido deles, nem que eu choramingue escondido deles. Nunca deixo que eles me vejam chateada. Eu não deixo transparecer pra eles, não deixo, não deixo”. (Cristina)

“Então é isso que eu digo que eles vão, que eles vão sentir muito porque eles fazem muita questão, sempre, de estar perto de mim, de brincar e aqueles rolos e eu sei que vou fazer falta pra eles como me faria falta eles sobre certos aspectos. Então quando a gente perde alguém que a gente gosta, que a gente está habituado, é uma coisa muito ruim e eu sei que eles vão passar muito mal”. (Carlos)

“Eu deixei tudo organizado, porque se eu morrer amanhã meus filhos não se incomodam com nada. É pouco o que eu pude deixar, por que eu me descapitalizei bastante com a doença”. (Antônio)

Os laços afetivos que caracterizam uma estrutura familiar são importantes e fundamentais no processo de enfrentamento de uma doença grave, especialmente, nessa situação de espera por um transplante. Tais vínculos favorecem, também, processos identificatórios. Silva, Guedes Moreira e Souza (2002), ao avaliarem o envolvimento familiar no enfrentamento da doença, referem que “fica claro que a doença de uma pessoa também é a doença de sua família” (p. 44). Assim, pode-se compreender o movimento expresso na preocupação relacionada a evitar o sofrimento dos familiares e pessoas próximas como uma frágil e precária tentativa de evitar o próprio sofrimento. Constata-se, porém, que os cuidados e a dedicação prestados pelos familiares suscitam sentimentos ambivalentes nos participantes, os quais são assim verbalizados:

“Ele é um guri novo e eu acho que ele está perdendo a vida dele por causa minha. Eu até me sinto culpada por causa disso e eles não querem que eu diga, que eu fale assim, mas eu me sinto culpada por ele estar deixando de viver a vida dele pra viver a minha junto comigo”. (Cristina)

“... o que mais me incomoda estar em lista é o trabalho que eu dou pra minha família (...) Eu nunca fui de ter uma pessoa cuidando de mim. Eu acho isso horrível. Mas eu comecei a ver que não é uma pessoa, é minha avó. Não é uma pessoa, é a minha mãe,

não é uma pessoa, é o meu pai, minha tia, minhas primas, minha namorada”. (Jorge Miguel)

“Eu faço isso, sempre fui assim. Não gosto, eu me sinto mal. Que nem deixar a minha namorada ou ainda quando a minha mulher era viva e tudo, carregar alguma coisa mais! Nunca! A gente tem que carregar. Agora não posso, então não posso e a minha namorada hoje faz isso. Ela é pequena...” (Carlos)

Tal percepção parece relacionar-se com a ambivalência diante da constatação da necessidade dos cuidados oferecidos pelos familiares e, com isso, da impossibilidade de negar a fragilidade que a doença impõe. Ou seja, ao mesmo tempo em que se fazem necessários esses cuidados, eles reforçam a incapacidade dos participantes de exercerem suas atividades básicas cotidianas, remetendo-os ao reconhecimento da castração advinda das limitações físicas impostas pela doença pulmonar. Freud (1923/2007) postula sobre a relação entre o ego e o ideal do ego na dinâmica que origina o sentimento de inferioridade, como uma expressão de condenação do ego por sua instância crítica. Tal sentimento, é observado na fala de Carlos, que já não pode mais exercer suas atividades, percebendo-se impotente, sentindo-se mal por isso. Percebe-se também no material das entrevistas a referência constante ao efeito da presença de alguém por perto:

“Ter uma pessoa a mais para te dar força, é uma pessoa a mais que você tem pra lutar, ficar firme. Para se você estiver chateada, estiver deprimida, ela está ali pra te escutar”. (Júlia)

“A família, com certeza, família, os amigos, isso aí é fundamental. Com a preocupação de como você está, como você não está, se você não está bem (...) tudo isso dá força”. (Júlia)

“Pra gente enfrentar o transplante, saber que vai ter uma pessoa que se preocupe com a gente. Eu acho, porque a gente tem que ter um motivo pra gente viver também, querer lutar pelas coisas”. (Cristina)

“E quando eu vejo um amigo meu vindo aqui me visitar, as pessoas gostarem de mim, mesmo eu estando assim, sabe, com infecção. Isso me deixa feliz, sabia. Fico assim, pô, a pessoa gosta de você mesmo. Ai você vê assim ‘pô, viver é bom’”. (Jorge Miguel)

Sentir-se gostado, como refere Jorge Miguel, rodeada de amigos e familiares, como diz Júlia ou ter alguém que se preocupe, como mostra Cristina em sua fala, parece criar uma atmosfera de acolhimento diante do desamparo vivenciado pela situação de adoecimento e espera pelo transplante. O reconhecimento da atenção e carinho recebidos por parte dos

participantes implica, necessariamente, o reconhecimento de outros da frágil situação na qual se encontram, configurando dessa forma a presença do fenômeno da ambivalência nessa modalidade de vínculos afetivos. Porém, o impacto positivo do fato de se perceberem como objeto de investimento amoroso do outro não pode ser desprezado. A aceitação manifesta no acolhimento, assim como os cuidados oferecidos por estas pessoas próximas aos pacientes, revelam a importância dos cuidados no processo de enfrentamento da doença. Dessa maneira, desfrutar e reconhecer o valor do afeto oriundo desses vínculos surge como uma importante estratégia na demanda de processar e dar significado a tal vivência e assim inseri-la no campo subjetivo dessas pessoas. Para Maia (2003), “em seus aspectos positivos, diríamos que o trauma ‘chama’, provoca a narrativa, na medida em que afeta, desestabiliza momentaneamente as construções psíquicas operantes, podendo provocar desdobramentos de formas, sentidos e significações” (p. 94). Na busca desses desdobramentos, os vínculos assumem sua relevância no processo de adoecimento.

A dor presente na condição de espera atualiza outras dores, trazendo ao cenário as perdas da história. Os participantes contam de tempos nos quais os vínculos afetivos sofreram abalos importantes:

“Meu pai morreu quando eu tinha dezessete anos (...) Ele teve hepatite, hepatite...ele morreu aos quarenta e oito anos, quarenta e oito anos”. (Gilberto)

“Com dezoito anos minha mãe faleceu e aí eu tive uma telectazia no pulmão. Apareceu uma telectazia no pulmão direito, só que os médicos falavam pra mim, aí eu demorei a aceitar a minha internação porque de uma certa forma eu estava me sentindo mal”. (Júlia)

“Ah, esse período assim, final de ano até agora foi bem conturbado pra mim (...) Logo em janeiro tive que internar de novo, aí depois eu já estava melhor e tudo mais e aí perdi uma amiga, acabou falecendo em janeiro (...) foi mais um baque, mas eu consegui me manter. Agora em fevereiro de novo eu perdi outra amiga também. Bem amiga minha mesmo. Foi outro baque. Isso eu custei pra passar. Acho que tudo isso acaba contribuindo também pra gente que tem o pulmão mais sensível, qualquer coisinha já é motivo pra ter uma piora”.(André)

“Eu fui morar junto e depois nos separamos (...). Com esta daí não teve jeito, menina nova lidar com doença é fria. Aí a pessoa quer sair, você está mal, você não pode sair. A pessoa quer fazer uma loucura, um negócio assim, tipo ah, sei lá... (...) E isso eu acho chato, sabe. Isto é uma coisa que a doença me, é uma coisa que eu acho assim

que... não volta mais. Não é por causa da menina não, é por causa da situação”.
(Jorge Miguel)

Como já referido, o enfrentamento com perdas demarca a trajetória dos participantes do presente estudo, desde épocas iniciais até a situação em que se encontram. A dor das perdas aparece nas falas, associada aos padecimentos do corpo. A intensidade do vivido parece romper as diferenças entre o que é do corpo e o que é de ordem psíquica. Desses sujeitos a realidade exige um frequente trabalho de luto para poder dar conta das sucessivas perdas por ela impostas. Diante dessa exigência, da constatação das perdas que a realidade apresenta, ocorre a exigência de um trabalho de luto como postulado por Freud (1917/2006), necessariamente há uma retirada de interesse, de investimento libidinal da realidade anteriormente mantida com o objeto perdido. Dessa maneira, até que a elaboração psíquica necessária ocorra, um investimento em novos objetos fica prejudicado. Pensar a situação na qual se encontram pessoas que aguardam pelo transplante pulmonar levando em consideração o efeito de um desinvestimento na vida gerado pelas perdas decorrentes de seu estado, como mostram as falas dos participantes, permite refletir sobre a condição de fragilidade egóica que os acompanha. Os participantes deste estudo são pessoas para as quais, cotidianamente, o paradoxo da espera por um transplante como condição de manter a vida denuncia o eminente risco de morte.

Nas experiências relatadas a partir da singularidade da história de cada participante, caracterizada pelo intenso estado de desamparo devido ao adoecimento imperioso e progressivo, que os coloca na lista de espera pelo transplante pulmonar, evidencia-se a importância do espaço de acolhimento oferecido por aqueles que os acompanham. Tal evidência dá conta da quarta e última categoria final encontrada nesse estudo denominada *A experiência do desamparo e o acolhimento no cuidado via outro*.

O status de estar em uma lista de espera por transplante pulmonar configura a complexidade de um cenário no qual os personagens principais, os candidatos ao procedimento, colocam-se numa posição não só de observadores do entorno social, mas de sujeitos muito suscetíveis às ações dele advindas. Trata-se aqui da relevância de considerar as possíveis repercussões dessa interação indivíduo e sociedade no cenário da espera.

“Várias pessoas que eu já conversei, aqui mesmo, com as pessoas novas aqui, que a gente acaba falando na rua ‘ah, estou na lista de transplante e tal’. Elas ficam até comovidas e aí falam que vão mudar o estilo de vida, que fumam ou que bebem e tudo mais. E aí você vê que fica o exemplo na hora. Depois, passou uma horinha, já, já esqueceu”. (André)

A fala de André destaca a falta de reconhecimento social da real situação em que se encontram as pessoas que necessitam e esperam por um transplante. Constata-se a necessidade desses candidatos falarem sobre suas demandas – as quais implicam no risco permanente de perder a condição de estar vivo – ,na tentativa de poder, também, processar psiquicamente o excesso configurado nessa vivência. No entanto, diante da insensibilidade social percebida, o estado de desamparo, inerente a tal vivência, permanece inalterado incrementando ainda mais o sentimento de desesperança. O significado de estar em lista de espera por um transplante associa-se, segundo os participantes, a um sentimento de privação da própria liberdade, visto que a chamada para o procedimento cirúrgico esperado implica uma disponibilidade permanente:

“Pra mim, estar na lista de espera significa o seguinte, aqui é para ser bem sincero: o que eu mais sinto falta é da liberdade que eu não tenho mais”. (Jorge Miguel)

“Vou passear lá na zona sul, vou ao shopping, vou pra cá, pra lá, mas fico aqui por dentro de Porto Alegre. Não saio não me retiro longe, por que se eles me chamarem, no máximo, com vinte minutos eu estou aqui dentro da Santa Casa”. (Antônio)

“Eu tenho procurado não sair praticamente de Porto Alegre (...) estou procurando me manter dentro daquilo ali pra não perder a chance que eu sei que vai ser a única pra mim”. (Carlos)

As limitações impostas pela condição de espera suscitam, também, sentimentos contraditórios nos pacientes. Ao mesmo tempo em que o ingresso na lista se oferece como a única chance de sobrevivência, assumir essa possibilidade como única alternativa de vida significa tomar contato com a ideia da própria morte, próxima e inevitável, que o fracasso ou a não da ocorrência do transplante denuncia.

“... o ser humano tem uma coisa muito legal, ele se adapta a qualquer situação. Só quando ele não está afim mesmo de se adaptar, está a fim de morrer, o cara não adapta”. (Jorge Miguel)

“... agora pelo menos eu tenho uma opção. Primeiro eu só tinha uma que era o crematório ou o João XXIII. Agora eu tenho duas, ou lá, ou aqui”. (Carlos)

“Você estar na lista é bom, por que você começa a conversar com os médicos... é o que eu sempre falo, você ainda tem uma solução para o problema”. (Jorge Miguel)

Considerando que os pacientes com uma pneumopatologia terminal necessitam cuidados e para isso contam com a ação de outro, a reação da sociedade também pode ser pensada como facilitadora ou não da espera. Desta forma, Jorge Miguel e Ulisses abordam as repercussões sociais frente à condição de ser um portador de pneumopatologia terminal:

“... que eu sinto falta é de um apoio maior para as pessoas que eu acho que não tem. Inclusive eu. Quando eu cheguei aqui, eu custei para achar um lugar para morar”. (Jorge Miguel)

“A gente acaba ficando conhecido. Chama atenção. De repente andando na rua com um bujão de oxigênio, né. Tem gente que não sabe o que, outros acham que é uma doença contagiosa”. (Ulisses)

A falta de apoio referida traz a constatação da falta de atenção a determinados cuidados imprescindíveis e específicos referentes, por exemplo, à inevitável mudança de cidade para esses pacientes. A condição de espera parece, também, produzir no próprio paciente alterações em relação à percepção de sua relação com o outro, como pode ser identificado na reflexão de Jorge Miguel:

“... você começa a valorizar mais algumas nuances, algumas passagens de alguns fatos que acontecem com você que você antes não dava valor. Um toque, um abraço, um olhar assim. Para outros passa batido, para outros de jeito nenhum”. (Jorge Miguel)

A realidade de ser incluído na lista de espera por um transplante, também, contempla o acompanhamento de uma equipe de profissionais que se torna responsável por muitos requisitos de cuidado clínico desses pacientes. Assim, a equipe emprega boa parte de seus esforços no sentido de promover uma preparação para a possibilidade de chamado para um transplante. É necessário e vital que esses pacientes estejam preparados, ou seja, estejam nas melhores condições possíveis para a realização de um procedimento cirúrgico de grande complexidade, como importantes desdobramentos futuros. Dessa maneira, uma importante relação se estabelece com a equipe neste período de espera sendo referida pelos participantes:

“... apesar da minha limitação pulmonar está sendo, estar aumentando gradativamente, eu me sinto mais preparado fisicamente do que antes (...) do físico mesmo, sabe, eu me sinto com mais energia e tudo mais”. (André)

“... então tem pessoas que além de ter talento tem uma sensibilidade que é uma coisa impressionante. Eu vejo aqui no hospital tem muita gente assim e isso ajuda a gente a poder melhorar”. (Jorge Miguel)

“Eu estou me sentindo completamente seguro por que se eu estivesse na minha cidade eu não teria os recursos que eu tenho e que já tive aqui na emergência. No atendimento da emergência, no atendimento da equipe mesmo de transplante”. (Ulisses)

O trabalho desenvolvido pela equipe de transplante que atende a esses pacientes possibilita uma experiência de acolhimento, constatada nas falas dos mesmos. Frente às limitações físicas impostas pelo adoecimento progressivo, os recursos oferecidos pela equipe médico-hospitalar, como refere Ulisses, produzem um efeito que busca apaziguar a gravidade frente ao traumático:

“... talvez fosse angustiante, mas a minha impressão é a seguinte, no momento que eles disserem ‘está aqui’ então eu só me entrego por que eu sei que estou em boas mãos. Óbvio que eu sei que se alguma coisa acontecer não vai ser por falha deles, vai ser por algum problema meu, de deficiência minha alguma coisa que eu não reaja de acordo e não por culpa deles”. (Carlos)

“Talvez não volte mais pra minha cidade definitivamente. Monte residência aqui em Porto Alegre. Não que eu vá deixar de ir a minha cidade ver meus filhos. Mas é como eu sempre disse a você ‘você estando no céu, você está do lado de Deus’. E a gente vê tanta coisa! E aqui é mais fácil”. (Antônio)

Evidencia-se que a relevância do acolhimento, referido pelos pacientes que se encontram em lista de espera, por parte da equipe que se ocupa do necessário e seus cuidados, produz efeitos que podem minimizar os efeitos traumáticos que tal situação impõe. A possibilidade de sentirem-se cuidados mesmo que, por vezes, de forma idealizada como refere Antônio que se diz perto de Deus, ou, dos deuses médicos, sinaliza investimentos da ordem da vida, da viabilidade de se identificarem com quem os cuida para que possam cuidar de suas vidas, mesmo que nelas sempre se faça presente a marca da fragilidade. A relevância do tema do cuidado via outro aporta para a importante dimensão, extrapola o cuidado físico, de poder ser acompanhado nesse difícil momento de espera. A equipe funciona como uma rede de apoio e de “para-excitação” para a intensidade que inunda a vida desses pacientes.

Considerações finais

O presente estudo buscou compreender a vivência de pacientes que se encontram em lista de espera para transplante pulmonar, pelos seus relatos dos mesmos sobre tal experiência. A partir da constatação da relevância de buscar compreender a complexidade dessa situação humana, o objetivo principal desta investigação foi dar voz a esses pacientes cujo padecimento os situa, inegavelmente, no limite da esperança de manutenção da vida. No decorrer das entrevistas com os participantes, se pôde constatar a intensidade de padecimentos físicos e psíquicos que se impõem em tal contexto. Embora esses participantes tragam a singularidade de uma história de vida nas suas falas, o cenário por eles descrito dá destaque a

elementos que permitem uma reflexão a respeito do desamparo vivenciado decorrente das intensidades com as quais esses sujeitos precisam se deparar cotidianamente. Suas vidas são marcadas pelos dramáticos efeitos de uma batalha entre o desejo de viver e a imposição da possibilidade de morte via precariedade de condições, e da imposição de cuidados necessários que escapam a qualquer possibilidade de controle ou domínio. Assim, se faz presente nos diferentes relatos dos participante a demanda de metabolizar o efeito do desenvolvimento progressivo de uma doença pulmonar, cuja gravidade fez esses personagens principais precisarem associar suas vidas à condição de serem pacientes em uma lista de espera por um transplante pulmonar.

As categorias encontradas neste estudo possibilitam o entendimento acerca da singularidade e da complexidade, tanto física quanto psíquica, implicada na condição de fazer parte de uma lista de espera por um transplante. Foi possível abordar o efeito gerado pelo fato de participar de um grupo, que experencia uma situação de espera, buscar a reconstrução dessas histórias a partir dos frágeis recursos psíquicos disponíveis, assim como constatar a fundamental necessidade de acolhimento por parte daqueles que acompanham essas pessoas em suas heróicas trajetórias. Faz-se importante, também, uma profunda reflexão, a partir de tais achados, a respeito do lugar que ocupam essas pessoas, incluídas numa lista de espera de transplante de pulmão considerando o âmbito social. Abordar esse assunto com seriedade implica a constatação de um desamparo intenso considerando-se o eminente risco de que a espera pelo transplante ou o seu fracasso, resulta em morte.

As situações escutadas durante as entrevistas, e expostas nas categorias encontradas neste estudo, convocam todos a uma reflexão sobre esse assunto, que assume uma dimensão social inegável. Evidencia-se a importância de dar ouvidos aos que poupam a fala pela necessidade de dosar o ar que circula tão fragilmente por seus pulmões. Levar essa discussão para a esfera social de forma comprometida resulta na possibilidade de transformar esses tempos de espera, viabilizando-lhes uma escuta que dê sentido a suas vivências.

Os aportes teóricos da Psicanálise abordados neste estudo permitiram o aprofundamento daquilo que foi direta e indiretamente referido pelos participantes. Pode-se constatar a temática do desamparo e seus inegáveis efeitos de padecimento, ambos fortalecidos toda vez que se desconsidera a dimensão humana que está, também, nos registros numéricos a respeito da realização de transplantes, seja no Brasil ou em outro país. Por trás de números, estão histórias de dor intensificadas por uma espera, que remete violentamente essas pessoas não só ao escoar do tempo cronológico, mas, sobretudo, ao risco de manutenção de suas próprias vidas.

Com certeza, tal temática não foi esgotada com este estudo. A partir dessas considerações se pode afirmar os evidentes benefícios que poderão advir da qualidade da escuta oferecida pela Psicanálise. Nessa modalidade de olhar o humano, ao priorizar a singularidade de cada história, essa teoria, método e técnica podem ser importantes instrumentos na (re)construção de recursos psíquicos que deem conta da necessidade de atribuir um significado àquilo que, por sua intensidade, configura a vivência traumática de uma espera pela vida.

REFERÊNCIAS

- Arruasi, M. L. G (2005). *Patologías orgánicas graves: enfoque y abordaje psiconalítico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Berlinck, M. T. (1999). *Dor*. São Paulo: Escuta.
- Camargo, J. J; Schio, S. M., Sanchez, L. B. (2006). Indicações e Seleção do Receptor Pulmonar. In V. D.Garcia, M. F.Abbud, J. Neumann, J. O. M. Pestana (Org.). *Transplante de Órgãos e Tecidos*. (2rd Ed. p.687-694) São Paulo: Segmento Farma.
- Camargo, J. J; Schio, S. M., Sanchez, L. B. (2007) Transplante de pulmão: indicações atuais. In: J. J. Camargo & F. D. R. Pinto. *Tópicos de atualização em cirurgia torácica*. Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica. Acessado em 20 de dezembro, 2007. Disponível em: [Acesso restrito] www.sbct.org.br.
- Camargo, J. J., Camargo, S. M., Schio, S. M., Sanchez, L., Felicetti, J. C. & Grupo de Transplante Pulmonar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (2008). Transplante Pulmonar. In A. B. Tarantino. *Doenças pulmonares*. (6rd Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Caporal, A (2005). Pulmões em evidência. *Revista Santa Casa*, 23, 114 Acessado em 25 dezembro, 2007. Disponível em <http://www.santacasa.org.br/revista/vermateria.asp>
- Delouya, D. (1999). A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto. In: M. T. Berlinck. *Dor* (pp.7-22). São Paulo: Escuta.
- D'Império, F (2006). *Crítérios de indicação e de seleção dos candidatos para transplante de pulmão*. Acessado em 20 dezembro, 2007. Disponível em: www.sopterj.com.br/revista/2006/vol_15_3/2006.
- Dockhorn, C. N. B. F., Macedo, M. M. K., Werlang, B. S. G. (2007) Desamparo e dor psíquica na escuta da psicanálise. *Barbarói*, 27, pp. 25 - 42.
- Ferenczi, S. (1933/1992). Confusão de línguas entre adultos e crianças. *Obras Completas de Sandór Ferenczi* (Vol IV). São Paulo: Martins Fontes.
- Figueiredo, L. C.(1999). *Palavras cruzadas entre Freud e Ferenczi*. São Paulo: Escuta.
- Freud (1895/1987). Projeto para uma psicologia científica. In: J. Strachey (Ed. & Trad.) *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1905/1989). Tratamento psíquico (ou anímico). In: J. Strachey (Ed. & Trad.) *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. VII pp.267-

- 288). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1914/2004). À guisa de introdução ao narcisismo. In: L. Hanns (Ed. & Trad) *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. I pp.95-131). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1915/1974). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: J. Strachey (Ed. & Trad.) *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV pp.280-312). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1917/2006). Luto e melancolia. In: L. Hanns (Ed. & Trad.) *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. II pp.99-122). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1920/2006). Além do princípio do prazer. In: L. Hanns (Ed. & Trad.) *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. II pp.123-198). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1921/1976). Psicologia de grupo e a análise do ego. In: J. Strachey (Ed. & Trad.) *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII pp.79-154). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1923/2007). O eu e o id. In: L. Hanns (Ed. & Trad.) *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. III pp.13-92). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1924/2007). O problema econômico do masoquismo. In: L. Hanns (Ed. & Trad.) *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. III pp.103-124). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1925/2007). A negativa. In: L. Hanns (Ed. & Trad.) *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. III pp. 145-157). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926/1976). Inibição, sintoma e angústia. In: J. Strachey (Ed. & Trad.) *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XX pp.81-171). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, (1927/1974), O futuro de uma ilusão. In: J. Strachey (Ed. & Trad.) *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI pp.15-63). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud (1930/1974) O mal estar na civilização. In: J. Strachey (Ed. & Trad.) *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI pp.67-148). Rio de Janeiro: Imago.
- Garcia-Roza, L. A. (1991). *Introdução à metapsicologia freudiana* (Vol. I). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora
- Garcia-Roza, L. A. (1995). *Introdução à metapsicologia freudiana* (Vol 3). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

- Garrafa, V.; Pestana, J. O. M. (2006). Bioética do Transplante. In V. D. Garcia, M. F. Abbud, J. Neumann, J. O. M. Pestana. *Transplante de Órgãos e Tecidos* (2nd ed). São Paulo: Segmento Farma.
- Gonçalves, M. O. (2001). Morte e castração: um estudo psicanalítico sobre doença terminal infantil. *Psicol. Cienc prof.*, 1 mar 2001, 21, 1 pp 30-41. Acessado em 30 Outubro 2009. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000100004
- Hornstein, L. (1989). *Introdução à psicanálise*. São Paulo: Editora Escuta.
- Hornstein, L. (2009). *Narcisismo. Autoestima, identidade, alteridade*. São Paulo: Via Lettera: Centro de Estudos Psicanalíticos.
- Knobloch, F. (1998). *O tempo do traumático*. São Paulo: EDUC.
- Labaki, M. E. P. (2001). *Morte*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Macedo, M. M. K, Gobbi, A. S., Waschburger E. M. P., (2004). O corpo na adolescência: território de enlances e desenlances. In: Macedo, M. M. K. *Adolescência e Psicanálise: intersecções possíveis*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Macedo, M. M. K (2006). *Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor*. Tese doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Machado, G. S. (2006). Psicologia no Transplante. In: V. D. Garcia, M. Abbud, J. Neumann, J. O. M. Pestana. *Transplante de órgãos e tecidos*. (2nd ed.) São Paulo: Segmento Farma.
- Maia, M (2003). *Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Menezes, L. S. (2008). *Desamparo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ministério da Saúde (2009). Transplantes de órgãos crescem 24,3%. Acessado em 3 de dezembro de 2009 http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10592..
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Educação*, 22 (37), pp. 7-31.
- Nasio, J. D. (2007). *El dolor físico*. Barcelona: Econobook.
- Organização Mundial da Saúde (2000). *Classificação estatística internacional de doenças relacionadas a saúde*. (10 Ed. Rev.) São Paulo: Editora Universidade de São Paulo
- Pereira, M. E. C. (1999). *Pânico e desamparo*. São Paulo: Escuta.

- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Silva, L. F., Guedes, M V. C., Moreira, R. P., Souza, A. C. C. (2002). Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paul Enfermagem*, 15(1) pp. 40-47.
- Uchitel, M. (1997). *Além dos limites da interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

O universo do transplante pulmonar oferece um vasto e valioso campo de investigação especialmente pela complexidade intrínseca a ele, a qual inclui o período que o antecede. Pacientes em lista de espera experienciam uma situação que os coloca numa posição de inevitável submetimento frente aos inúmeros aspectos que compõem esse cenário. Tendo em vista que, no Brasil, os transplantes pulmonares são realizados, atualmente, em três centros, a própria situação de inclusão na lista de espera faz com que grande parte das pessoas que necessitam dessa terapêutica precisem se deslocar para estabelecer nova residência nas cidades que centralizam a realização desse procedimento. Além disso, a indicação para ser paciente candidato ao transplante já põe em inquestionável evidência a gravidade de sua saúde física. A pessoa sabe que sua vida depende da possibilidade de receber um órgão alheio, compatível e sem risco de rejeição.

Dentre os fatores que escapam ao controle ou capacidade de planejamento do paciente também estão aqueles dos quais depende o êxito do possível procedimento. O espaço de tempo referente ao manejo do pulmão a ser transplantado, desde sua retirada do corpo do doador até o implante no receptor, se faz necessário que o candidato ao transplante esteja permanentemente disponível e próximo ao local de sua realização da cirurgia. Considerando os aspectos direta ou indiretamente envolvidos nesse processo de espera, torna-se inevitável uma reflexão a respeito do cenário de excesso que essa vivência proporciona. Além de ter que lidar com os cuidados clínicos imprescindíveis a sua sobrevivência, o sujeito se vê diante de uma espera que impõe uma mudança drástica na rotina de sua vida, que não tem tempo previsto de término e, tampouco, assegura uma certeza de êxito, mesmo que ele cumpra todas as exigências decorrentes de indicações médicas.

Adentrar nesse cenário na intenção de escutar o que essas pessoas, personagens desse drama real, têm a dizer sobre uma vivência de tal magnitude, não constitui uma experiência fácil. É preciso fazer uso de uma postura cuidadosa e ética que, acima de tudo, não perca de vista tratar-se de pessoas cujas vidas estão, indelevelmente, marcadas pela complexidade dessa experiência. No intuito de garantir a relevância à singularidade de cada um, e poder acessar aspectos comuns aos que compartilham tal situação de espera, a Psicanálise surge como recurso que viabiliza uma compreensão aprofundada do sofrimento implícito na situação de esperar por um órgão. Ao mesmo tempo em que a espera assegura um investimento psíquico na possibilidade de sobrevivência, também demonstra a gravidade do estado de saúde dessas pessoas. Exige-se delas uma capacidade de investir na vida, mas com o

fantasma da morte sempre por perto. A cada crise, na constatação da dependência de aparelhos para respirar, nas restrições do dia-a-dia, a fragilidade da vida se impõe.

Os aportes psicanalíticos sobre o trauma oferecem subsídios teóricos para que se possa pensar a respeito da intensidade psíquica da vivência de estar em lista de espera, ampliando a compreensão da complexidade envolvida nessa realidade. O adoecimento físico irreversível pela gravidade e necessidade de cuidados específicos é o centro das preocupações do universo do transplante pulmonar. A proposta de entendimento psicanalítico aporta outro olhar a uma situação muitas vezes, essencialmente, marcada por cuidados de ordem biológica. Não se trata de negar a exigência que eles impõem ao paciente e tampouco menosprezar sua relevância. Este estudo teve como objetivo central oferecer outro recurso de compreensão à dramática situação desses pacientes. Dessa forma, buscar uma leitura a respeito do que ali ocorre, desde o olhar da Psicanálise, significa aceitar o desafio de dar voz à dor que emerge de onde o ar quase não circula.

Pode-se constatar no transcorrer deste estudo que o envolvimento com a espera pelo transplante transcende ao próprio paciente. Os efeitos emocionais que essa situação produz repercutem em todos os que dela se aproximam. Assim, percebe-se a importância de espaços que visam amparar e processar as demandas emocionais advindas dessa situação.

Os avanços tecnológicos nessa área, bem como os critérios estabelecidos para a seleção dos candidatos ao transplante pulmonar, garantem os crescentes índices de realização desse procedimento e o decrescente índice de mortalidade desses pacientes nos anos seguintes. No entanto, as especificidades desse cenário, demarcado pela luta entre a vida e a morte, imposta pelo avanço da doença e a possibilidade que o transplante oferece, demanda ao sujeito um intenso e delicado trabalho de processamento das intensidades que lhe invadem. A complexidade dessa vivência revela, portanto, a necessidade de olhares que favoreçam uma ampliação na possibilidade de intervenções que minimizem a dor, tanto física quanto psíquica, que invade essa condição de espera.

O excesso advindo dessa condição configura uma vivência traumática por excelência. Esses pacientes, na trama singular de suas histórias, travam uma batalha diária e contínua pela sobrevivência, num jogo de forças de enfrentamento entre a possibilidade da própria morte e a urgência em investir na vida. Além de se confrontar com a proximidade de suas mortes, pela fragilidade física que o desenvolvimento de suas doenças lhes impõe, precisam lidar com a ideia da morte de outra pessoa para poderem continuar vivos. Dentre os achados do presente estudo chama atenção que, dos oito participantes, apenas um trouxe em sua fala a estranheza de pensar sobre a origem do órgão aguardado. Parece que a possibilidade de verbalizar sobre

essa dramática realidade, de pensar que alguém precisa morrer para que ele receba o pulmão, se mostra praticamente como uma violência a mais no cenário da espera. A relevância da escuta que a Psicanálise oferece em situações de dor psíquica, como se configura na traumática experiência desses pacientes, permite propor a criação de espaços que oportunizem a manifestação e a escuta de fantasias que permeiam o universo anímico desses pacientes, as quais, pela agressividade de seu conteúdo, também lhes atemoriza.

Cabe ressaltar que, ao ingressar na lista de espera, na condição de candidatos a transplante de pulmão, essas pessoas passam a ser acompanhadas por uma equipe de profissionais que monitora sua situação com o propósito de mantê-los clinicamente preparados para o transplante. Pela necessidade de um programa de reabilitação pulmonar, a equipe que compõe o quadro de fisioterapeutas que trabalham com esses pacientes os acompanham com uma frequência maior. Essa circunstância desenvolve, obviamente, uma maior proximidade desses profissionais com essas pessoas, o que transforma o espaço destinado para as atividades fisioterapêuticas em um lugar no qual as experiências e sentimentos característicos desse grupo de pacientes são compartilhados. Tal dinâmica demonstra o uso desses encontros como um recurso possível de falar sobre o que vivem, na tentativa de metabolizar o que se passa psiquicamente. Assim, a situação de cuidados ministrados por essa equipe de fisioterapeutas parece acionar uma demanda de cuidados de outra ordem. Isso gera um contexto de trabalho que vai além do que é exigido tecnicamente desses profissionais. Em decorrência dessa dinâmica observada, entende-se que a Psicanálise, desde seus instrumentais teóricos e técnicos, pode abrir a esses pacientes espaço diferenciado para um trabalho de reflexão e acolhimento das complexas experiências que têm a relatar.

Outro aspecto a ser destacado é a constatação, no decorrer do estudo, da importância de uma reflexão a respeito da necessidade de atenção aos cuidadores desses pacientes. No processo de espera os técnicos também se deparam com a experiência de morte de pacientes aos quais se vincularam afetivamente. A especificidade de demanda intensa de cuidados e de atenção configura uma situação que envolve e tem efeitos, também, sobre a equipe que administra a rotina de cuidados. Os profissionais que cuidam desses pacientes tanto no cenário da espera, como no período posterior ao transplante, estão, imersos em um campo de intensas demandas emocionais.

O estudo realizado teve como produto as duas sessões que compõem esta dissertação, as quais retratam o entendimento obtido sobre a vivência de espera por um transplante pulmonar. Ao finalizar esse processo de investigação se pode afirmar que o que foi alcançado, longe de encerrar o interesse por uma temática, abriu novos rumos de investigação. Os estudos

sobre transplante avançam e esse tipo de procedimento ganha um espaço cada vez maior no campo social por sua preciosa contribuição na manutenção de vidas humanas. Assim, campanhas publicitárias governamentais buscam traduzir a real importância de sensibilizar a população para a doação de órgãos que, cada vez mais, vem assegurando que pessoas como Jorge Miguel, Gilberto, Ulisses, André, Carlos, Antônio, Cristina e Júlia saiam da dramática condição de espera para a possibilidade de seguirem vivendo com a satisfação de respirar, simplesmente respirar por conta própria.

Não há dúvida da urgência em se fazer ouvir essas vozes, enquanto há ar para respirar, mesmo que vindo de um cilindro de oxigênio. O tempo, nessas histórias, marca uma dramática contagem regressiva rumo à morte. A complexidade da espera por um transplante implica o compromisso de fazer com que essa situação mobilize a todos os que sabem o valor de uma vida, fazendo com que as campanhas de doação de órgãos sejam cada vez mais bem-sucedidas.

Acredita-se que a Psicanálise pode juntar-se a essa causa como um valioso instrumento de construção de um espaço de subjetividade para que essas pessoas possam ocupar seus lugares de sujeitos de suas histórias, especialmente nas suas dores, e não apenas serem um número em levantamentos sobre candidatos a transplante de pulmão. Elas têm um nome, uma história e uma expectativa de seguirem vivas.

Diante das considerações aqui expostas, conclui-se que o presente estudo está longe de esgotar a complexidade do cenário que se propôs investigar. Contudo, acredita-se ter contribuído para a ampliação da compreensão da vivência de espera por um transplante desde uma perspectiva que dá voz a seu personagem principal, o sujeito que aguarda por um órgão alheio. As contribuições que os aportes psicanalíticos oferecem na reflexão sobre essa situação, assim como os benefícios da escuta, não deixam dúvidas sobre a dramaticidade de uma experiência humana demarcada por uma luta diária entre a vida e a morte.

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1293/08 Porto Alegre, 17 de novembro de 2008.

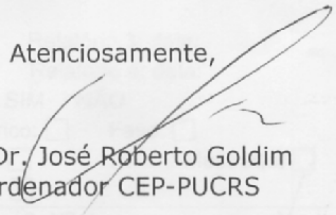
Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04417 intitulado: **"Candidatos a transplantes de pulmão: configurações traumáticas da espera pela vida"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,


Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador CEP-PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Monica Medeiros Kother Macedo
Faculdade de Psicologia
N/Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO B

**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Santa Casa de
Misericórdia de Porto Alegre**



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Rua Prof. Annes Dias, 295 – Telefone: (51) 3214.8080 – Fax: (51) 3214.8585
 CEP 90020-090 – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – CNPJ: 92815000/0001-68
 Site: www.santacasa.org.br – E-mail: marketing@santacasa.tche.br



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer nº 503/08

Protocolo nº 2017/08

Título: “As vicissitudes do traumático em candidatos a transplante de pulmão no Rio Grande do Sul”.

Pesquisador Responsável: Eduardo Garcia

Instituição onde se realizará – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Data de Entrada: 13/10/08

II- Objetivos – Investigar as vivências do candidato a transplante de pulmão em lista de espera para tal procedimento.

III - Sumário do Projeto:

Descrição e caracterização da amostra: A metodologia a ser utilizada é de cunho qualitativo. Atualmente a lista de espera, conforme informações concedidas pela coordenação clínica do Grupo de Transplante Pulmonar do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia, com 41 pacientes, todos residentes na cidade de Porto Alegre, mas provenientes de vários estados do país. A coleta de informações será interrompida no momento em que essas se tornarem repetitivas e não ocorrerem novas compreensões acerca do fenômeno.

Crterios de inclusão: Os participantes deste estudo serão sujeitos maiores de 18 anos, homens e mulheres que estejam em lista de espera, para transplante de pulmão no Rio Grande do Sul, vinculada ao Grupo de Transplante Pulmonar do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Estes participantes deverão ter condições clínicas, conforme avaliação médica, para participar da pesquisa.

Adequação das condições - Hospital escola com infra-estrutura adequada para a realização do estudo descrito.

IV -Comentários:

- **Justificativa do uso de placebo** – Não se aplica.

- **Análise de riscos e benefícios** – Segundo a pesquisadora o maior desconforto para os entrevistados será o tempo que deverão dispor para participar das 3 entrevistas de 60 minutos cada uma, em intervalos semanais, bem como a lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis. O benefício previsto será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ISCMPA Fone/Fax (51) 3214-8571 – e-mail:cep@santacasa.tche.br
 Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP / Ministério da Saúde
 IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
 Office for Human Research Protections (ORPH) sob número - IRB00002509.
 FWA – Federalwide Assurance sob número - FWA00002949.



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Rua Prof. Annes Dias, 295 – Telefone: (51) 3214.8080 – Fax: (51) 3214.8585
 CEP 90020-090 – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – CNPJ: 92815000/0001-68
 Site: www.santacasa.org.br – E-mail: marketing@santacasa.tche.br



- **Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo** – O termo de consentimento é claro e completo, consideramos adequado.

- **Informação adequada quanto ao financiamento** – Não há ônus à ISCMPA.

- **Outros centros no caso de estudos multicêntricos** – Não se aplica.

V – Parecer do Relator - “Após avaliação do protocolo acima descrito, o presente comitê não encontrou óbices quanto ao desenvolvimento do estudo em nossa Instituição”.

VI -Data da Reunião: 04/11/2008.

“Projeto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Aprovados”.

Obs.: 1 - O pesquisador responsável deve encaminhar à este CEP, Relatórios de Andamento dos Projetos desenvolvidos na ISCMPA. Relatórios Parciais (pesquisas com duração superior à 6 meses), Relatórios Finais (ao término da pesquisa) e os Resultados Obtidos (cópia da publicação).

2 - Para o início do projeto de pesquisa, o investigador deverá apresentar a chefia do serviço (onde será realizada a pesquisa), o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética.

Porto Alegre, 04 de Novembro de 2008.

Dr. Cláudio Teloken
 Coordenador do CEP/ISCMPA

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa que tem por objetivo principal investigar a vivência de pessoas que estejam em lista de espera para a realização de Transplante Pulmonar. Esta pesquisa está relacionada a uma Dissertação de Mestrado desenvolvida pela mestrandia Evelise Machado Pinto Waschburger, junto ao grupo de pesquisa “Fundamentos e Intervenções em Psicanálise”, coordenado pela Dra Mônica Medeiros Kother Macedo, no Programa de Pós-Graduação da PUCRS.

Tal estudo prevê a participação de indivíduos com idade acima de 18 anos, do sexo masculino e feminino, que estejam na lista de espera para transplante de pulmão no Rio Grande do Sul, vinculada ao Grupo de Transplante Pulmonar do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Para tal é necessário que você se disponha a participar de uma série de três entrevistas, que serão gravadas em áudio e nas quais serão abordados temas relativos a aspectos pessoais relacionados a espera pelo transplante, com duração aproximada de 60 minutos cada uma, em intervalos semanais. Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins de publicações científicas, mas fica assegurada a preservação do sigilo quanto à identificação dos participantes. O maior desconforto, para você, será o tempo que deverá dispor para participar das entrevistas bem como a lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico, assim como a possibilidade assegurada de receber encaminhamento para atendimento psicológico em uma instituição qualificada para tal.

Eu, _____ (nome do participante) fui informado(a) dos objetivos acima especificados, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido(a), do desconforto previsto, tanto quanto o benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) 81499631 da Psicóloga Evelise Waschburger. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado(a) de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento.

Assinatura do Participante	Data
Evelise M. P. Waschburger CRP 07/14326	Data
Mônica M. K. Macedo CRP 07/03039	Data

ANEXO D

Ficha de datos Sociodemográficos

Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos

Data: ____/____/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Sexo: _____

Data de Nascimento: _____

Idade: _____

Naturalidade/Nacionalidade: _____

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Amigado/União estável ()

Separado Judicialmente () Divorciado

Escolaridade: () Nenhuma () Fund. Incompleto/ Até que ano? ____ () Fund.

Completo () Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto ()

Superior Completo () Pós-graduação

Filhos: () Não () Sim. Idades? _____

Profissão: _____

Ocupação Atual: () Trabalhando () Em benefício () Aposentado () Nunca trabalhou

Renda provém: () Pensão () Salário () Ajuda de Terceiros () Outros:

Religião: _____ Praticante? () Sim () Não

DADOS FAMILIARES

Com quem você mora? () Sozinho

() Pai

() Mãe

() Irmãos – Quantos? _____

() Filho – Quantos? _____ Qual a idade? _____

() Companheiro(a) – Há quanto tempo? _____

() Avós

() Outros _____ (Especifique)

Alguém na família faz/fez tratamento médico e/ou psicológico? () Não () Sim

Quem? _____

Motivo: _____

Se faz, há quanto tempo? _____

Se fez, por quanto tempo? _____

DADOS DE SAÚDE PESSOAL

Tem atividade(s) de lazer () Não () Sim

Qual/ Quais? _____

Você já fez tratamento psicológico? () Não () Sim

Há quanto tempo? _____

Motivo: _____

Encontra-se em tratamento psicológico? () Não () Sim

Há quanto tempo? _____

Faz uso de medicação psiquiátrica? () Não () Sim

Qual? _____

Há quanto tempo? _____

Já fez uso de medicação psiquiátrica? () Não () Sim

Por quanto tempo? _____

DADOS DA LISTA DE ESPERA

Há quanto tempo encontra-se na lista de espera para transplante pulmonar?

Qual sua doença pulmonar de origem?

Há quanto tempo sofre dessa doença?

Algum outro familiar tem a mesma doença pulmonar? () Não () Sim

Quem? _____

A inclusão na lista de espera para Transplante Pulmonar trouxe alguma mudança significativa na sua vida? () Não () Sim

Qual/quais? _____

Qual sua cidade de origem? _____

Reside em Porto Alegre? () Não

Onde? _____

Sim

Desde quando? _____

Mora em: Imóvel próprio Imóvel alugado Outro. _____

Faz uso de algum auxílio governamental? Não Sim.

Especifique: _____

Desde a inclusão na lista de espera mantém algum acompanhamento sistemático?

Não Sim

Nutrição. Freqüência: _____

Clínico. Freqüência: _____

Fisioterapia. Freqüência: _____

Psiquiatria. Freqüência: _____

Outros: _____ Freqüência: _____