

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

**ANGÚSTIA E FANTASIAS RELACIONADAS AO PACIENTE
CARDÍACO CIRÚRGICO**

Dissertação de Mestrado

JOSSIELE FIGHERA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina Poli
Orientadora

Porto Alegre, junho de 2006

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

**ANGÚSTIA E FANTASIAS RELACIONADAS AO PACIENTE
CARDÍACO CIRÚRGICO**

JOSSIELE FIGHERA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia 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. Maria Cristina Poli
Orientadora

Porto Alegre, junho de 2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F471a Fighera, Jossiele
Angústia e fantasias relacionadas ao paciente cardíaco cirúrgico
/ Jossiele Fighera. – Porto Alegre, 2006.
94 f.
Diss. (Mestrado em Psicologia Clínica) – Fac. de Psicologia,
PUCRS.
Orientador: Prof^ª Dr^ª Maria Cristina Poli
1. Psicanálise. 2. Pacientes Cirúrgicos Cardíacos – Aspectos
Psicológicos. 3. Psicologia Clínica. I. Título. II. Poli, Maria
Cristina.
CDD 616.8917

Bibliotecária Responsável: Salete Maria Sartori, CRB 10/1363

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

Jossiele Fighera

**ANGÚSTIA E FANTASIAS RELACIONADAS AO PACIENTE
CARDÍACO CIRÚRGICO**

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Cristina Poli

Presidente

Profa. Dra. Bárbara de Souza Conte

Núcleo de Estudos Sigmund Freud

Profa. Dra. Liliane Seide Froemming

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*Ao meu noivo Guilherme, por todo
o apoio e carinho recebidos durante
esta caminhada.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Dra. Maria Cristina Poli, por aceitar uma iniciante na psicanálise, incentivando a pesquisa e motivando a seguir sempre em frente, apostando na minha capacidade e me ensinando a enxergar as coisas de uma outra maneira.

Às colegas de mestrado pela amizade, pelas conversas e pela receptividade em acolher uma ‘estrangeira’ na cidade.

Aos professores e as secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sempre tão solícitos quando precisei de ajuda.

Às colegas do grupo de Pesquisa em Psicanálise Bruna Pinto, Carla de Barros Menegat, Grasiela Cecatto, Maria Beatriz Tuchtenhagen, Maria de Lourdes Scarparo, Priscilla Caioli e Renata Beatriz da Silva por todo o companheirismo nesses anos tão importantes de nossas vidas.

À toda a equipe do Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul, aos profissionais que compõe o grupo de preparação psicológica aos pacientes cirúrgicos, a toda a equipe do Serviço de Psicologia Clínica, por terem me aceitado de braços abertos, confiado no meu trabalho e me acolhido carinhosamente em sua sala.

Ao meu noivo, Guilherme, por me fazer seguir em frente quando minha vontade era de parar, por me fazer pensar no futuro quando o presente não estava dando certo e por sempre estar ao meu lado, mesmo que não fisicamente, nos momentos mais difíceis.

À minha família, que mesmo estando longe, incentivou e investiu em um sonho que agora está se tornando realidade.

MUITO OBRIGADA

RESUMO

Foram elaborados dois artigos para a composição dessa dissertação de mestrado. O primeiro tem como objetivo buscar, a partir dos fundamentos desenvolvidos por Freud e retomados por Lacan, uma maior compreensão dos conceitos de angústia, fantasia e corpo em sua relação com pacientes cardíacos cirúrgicos. Evidenciamos, ao longo deste trabalho, a importância da função das fantasias como forma de conter a angústia dos pacientes em situação cirúrgica. Destacamos também a questão do corpo e da imagem corporal, visto que esses pacientes são submetidos a procedimentos agressivos e invasivos e têm seu corpo manipulado por uma equipe médica. São apresentadas algumas pesquisas atuais que mostram algumas questões relevantes sobre o tema. Entretanto, percebemos que ainda existem poucos trabalhos que utilizam o referencial psicanalítico como uma tentativa de integrar conceitos da psicanálise com a cirurgia cardíaca. No segundo artigo procuramos registrar as narrativas de pacientes cardíacos sobre a intervenção cirúrgica em situação de internação hospitalar. Este entendimento ocorreu com base na realização de entrevistas semi-dirigidas com os pacientes e na observação dos grupos de pacientes no período pré e pós cirurgia cardíaca. Alguns elementos se destacaram nesta pesquisa: o período pré-cirúrgico, a relação entre religiosidade e medicina, sintomas e fantasias, a hospitalização e o sentimento de dependência, o período pós-cirúrgico e a Unidade Pós Operatória e a manipulação do corpo e anestesia.

Palavras-chave: angústia; fantasias; imagem corporal; psicanálise; cirurgia cardíaca

Área conforme classificação CNPq:

7.07.00.00-1 (Psicologia)

Sub-área conforme classificação CNPq:

7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

ABSTRACT

Two papers were elaborated to compose this Master's dissertation. The first has as objective to find, based on Freud's theories and retaken by Lacan, a better comprehension on anguish, fantasy and body in its relation with cardiac surgical patients. Along the study, we evidenced the fantasy importance as a way to contain the anguish in patients in surgical situation. It was also stood out the body and corporal image issue, since these patients are submitted to aggressive and invasive procedures and have his/her body manipulated by a medical staff. Some currency surveys that show some relevant questions upon the subject are shown. However, we noticed that there are few studies that use the psychoanalytical reference as a way to integrate the psychoanalysis concepts with heart surgery. In the second paper we tried to register the cardiopath patients narratives upon the surgical intervention in a hospital internment situation. This understanding was based in semi-directed interviews with the patients and on patients' groups' observation in pre and post cardiac surgery. Some elements were stood out in this research: the pre-surgery period, the relation between religiosity and medicine, symptoms and fantasies, the hospitalization and the dependency feeling, the post surgery period and the Post-Surgery Unit and the body manipulation and anesthesia.

Key-words: anguish, fantasies, corporal image, psychoanalyze, cardiac surgery.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. PROJETO DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO: “Angústia e Fantasias Relacionadas ao Paciente Cardíaco Cirúrgico”	14
2. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS	41
3. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL	43
4. ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA: “Corpo, angústia e fantasias: um olhar da psicanálise sobre o paciente cardíaco cirúrgico”	45
5. ARTIGO EMPÍRICO: “O sujeito frente à cirurgia cardíaca: lidando com o desconhecido”	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
ANEXOS	97
ANEXO A – Resolução nº 002/2004 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia.....	98
ANEXO B – Normas de publicação da Revista “Estudos de Psicologia”.....	103
ANEXO C – Normas de publicação da Revista “Psicologia: Ciência e Profissão”.....	110

Ponte Poesia
(Instituto do Coração: Ponte de Safena)

Na sala fria
a mesa branca e impessoal
rodeada de vultos brancos
e indefinidos
que cifravam em linguagem curta o exato início da cirurgia

Na horizontal
a nudez de minha intimidade
mostrava
a impotência de minha vontade
perante os profetas da sobrevivência

Na embriaguez da anestesia
pretendo avisar
- quando abrirem meu peito
e tiverem meu coração nas mãos
por favor
não deixem cair meus poemas pelo chão, pilheriando
sobre poetas e sentimentos

Sylvio de Barros Reis
Borrador
1982

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado está inserida no Grupo de Pesquisa em Psicanálise coordenado pela Professora Doutora Maria Cristina Poli, na Linha de Pesquisa Intervenções em Psicologia Clínica, no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Esta é uma produção referente aos estudos sobre “A Construção da Fantasia” do Grupo de Pesquisa em Psicanálise. Esse tema surgiu do interesse em investigar as narrativas de pacientes cardíacos sobre a intervenção cirúrgica, bem como a relação da angústia e da fantasia com a situação de doença e necessidade de intervenção cirúrgica.

Tomamos como ponto de partida o referencial teórico de Freud e retomado por Lacan, em que buscaremos uma maior compreensão dos conceitos envolvendo corpo, angústia e fantasias em sua relação com pacientes cardíacos cirúrgicos. Especificamente, quando trata dos aspectos psicológicos envolvendo a cirurgia cardíaca, baseia-se nas idéias de autoras como Romano (1998/2001) e Ruschel (1989/1994/2000), que já há muitos anos trabalham e escrevem sobre o assunto.

Para executar esta dissertação, se elaborou um projeto de pesquisa intitulado “Angústia e Fantasias Relacionados ao Paciente Cardíaco Cirúrgico”, aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Também foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul. A partir do projeto, foram elaborados dois

artigos a serem submetidos à publicação em periódicos científicos, de acordo com a Resolução nº 002/2004 de 25/03/2004 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (anexo A), que refere a exigência de elaboração de um artigo de revisão de literatura pertinente ao tema pesquisado e um artigo empírico baseado nos resultados da pesquisa realizada.

O artigo de revisão da literatura é intitulado “Corpo, angústia e fantasias: um olhar da psicanálise sobre o paciente cardíaco cirúrgico”. Será encaminhado com vistas à publicação na revista “Estudos de Psicologia (Natal)” de classificação A pelo Qualis, sistema de avaliação de periódicos da CAPES e indexado nas bases de dados PsycINFO (American Psychological Association), LILACS (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), Sociological Abstracts (Cambridge Scientific Abstracts), PSICODOC (Colegio Oficial de Psicólogos/Universidad Complutense de Madrid), CLASE (Universidad Nacional Autónoma de México), Red ALyC (Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe), INDEXPSI (CFP/PUCCAMP), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e INDEXPSI – Periódicos. Nesse artigo, a revisão da literatura centra-se nos estudos desenvolvidos por Freud e retomados por Lacan, no qual buscaremos uma maior compreensão dos conceitos envolvendo corpo, angústia e fantasias em sua relação com pacientes cardíacos cirúrgicos. Primeiramente, são apresentados e discutidos os conceitos de angústia e fantasias, que são dois construtos importantes da psicanálise e que estão envolvidos com a questão da intervenção cirúrgica, principalmente quando se fala em pacientes cardíacos, por toda simbologia característica deste órgão. O texto também discute a questão do corpo como imagem corporal e como corpo pulsional, baseado nas idéias de Freud e Lacan, bem como de outros autores psicanalíticos. Após, o artigo aborda alguns aspectos do sujeito frente à cirurgia cardíaca, tais como o adoecimento e a hospitalização. Na busca de material teórico para a elaboração deste

estudo, percebemos a escassez de trabalhos dentro do referencial psicanalítico sobre pacientes cardíacos cirúrgicos.

O artigo empírico, intitulado “O sujeito frente à cirurgia cardíaca: lidando com o desconhecido”, será encaminhado para a revista “Psicologia: Ciência e Profissão”, de classificação A pelo Qualis e indexado nas bases de dados INDEXPSI - Periódicos e LILACS. Nesse artigo procuramos registrar as narrativas de pacientes cardíacos sobre a intervenção cirúrgica em situação de internação hospitalar. Nesse contexto, foi possível investigar alguns aspectos referentes ao período pré e pós-operatório e ao processo de hospitalização. Esse entendimento ocorreu com base na realização de entrevistas semi-dirigidas com os pacientes e na observação dos grupos. Foram observados, durante um período de três meses, os grupos de preparação psicológica de pacientes pré e pós-cirurgia cardíaca, que ocorrem semanalmente no hospital e possuem um caráter aberto. Também foram realizadas entrevistas com cinco pacientes, no período pré e pós-operatório. Neste estudo, alguns elementos se destacaram: os aspectos do período pré-cirúrgico, a relação entre religiosidade e medicina, sintomas e fantasias, a hospitalização e o sentimento de dependência, o período pós-cirúrgico e a Unidade Pós-operatória (UPO) e as questões relacionadas à manipulação do corpo e anestesia. Percebemos a necessidade de incluir o pós imediato em função dos aspectos abordados pelos pacientes com relação ao período em que permanecem na UPO, parecendo ser um período no qual o paciente encontra-se muito vulnerável e regredido.

A partir do exposto, a dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica foi concluída seguindo a proposta inicial apresentada no projeto de pesquisa, conforme havia sido encaminhada e aprovada pela Comissão Científica e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. No entanto, os objetivos inicialmente propostos no projeto foram um pouco modificados em função do que íamos analisando através da fala de cada um dos pacientes. Além disso, a observação dos grupos,

que a princípio funcionariam somente como um “apoio” com relação às entrevistas, acabaram tornando-se, ao lado destas, elementos fundamentais para a análise dos dados. E isso a pesquisa em psicanálise permite, pois é uma pesquisa *a posteriori*, em que os dados de uma pesquisa vão sendo “descobertos” por meio da própria relação que se dá entre pesquisador e participante, tendo o fator surpresa como essência.

1. PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

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

Jossiele Fighera

**ANGÚSTIA E FANTASIAS RELACIONADAS AO PACIENTE
CARDÍACO CIRÚRGICO**

Projeto de pesquisa para a dissertação apresentado ao Curso de Mestrado da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Profª. Dra. Maria Cristina Poli

Orientadora

Porto Alegre, novembro de 2005.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
	1.1 Angústia e Fantasia.....	18
	1.2 Aspectos Psicológicos Envolvendo a Cirurgia Cardíaca.....	20
2	OBJETIVOS.....	24
	2.1 Objetivo Geral.....	24
	2.2 Objetivos Específicos.....	24
3	QUESTÃO NORTEADORA.....	25
4	MÉTODO.....	25
	4.1 Opção Metodológica.....	25
	4.2 Participantes.....	26
	4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	26
	4.4 Instrumentos.....	27
	4.5 Procedimento de Coleta de Dados.....	27
	4.6 Procedimento de Análise dos Dados.....	29
5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	30
6	CRONOGRAMA.....	31
7	ORÇAMENTO.....	32
	REFERÊNCIAS.....	33
	APÊNDICES.....	36

1 INTRODUÇÃO

Teoricamente, o adoecimento é sentido pelo paciente como uma ruptura no processo normal de desenvolvimento, uma inadequação, um fenômeno indesejado que acomete o indivíduo e é capaz de mudar tudo que ele já havia estruturado até o momento. Além disso, o adoecimento não acomete unicamente o paciente, e sim toda sua família e o círculo social em que convive.

No caso da presente pesquisa, o adoecimento possivelmente traga consigo três agravantes: primeiro, trata-se de pacientes cardíacos; segundo, pacientes com indicação cirúrgica e, terceiro, o fato de que a internação hospitalar faz-se necessária.

Uma das hipóteses da pesquisa é que pelo fato de se tratar de adoecimento envolvendo o coração tudo ganha maiores dimensões, e isso pode acontecer porque o órgão em questão é visto pela nossa cultura como sendo o centro das emoções, dos sentimentos e da vida. Apesar de ser o cérebro o que realmente indica a morte de um indivíduo, é o coração que no discurso social é responsabilizado pelo fato. Embora existam doenças teoricamente mais graves e com pior prognóstico do que as cardíacas, esta última parece ser a que desperta maior ansiedade nas pessoas.

O segundo agravante - e hipótese de trabalho - diz respeito ao fato da pesquisa em questão envolver pacientes cardíacos com indicação cirúrgica, o que geralmente desperta fantasias com relação ao procedimento em si e ao período pós-operatório. Submeter-se a um procedimento cirúrgico pode gerar medo e ansiedade, pois o paciente vê-se obrigado a enfrentar o desconhecido, o novo, a perda de controle. Aliás, o próprio termo submeter-se ao evento cirúrgico já implica em passividade, indicando a posição que o paciente ocupa no procedimento.

Em função disso surge o terceiro agravante em causa nesta pesquisa, que se refere ao fato do procedimento requerer um período de internação hospitalar, o que pode contribuir para o sentimento de ruptura com a vida diária e com a perda da autonomia do paciente. A internação pode implicar uma série de sentimentos de desconforto, inclusive propiciando o processo de despersonalização, muito comum no ambiente hospitalar e em grandes períodos de internação, pois o paciente passa a ser tratado em função do quadro de sintomas que apresenta, e não mais pela sua singularidade enquanto indivíduo.

A escolha de pacientes cardíacos com indicação cirúrgica justifica-se em função de todos esses aspectos já citados, onde fica claro a influência dos aspectos emocionais e do componente subjetivo na maneira como esse paciente enfrentará e lidará com todo o processo. Além disso, de acordo com Mello Filho (1997), a ansiedade provocada pela possibilidade de uma intervenção cirúrgica pode afetar o paciente se este sentimento não é expresso e conscientizado.

1.1 Angústia e Fantasia

A obra freudiana destaca que a representação do sintoma corporal transcende a norma anatômica. Paralelamente ao desenvolvimento biológico, estrutura-se no homem, a partir das relações com seu semelhante, uma representação imaginária de seu corpo que o vincula também a uma ordem cultural e lingüística (Volich, 2000). Considerando-se os objetivos desta pesquisa, torna-se importante buscar conceituar angústia e fantasia, dois construtos da psicanálise que estão envolvidos com a questão da intervenção cirúrgica, principalmente quando se fala em pacientes cardíacos, por toda simbologia característica deste órgão.

A angústia é entendida, segundo a psicanálise, como algo vivenciado na ordem do desprazer, sendo conceituada como "um estado de afeto provocado por um acréscimo de excitação que tenderia ao alívio por uma ação de descarga" (Kaufmann, 1996, p. 36).

Estudos revelam que Freud lançou mão de duas teorias sobre a angústia. Conforme a primeira teoria, a angústia decorria de um afluxo de excitações que não puderam ser descarregadas, enquanto que na segunda teoria a angústia tinha como função indicar ao eu a iminência de um perigo (Kaufmann, 1996).

A primeira teoria apresenta caráter "involuntário, automático, inconsciente, explicável quando é instaurada uma situação de perigo análoga à do nascimento, que põe em risco a própria vida do sujeito." Já a segunda teoria possui caráter "voluntário, consciente, que seria produzida pelo eu, quando ameaçado por uma situação de perigo real" (Chemama, 1995, p. 14).

Conforme Garcia-Rosa (1984), é bastante claro que o corpo, segundo a teoria psicanalítica, configura-se e é entendido como um corpo fantasmático e não meramente como um corpo anátomo-fisiológico. Desde suas origens, o material das fantasias sempre foi muito estudado pela Psicanálise, pois ela entende a fantasia como sendo importante para que o paciente consiga lidar com os sentimentos de medo, tensão e desamparo que o invadem em momentos como esses.

A teoria freudiana entende o mundo das fantasias como situado dentro de um quadro de oposição entre o subjetivo e o objetivo, ou seja, o espaço da fantasia se dá entre um mundo interior que tende à satisfação de seus instintos e necessidades pela via da ilusão e um mundo exterior que impõe ao indivíduo os dados da realidade (Laplanche & Pontalis, 1993).

Seguindo com conceitos provenientes da teoria freudiana, fantasma ou fantasia, segundo Chemama (1995), significa "representação, argumento imaginário, consciente (devaneio), pré-consciente ou inconsciente, implicando um ou vários personagens, que coloca em cena um desejo, de forma mais ou menos disfarçada" (p. 70 e 71)

Especificamente no caso de pacientes cardíacos com indicação cirúrgica, a fantasia faz-se necessária para que o sujeito seja capaz de suportar tudo que está acontecendo, e qualquer que

seja o tipo de fantasia utilizada pelo paciente - por mais absurdas que possam parecer ao olhar da equipe de saúde - foi a única saída que o paciente encontrou para manter um certo equilíbrio, o que possibilita enfrentar a situação da melhor forma possível no momento.

Em um estudo realizado com 446 pacientes cardíacos cirúrgicos, Ruschel e Hoffman (1989) observaram a formação de três grupos de fantasia. O primeiro grupo relaciona-se às fantasias relacionadas ao período pré-operatório, onde os pacientes referem os sentimentos ligados aos riscos de morte existentes antes da intervenção cirúrgica. O segundo grupo é composto pelas fantasias ligadas ao momento da cirurgia, quando as maiores preocupações são com relação a possibilidade de morrer durante a realização da cirurgia. O terceiro grupo é com relação às fantasias relacionadas à fase pós-operatória, que são principalmente com relação aos cuidados dos profissionais, aos aparelhos (como o tubo endotraqueal e sonda vesical) e com relação à readaptação às atividades normais um tempo depois da saída do hospital.

Assim como as fantasias, é importante considerar que toda e qualquer doença - seja ela mental, somática ou comportamental - apesar de seu caráter desviante e regressivo, é ainda uma tentativa de estabelecimento de equilíbrio no organismo, que não foi capaz de enfrentar as tensões internas ou externas às quais está submetido (Volich, 2000).

1.2 Aspectos Psicológicos Envolvendo a Cirurgia Cardíaca

A relação entre saúde orgânica e processos psicológicos tem sido foco de muitos estudos na literatura ocidental. Desde a concepção aristotélica de entender o corpo como sendo a forma da alma até chegar aos modelos atuais que determinam com maior clareza a relação entre determinadas características psicológicas e doenças orgânicas, praticamente todos os modelos propostos se preocupam com o papel desempenhado pelas emoções no que diz respeito à saúde,

seja por seu valor adaptativo, participando do surgimento das doenças, contribuindo para sua permanência ou favorecendo seu agravamento (Iacovella & Troglia, 2003).

A relação da psicologia com a cardiologia já existe desde a Antigüidade, quando os estados emocionais agudos eram diretamente relacionados com as manifestações do sistema cardiovascular, porém, somente no século XIX é que a ciência começou a preocupar-se com pesquisas envolvendo a relação mente/coração (Romano, 2001).

Particularmente nos casos de doenças que acometem o coração, centro motor da circulação sangüínea, os efeitos de uma intervenção cirúrgica poderão ser exacerbados justamente pelo reflexo de mitificações em torno do órgão - como o fato de considerá-lo o centro de sentimentos, das emoções e sinônimo de vida (Romano, 1994). Complementando essa idéia, Dolto (1988, p. 147) acredita ser "no coração que o ser humano situa simbolicamente seus sentimentos de identificação, de confiança, de segurança passiva ou ativa e de trocas afetivas com seu semelhante humano."

De acordo com Ruschel (1994), isso acontece em função da cultura na qual estamos inseridos, o que faz com que a cirurgia cardíaca seja, muitas vezes, acompanhada de temores bem mais significativos do que outros tipos de procedimentos mais graves. As fantasias e crendices populares sobre a doença e também sobre a cirurgia cardíaca são muitas e podem interferir de maneira intensa o modo como os pacientes a enfrentam.

A gravidade e o risco de vida implicados na maior parte das doenças cardiovasculares, segundo Andreis e Leite (1999), são responsáveis por mobilizar o psiquismo, podendo com isso causar efeitos que podem tanto expressar uma dificuldade de reorganização interna como conduzir a possibilidade de crescimento pessoal.

De acordo com Bird (1978), na sua experiência como médico, é impressionante perceber a qualidade das reações dos pacientes frente à cirurgia. Em situações como essas, as pessoas

tendem a mudar. Elas se refazem, refinam seu autocontrole, limitam suas percepções e sentimentos, negam o perigo, aceitam o inevitável e conseguem, até mesmo, uma aparência de satisfação. Com a ajuda dessa mudança interna, o paciente não só se protege contra um medo e sofrimento avassaladores, mas se entrega também a um papel mais passivo, cooperativo e tratável. Por outro lado, o autor ressalva que ninguém deve se deixar enganar pela aparente contenção emocional de um paciente cirúrgico, pois subjacente a esta expressão há um grande medo de todos os aspectos que envolvem a intervenção cirúrgica, como a dor, a anestesia, medo de ficar desfigurado ou incapacitado e medo de morrer. Além disso, o medo da cirurgia tem uma base concreta, na medida em que representa um procedimento invasivo e agressivo ao corpo.

Conforme Angerami-Camon (2002), mesmo sem a intenção de negar que o passado de uma determinada pessoa irá influenciar não apenas em sua conduta, mas também em sua recuperação física, ainda assim não está errado a afirmação de que a situação de hospitalização é algo único enquanto vivência, não havendo a possibilidade de previsão anterior à sua própria ocorrência.

No processo de adoecer, é como se o paciente tivesse um confronto entre o que havia concebido para a sua vida anteriormente e a realidade que lhe é apresentada em termos de concretude existencial. É como se a hospitalização fosse capaz de levar cada paciente a um processo de revisão da própria vida. É como se de nada adiantasse as vivências anteriores ao surgimento de uma determinada patologia e de sua hospitalização decorrente (Angerami-Camon, 2003).

Romano (1998) afirma que cada paciente traz suas próprias fantasias para a experiência cirúrgica. Sendo assim, é necessário esclarecer que isto pode, de alguma maneira, afetar o modo como será vivenciado esse processo e até mesmo suscitar questões que propiciarão ou não outras reações psicológicas. Quaisquer que sejam estas fantasias, deve-se reconhecer o importante

significado que elas representam para o doente, a proporção e a influência que podem ter em toda evolução e recuperação.

Com relação a isso, Ruschel, Daut e Santos (2000) afirmam que quando os aspectos psicológicos não são considerados na situação de tratamento cirúrgico, poderá haver aumento da predisposição para complicações emocionais que prejudicam a convalescença, chegando a intensificar, em algumas situações, a morbidade no período pós-operatório. Para essas mesmas autoras, a cirurgia é uma experiência de muita ameaça na vida de qualquer pessoa, pois envolve uma carga emocional característica. A forma como cada um enfrenta esse tipo de intervenção poderá facilitar ou não a completa recuperação e readaptação à vida normal.

O momento da internação, segundo as idéias de Cosmo e Carvalho (2000), é vivido de forma extremamente dramática, não importando o tipo de cirurgia à qual o paciente será submetido, mas sim o modo como o paciente vivencia esse momento.

Santos (2000) também refere-se a esse assunto quando diz que o ser humano submetido a um procedimento cirúrgico passa por um período de grande estresse, devido às diversas agressões tanto físicas quanto psicológicas a que é submetido.

Para Romano (1998), as principais fontes de ansiedade no período pré-operatório são: 1) separação de casa, da família, de seu ambiente, de suas coisas; 2) o medo com relação à vida em si e; 3) ser forçado a assumir o papel de doente e antecipar questões diretamente relacionadas com o físico, tais como o ato cirúrgico, a dor e a perda do controle sobre si mesmo.

Em um estudo realizado por Jurkiewicz (2003) com pacientes no período que antecedeu à cirurgia cardíaca, todos os sujeitos da amostra apresentaram histórico de vivência de perdas no período anterior ao surgimento dos sintomas de doença cardíaca. Além disso, também foi verificado que, durante o período de internação hospitalar, a proximidade com as vivências de doença e terminalidade podem levar o sujeito a pensar sobre sua própria morte, e isso geralmente

remete o sujeito à lembrança da morte de outras pessoas que tenham algum significado especial para ele.

Já em outro estudo feito com pacientes cardíacos cirúrgicos realizado durante os 18 meses que se seguiram ao procedimento cirúrgico, Rabiner e Willner (1976), citados por Romano (2001), encontraram que em cerca de 15% dos pacientes estudados existia algum tipo de sintoma psiquiátrico, especialmente depressão, que não havia sido detectado enquanto o paciente estava no hospital.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Esta pesquisa tem por objetivo registrar narrativas de pacientes cardíacos sobre a intervenção cirúrgica.

2.2 Objetivos Específicos

- ❖ Investigar a representação da cirurgia e da hospitalização no paciente;
- ❖ Examinar a relação entre angústia e fantasia dos pacientes cardíacos sobre a doença e o tratamento.

3 QUESTÃO NORTEADORA

Tendo em vista os objetivos acima citados, a questão norteadora desta pesquisa é a seguinte: de que forma os pacientes cardíacos expressam a experiência de uma intervenção cirúrgica?

4 MÉTODO

4.1 Opção Metodológica

A presente pesquisa caracteriza-se por seu caráter qualitativo, da qual a psicanálise é um modelo próprio. Considerando-se os objetivos desta pesquisa, a metodologia escolhida parece ser a mais adequada, pois permite uma melhor compreensão dos dados subjetivos dos participantes.

Trabalhar qualitativamente implica em entender/interpretar os sentidos e as significações que a pessoa dá aos fenômenos que estão sendo pesquisados, e isso acontece por meio de técnicas de observação ampla e entrevistas em profundidade, que são considerados instrumentos necessários e suficientes para a coleta de dados. Além disso, a pesquisa qualitativa valoriza o contato pessoal e os elementos do *setting* natural do sujeito (Turato, 2003).

A pesquisa de caráter qualitativo caracteriza-se pelo cunho essencialmente descritivo, tendo como perspectiva principal a visão de processo. Os principais aspectos desse tipo de pesquisa são com relação a importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador (Patton citado por Goldim, 2000).

A psicanálise é definida por Violante (2000) como sendo uma teoria do psiquismo, um método de investigação do inconsciente e uma técnica terapêutica. Diferentemente da psicologia,

o termo psicanálise pressupõe ir além do comportamento e da consciência, indo em direção aos aspectos inconscientes do sujeito.

A principal característica do pesquisador psicanalítico, de acordo com Caon (1994), é no que se refere ao campo, ao objeto e ao método de pesquisa. O campo é o inconsciente; o objeto é o enfoque ou perspectiva a partir de uma posição em que é colocado o pesquisador psicanalítico, e o método é o procedimento pelo qual o pesquisador se movimenta pelas vias de acesso ao inconsciente.

4.2 Participantes

Participarão desta pesquisa pacientes cardíacos adultos que serão submetidos a procedimento cirúrgico, homens e mulheres. Esses pacientes estarão internados na Unidade Cirúrgica do Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul. As entrevistas serão realizadas com aproximadamente cinco pacientes, sendo que elas serão realizadas em dois momentos distintos: uma no pré-cirúrgico e a outra no pós, num total de dez. O número de entrevistados seguirá o critério de saturação (Muchielli, 1990). Essa saturação, segundo o autor, aparece na pesquisa qualitativa ao fim de certo tempo, quando os dados que são coletados deixam de serem novos, configurando-se uma estrutura comum sobre o fenômeno estudado.

4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Serão considerados *critérios de inclusão* o fato de ser um paciente adulto, portador de doença cardíaca e que irá submeter-se a cirurgia de troca de válvula cardíaca e/ou valvuloplastia, assim como cirurgia de revascularização do miocárdio.

Como *critérios de exclusão* serão considerados os pacientes transplantados e os que tiverem limitados ao leito (este último é um critério de exclusão somente do grupo, podendo os pacientes acamados participarem das entrevistas).

4.4 Instrumentos

Os instrumentos a serem utilizados nesta pesquisa serão observações dos grupos de pacientes cardíacos cirúrgicos (que ocorrem semanalmente na instituição) e entrevistas semi-dirigidas com os pacientes (em apêndice). Esses dois instrumentos são compatíveis com o método psicanalítico, que dispõe dos mesmos para melhor compreender tanto os fenômenos conscientes como os inconscientes que povoam o psiquismo humano.

4.5 Procedimentos de Coleta de Dados

Como procedimentos para a coleta de dados, o primeiro passo foi encaminhar uma cópia do projeto de pesquisa ao Serviço de Psicologia Clínica da instituição, para em seguida enviar o projeto ao Comitê de Ética e ao Comitê de Pesquisa da mesma.

Após receber o parecer favorável dos respectivos Comitês, será feito o contato com cada paciente, quando serão esclarecidos os objetivos da pesquisa. Se houver a concordância do participante, será lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Modelo para Entrevista (em apêndice) e, após sanadas todas as dúvidas, solicitar-se-á sua assinatura para, desse modo, dar início ao procedimento de coleta de dados da pesquisa.

A coleta de dados será dividida em três momentos: em um momento serão realizadas as entrevistas semi-dirigida com os pacientes pré-cirúrgicos, em outro momento serão realizadas as observações dos grupos e no terceiro momento serão realizadas entrevistas semi-dirigidas com os pacientes no período pós-cirúrgico. A entrevista será dividida em dois momentos (pré e pós

cirúrgico) na tentativa de se fazer um entendimento total do processo, e não um conhecimento fragmentado do período pré e pós cirúrgico. Esses momentos de pesquisa devem ser entendidos como sendo complementares, não possuindo uma relação de causa e efeito devido a ordem que os fatos acontecem. As entrevistas (em apêndice) serão realizadas individualmente, sendo, posteriormente, transcritas e analisadas. As entrevistas com os pacientes pré e pós cirúrgicos serão feitas no próprio quarto onde o paciente estará internado. No segundo momento (pós-cirúrgico) as entrevistas serão menos dirigidas que no primeiro, pois ela está diretamente relacionada com a maneira pela qual a primeira entrevista foi conduzida.

O objetivo das entrevistas será escutar o discurso dos pacientes a respeito da cirurgia e do que ela representa em sua história de vida, onde serão analisadas as fantasias e a angústia dos pacientes. As entrevistas serão gravadas em audiotape, tendo em vista a fidelidade da pesquisa. Asseguramos também a confidencialidade e o sigilo das entrevistas fornecidas, comprometendo-nos a desgravar as fitas após a conclusão do estudo.

As observações dos pacientes serão realizadas no momento dos grupos de pacientes cirúrgicos que são realizados e coordenados pelo Serviço de Psicologia da instituição. Estas ocorrerão semanalmente, durante um período aproximado de três meses, onde será observado a forma como os pacientes, inseridos em um grupo, falam sobre o procedimento cirúrgico. Após cada observação, será realizado um registro por escrito tanto das expressões gestuais como da fala desses pacientes. Para que essas observações sejam possíveis, será solicitada a autorização do grupo perante a apresentação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Modelo para grupo (apêndice), onde caberá ao grupo delegar uma pessoa responsável por sua assinatura.

4.6 Procedimento de Análise dos Dados

A análise dos dados das entrevistas serão examinados à luz de conceitos como angústia e fantasia tais como propostos pela teoria psicanalítica revisada, de modo a gerar um texto reflexivo por parte da mestrandia discutido à luz das teorização psicanalítica e da semelhança e diferença entre este e outros estudos empíricos já realizados. O registro das observações dos grupos auxiliarão na geração do texto reflexivo. Tanto nas observações como na leitura das entrevistas o olhar vai ser lançado em especial para indicativos de angústia e fantasias, que são as categorias básicas de análise.

Para Silva (1996), existe pesquisa psicanalítica sempre que existir interpretação das forças subjacentes a uma experiência, quer ela se apresente como uma relação entre pessoas ou em relação a produções humanas. O fundamental é que se trate dessa busca da determinação desconhecida, e não da representação convencional e lógica passível de mensuração e demonstração.

Tanto a psicanálise como a pesquisa clínica, para Sauret (2003, p.102),

não estão confinadas a um papel de exploração, de formulação de hipóteses novas que caberia à abordagem experimental validar. Ao contrário, o que numa dimensão universal - no que concerne ao sujeito da fala - só poderia ser verificado caso a caso, cabe ao psicanalista e ao pesquisador que o acompanha desenvolver a lógica que permite sustentar resultados a partir do particular, levando em conta, ao mesmo tempo, as exigências da ciência.

Em pesquisa psicanalítica, o autor deve assumir a posição de principal participante e essa é uma condição que deve ser enfatizada como premissa básica da relação entre o mundo subjetivo do autor e o mundo objetivo da realidade investigada (Iribarry, 2003).

5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Todas as informações coletadas que possam identificar o paciente serão mantidas em sigilo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será estruturado em linguagem de fácil entendimento para o paciente, contendo todas as informações necessárias à respeito da pesquisa. Após esclarecidas todas as dúvidas e havendo a concordância do paciente em participar do estudo, o mesmo assinará o Termo e ficará com uma cópia.

A resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996) sobre a pesquisa envolvendo seres humanos ressalta alguns aspectos de extrema relevância que deverão ser respeitados nestas circunstâncias, como o respeito aos valores sociais, culturais, morais, éticos e religiosos no que concerne à adequação aos princípios científicos. Os resultados encontrados na pesquisa serão posteriormente informados à instituição da qual os participantes fazem parte.

O artigo 32 do Código de Ética Profissional dos Psicólogos (2002), proposto pelo Conselho Federal de Psicologia, refere que em todas as comunicações científicas ou divulgação para o público dos resultados da pesquisa, o psicólogo deverá preservar tanto a identidade dos participantes como da instituição onde a pesquisa foi realizada, salvo em casos de interesse manifesto destes.

O início da pesquisa só se dará mediante a autorização fornecida pelos Comitês de Ética da PUCRS e do Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul.

7 ORÇAMENTO

Itens a serem financiados		Valor Unitário R\$	Valor Total R\$	Fonte Viabilizadora (ver ao pé da folha)
Especificações	Quantidade			
Folhas	500	0,024	12,00	4
Canetas	5	1,00	5,00	4
Cartuchos tinta impressora	1	100,00	100,00	4
Disquetes	5	2,00	10,00	4
Livros	10	30,00	300,00	4
Xerox de artigos e livros	1000	0,10	100,00	4
Encadernações	5	4,00	20,00	4
Mini-fitas K-7	3	5,00	15,00	4
Transporte (passagens)	48	0,90	43,20	4

- 1- Patrocinador
- 2- Agência de Fomento (Anexar comprovante)
- 3- Serviço
- 4- Pesquisador
- 5- Outros

REFERÊNCIAS

- Andreis, M., & Leite, J. (1999). Atuação do Psicólogo em Cardiologia: A Experiência da Santa Casa de São Paulo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 2 (2), 6-13.
- Angerami-Camon, V.A. (2002). O Psicólogo no Hospital. In V.A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. (pp. 15-28). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- _____. O Imaginário e o Adoecer. (2003). Um Esboço de Pequenas Grandes Dúvidas. In V.A. Angerami-Camon (Org.). *E a Psicologia Entrou no Hospital*. (pp. 181-213). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bird, B. (1978). *Conversando com o Paciente*. São Paulo: Manole.
- Caon, J.L. (1994). O Pesquisador Psicanalítico e a Situação Psicanalítica de Pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 7 (2), 145-174.
- Chemama, R. (Org.). (1995). *Dicionário de Psicanálise: Larousse*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Conselho Federal de Psicologia. (2002). *Código de Ética Profissional dos Psicólogos*. Recuperado em 07 de set. 2005, da www.pol.org.br.
- Conselho Nacional de Saúde. (1996). *Resolução nº 196/96, aprovada na 59ª reunião sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Recuperado em 03 mai. 2005, da <http://conselho.saude.gov.br>.
- Cosmo, M., & Carvalho, J.W.A. (2000). Pensando Sobre o Período Pré-Operatório na Histerectomia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 1 (3), 27-30.
- Dolto, F. (1988). *A Dificuldade de Viver*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Garcia-Roza, L.A. (1984). *Freud e o Inconsciente*. (11ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Goldim, J.R. (2000). *Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde*. Porto Alegre: Dacasa.
- Iacovella, J., & Troglia, M. (2003). La Hostilidad y su Relación con los Trastornos

- Cardiovasculares. *Psico-USF*. 8 (1), 53-61.
- Iribarry, I.N. (2003). O que é Pesquisa Psicanalítica? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. 6 (1), 115-138.
- Jurkiewicz, R. (2003). Perdas Significativas Narradas no Pré-Operatório de Cirurgias Cardíacas. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 6 (2), 41-44.
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: O Legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1993). *Fantasia Originária, Fantasias das Origens, Origens da Fantasia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Mello Filho, J. (1997). Grupoterapia com Pacientes Somáticos: 25 anos de Experiência. In D.E. Zimmerman & L.C. Osório (Orgs.) *Como Trabalhamos com Grupos* (pp. 185-204). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Muchielli, A. (1990). *Lês Méthodes Qualitatives*. Coleção Que sais-je?. Paris: França: Presses Universitaires de France.
- Romano, B.W. (1994). Por que Considerar os Aspectos Psicológicos na Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. In B.W. Romano (Org.). *A Prática da Psicologia nos Hospitais* (pp. 55-66). São Paulo: Pioneira.
- Romano, B.W. (1998). Aspectos Psicológicos e sua Importância na Cirurgia Cardíaca das Coronárias. In N.A.G. Stolf & A.D. Jatene (Orgs.). *Tratamento Cirúrgico da Insuficiência Coronária* (pp. 257-273). São Paulo: Atheneu.
- Romano, B.W. (2001). *Psicologia e Cardiologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ruschel, P.P., & Hoffman, K.C. (1989). Fantasia dos Pacientes Submetidos a Cirurgia Cardíaca. *Revista SOCESP*. 4, 18-20.
- Ruschel, P.P. (1994). Quando o Coração Adoece. In B.W. Romano (Org.). *A Prática da*

Psicologia nos Hospitais (pp. 40-54). São Paulo: Pioneira.

Ruschel, P.P., Daut, P.E., & Santos, M.F. (2000). Grupoterapia na Redução de Complicações Pós-Operatórias em Cirurgia Cardíaca. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 2 (3), 57-60.

Santos, A.L.G.S. (2000) *Assistência Humanizada ao Cliente no Centro Cirúrgico*. Santa Maria, UFSM. Monografia (Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria.

Sauret, M.J. (2003). A Pesquisa Clínica em Psicanálise. *Psicologia USP*. 14 (3), 89-104.

Silva, M.E.L. (1996). Natureza e Delimitação da Pesquisa Psicanalítica. In L.S.F. Couto et al. (Orgs.). *Pesquisa em Psicanálise. Coletâneas da ANPEPP*. 1 (16), 85-91. Belo Horizonte: SEGRAC.

Turato, E.R. (2003). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção Teórico Epistemológica, Discussão Comparada e Aplicação nas Áreas da Saúde e Humanas*. Rio de Janeiro: Vozes.

Violante, M.L.V. (2000). Pesquisa em Psicanálise. In R.A.P. Filho, N.C. Junior & M.D. Rosa (Orgs.). *Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise* (pp. 109-117). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Volich, R.M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MODELO PARA ENTREVISTA

Prezado(a) participante:

Sou psicóloga e estudante do curso de pós-graduação (Mestrado em Psicologia Clínica) na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob orientação da professora Dra. Maria Cristina Poli, que tem por objetivo buscar uma maior compreensão das características dos pacientes cardíacos com indicação cirúrgica, investigando o que a cirurgia representa na sua história de vida.

Para a realização desse trabalho, gostaríamos de solicitar a sua participação. Ela consistirá em duas entrevistas, de aproximadamente 40 minutos cada, que serão feitas antes e depois do procedimento cirúrgico. As entrevistas serão gravadas em audiotape, tendo em vista a fidelidade da pesquisa. Asseguramos também a confidencialidade e o sigilo das informações fornecidas, comprometendo-nos a desgravar as fitas após a conclusão do estudo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Esclarecemos que não lhe serão causados danos físicos, morais ou psicológicos, sendo que nem a natureza dos dados fornecidos, nem a não participação na pesquisa acarretarão implicações no seu atendimento. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Com a sua participação, você estará colaborando para que sejam desenvolvidos novos conhecimentos científicos sobre o assunto.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora, telefone 81882633 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, pelo telefone 3320 3345.

Porto Alegre, _____ de 2005.

Jossiele Fighera
CRP 07/13423
Matrícula: 05190466-2

Porto Alegre, _____ de 2005.

Maria Cristina Poli
CRP 07/ 07070
Matrícula: 066795

Consinto em participar e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MODELO PARA GRUPO

Prezado(a) participante:

Sou psicóloga e estudante do curso de pós-graduação (Mestrado em Psicologia Clínica) na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Estou realizando uma pesquisa sob orientação da professora Dra. Maria Cristina Poli, que tem por objetivo buscar uma maior compreensão das características dos pacientes cardíacos com indicação cirúrgica, investigando o que a cirurgia representa na sua história de vida.

Para a realização desse trabalho, gostaríamos de solicitar a sua participação. Ela consistirá no consentimento para que a pesquisadora possa observar o andamento do grupo de pacientes cardíacos cirúrgicos que ocorrem no hospital semanalmente. Asseguramos a confidencialidade e o sigilo das informações fornecidas. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Esclarecemos que não lhe serão causados danos físicos, morais ou psicológicos, sendo que nem a natureza dos dados fornecidos, nem a não participação na pesquisa acarretarão implicações no seu atendimento. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Com a sua participação, você estará colaborando para que sejam desenvolvidos novos conhecimentos científicos sobre o assunto.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora, telefone 81882633 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, pelo telefone 3320 3345.

Porto Alegre, _____ de 2005.

Jossiele Fighera
CRP 07/13423
Matrícula: 05190466-2

Porto Alegre, _____ de 2005.

Maria Cristina Poli
CRP 07/ 07070
Matrícula: 066795

Consinto em participar e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PACIENTES NO
PERÍODO PRÉ-CIRÚRGICO

Nome:

Idade:

Profissão:

Estado Civil:

- 1) Como está sendo este momento?
- 2) Como foi a descoberta da doença?
- 3) Como foi saber sobre a necessidade da cirurgia?
- 4) Como que é estar internado em um hospital?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PACIENTES NO
PERÍODO PÓS-CIRÚRGICO

- 1) Como está se sentindo após a cirurgia?
- 2) O que espera de sua vida a partir desse momento?

2. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 063/06CEP

Porto Alegre, 16 de janeiro de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Angústia e fantasias relacionadas ao paciente cardíaco cirúrgico".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Caio Coelho Marques
COORDENADOR EM EXERCÍCIO

Ilmo(a) Sr(a)
Mest Jossiele Fighera
N/Universidade

**3. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE
CARDIOLOGIA – FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DO RIO GRANDE DO SUL**



INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL
FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Porto Alegre, 18 de novembro de 2005.

Aos Pesquisadores
Jossiele Fighera
Orientador na Instituição: Patrícia P. Ruschel
e/c
Coordenadora
Divisão de Produção Científica
Unidade de Pesquisa
Sra. Maria Del Carmem Stefani
Nesta Instituição

Ref. Projeto de Pesquisa – UP N° 3726/05 encaminhado para apreciação e julgamento ao CEP do IC/FUC.

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou o Projeto de Pesquisa “*Angústia e Fantasia Relacionadas ao Paciente Cardíaco com Indicação Cirúrgica*” – Investigador na Instituição Jossiele Fighera – Orientador na Instituição: Patrícia Pereira Ruschel

Parecer: Aprovado em reunião de 28 de setembro de 2005.

Sem mais para o momento,

Importante: Documentação do Projeto em trâmite para ser encaminhado e arquivado na Unidade de Pesquisa.

Atenciosamente,


Dr. Ari Tadeu Lirio dos Santos
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
IC/FUC

4. ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

CORPO, ANGÚSTIA E FANTASIAS: UM OLHAR DA PSICANÁLISE SOBRE O PACIENTE CARDÍACO CIRÚRGICO*

* Este artigo será submetido à publicação na Revista “Estudos de Psicologia”. A apresentação do texto segue as normas de publicação desta revista (em Anexo B).

CORPO, ANGÚSTIA E FANTASIAS: UM OLHAR DA PSICANÁLISE SOBRE O PACIENTE CARDÍACO CIRÚRGICO

Corpo, ang. e fant.: psican. pac. card. cir.

Jossiele Fighera

Psicóloga pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e Mestranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil

Maria Cristina Poli

Psicanalista, membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). Doutora em Psicologia pela Université de Paris 13. Professora da Faculdade de Psicologia da PUC-RS e coordenadora do Grupo de Pesquisa em Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pós-Doutorado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ.

Endereço para correspondência:

Jossiele Fighera: Caixa Postal 05 Santa Maria – RS CEP 97001-970. Telefone: (55) 3226-1503. E-mail: jocielle@terra.com.br

Maria Cristina Poli: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6681. Prédio 11, 9º andar, sala 937. POA/RS. CEP 90619-900. Telefone: (51) 3320-3633. E-mail: crispoli@plugin.com.br

CORPO, ANGÚSTIA E FANTASIAS: UM OLHAR DA PSICANÁLISE SOBRE O PACIENTE CARDÍACO CIRÚRGICO

RESUMO

Os conceitos de angústia, fantasia e corpo já vêm sendo estudados, de longa data, pela psicanálise. A partir dos fundamentos desenvolvidos por Freud e retomados por Lacan, buscaremos uma maior compreensão desses conceitos em sua relação com pacientes cardíacos cirúrgicos. Evidenciamos, ao longo deste trabalho, a importância da função das fantasias como forma de conter a angústia dos pacientes em situação cirúrgica. Destacamos também a questão do corpo e da imagem corporal, visto que esses pacientes são submetidos a procedimentos agressivos e invasivos e têm seu corpo manipulado por uma equipe médica. São apresentadas algumas pesquisas atuais que mostram algumas questões relevantes sobre o tema. Entretanto, percebemos que ainda existem poucos trabalhos que utilizam o referencial psicanalítico como uma tentativa de integrar conceitos da psicanálise com a cirurgia cardíaca.

Palavras-chave: angústia; fantasia; corpo; cirurgia cardíaca.

BODY, ANGUISH AND FANTASIES: PSYCHOANALYSIS VIEW UPON SURGICAL CARDIAC PATIENT

ABSTRACT

The concepts of anguish, fantasy and body have been studied through psychoanalysis for a long time. Based on beedings developed by Freud and retaken by Lacan, we will search a better comprehension on these concepts related to surgical cardiac patient. Along this study, we evidenced the fantasies importance as a way to contain the patient's anguish in surgical situation. We also evidenced the body and corporal image issue, since these patients` are submitted to aggressive and invasive procedures and have his/her body manipulated by a medical staff. Some current researches are presented that show some relevant points upon the subject. However, we also noticed that there are few studies that use the psychoanalytical reference as an attempt to integrate psychoanalysis concepts with cardiac surgery.

Key-words: anguish; fantasy; body; cardiac surgery

INTRODUÇÃO

Os conceitos de angústia, fantasia e corpo já vêm sendo estudados, de longa data, pela psicanálise. A partir dos fundamentos desenvolvidos por Freud e retomados por Lacan, buscaremos uma maior compreensão desses conceitos em sua relação com pacientes cardíacos cirúrgicos. Especificamente quando trata dos aspectos psicológicos envolvendo a cirurgia cardíaca, nos baseamos nas idéias de autoras como Romano (1998/2001) e Ruschel (1989/1994/2000), que já há muitos anos trabalham e escrevem sobre o assunto.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo discutir a relação existente entre angústia, fantasia e corpo na sua relação com pacientes cardíacos cirúrgicos adultos. Inicialmente, buscamos conceituar e discutir angústia e fantasias, que são dois construtos importantes da psicanálise e que estão envolvidos com a questão da intervenção cirúrgica, principalmente quando se fala em pacientes cardíacos, por toda simbologia característica deste órgão.

O texto também se dedica a discutir a questão do corpo como imagem corporal e como corpo pulsional, baseado nas idéias de Freud e Lacan, bem como de outros autores psicanalíticos. Após, o artigo aborda alguns aspectos relacionados ao sujeito frente à intervenção cirúrgica, tais como o adoecimento e a hospitalização.

Sendo assim, demonstramos a importância da função das fantasias como forma de conter a angústia dos pacientes em situação cirúrgica. Destacamos também a questão do corpo e da imagem corporal, visto que esses pacientes são submetidos a procedimentos agressivos e invasivos e têm seu corpo manipulado por uma equipe médica. Também demonstramos que a cirurgia e a hospitalização são vividas pelo paciente como uma ruptura no seu processo de vida, como um fenômeno indesejado que acomete e submete o indivíduo, sendo capaz de mudar tudo

que ele já havia estruturado até o momento. Além disso, este trabalho apresenta alguns resultados de pesquisas realizadas sobre o tema.

ANGÚSTIA E FANTASIA

1. Angústia

Em seu livro “Inibições, Sintomas e Angústia”, de 1926, Freud coloca em causa a segunda teoria da angústia, que é o que nos interessa neste artigo, pois é nela que ele retoma a noção de trauma.

Nessa segunda teoria, Freud afirma que a angústia funciona como um sinal emitido pelo eu logo que uma situação de perigo ameaça ocorrer, a fim de exigir sua evitação. Dessa forma, o eu se sujeita à angústia e imagina a situação de perigo com o objetivo de restringir aquela experiência aflitiva (experiência de “castração”) a uma mera indicação, a um sinal para possa se defender, ou seja, provocar o recalque. Portanto, na segunda teoria, a angústia é anterior à operação de recalque, e não o seu efeito.

Para Kaufmann (1996), na primeira teoria a angústia decorre de um afluxo de excitações que não puderam ser descarregadas, enquanto que na segunda teoria a angústia tem como função indicar ao eu a iminência de um perigo. A primeira teoria apresenta caráter "involuntário, automático e inconsciente, explicável quando é instaurada uma situação de perigo análoga à do nascimento." (Chemama, 1995, p. 14). Já na segunda teoria, a angústia possui caráter voluntário, que seria produzida pelo eu como uma forma de preparação diante do perigo.

A constituição do eu começa no momento do nascimento e dura por toda a vida. Quando nasce, o bebê emerge de um ambiente calmo e bruscamente é submetido a uma série de estímulos que o inundam sem que exista um mínimo de proteção, pois não há ainda no bebê um aparelho capaz de proporcionar defesa a todos esses estímulos.

Fazendo um elo com o nosso tema de trabalho – angústia e fantasias em pacientes cardíacos cirúrgicos – torna-se importante lembrar que o ambiente hospitalar é um lugar onde o psicanalista se depara com pessoas que estão diante de acontecimentos inesperados de suas vidas, e que justamente por isso são capazes de destituir o sujeito do seu ancoramento significativo. Em função dessa destituição aguda que pode ocorrer em determinadas situações nesse contexto, os acontecimentos se tornam traumáticos e, diante da falta de bordejamento significativo, o sujeito é imerso na angústia. Situações de perdas, seja por morte de pessoa querida, por acometimento de doença ou por rompimento da imagem corporal, como nos casos de cirurgia, se caracterizam por rupturas e descontinuidades, provocando a emergência de angústia. A partir disso, o sujeito tende a se ressituar, reconstruir a sua realidade psíquica e a sustentação fantasística de sua vida (Moura, 2000).

No caso específico dos portadores de doenças cardíacas de nosso estudo, a descoberta da doença já se fez há algum tempo – principalmente no caso das valvulopatias – sendo até então tratada com medicação e acompanhamento médico. No entanto, diante da necessidade de *ter* que fazer uma cirurgia cardíaca, quando não resta outra opção de tratamento, a angústia invade o sujeito, que se vê diante de uma situação de desamparo e de perda de suas certezas.

Segundo Barbosa e Mendelssonh (1992), a cirurgia implica uma série de perigos e de prejuízos reais como risco de morte, perda de partes ou de funções do corpo, ameaça de invalidez, sofrimento e dor, além da expectativa quanto à capacidade técnica da equipe de saúde. Considerando-se que em toda a intervenção cirúrgica está associado certo risco, todos esses fatores poderão causar angústia tanto no paciente como na sua família. De outro modo, pode ocorrer que pela confiança exagerada no cirurgião, o paciente e seus familiares passem a acreditar e criar expectativas de que ele elimine todo o mal e promova a cura do paciente, como se ele tivesse o controle da vida e da morte.

2. Fantasias

A teoria freudiana entende o mundo das fantasias como situado dentro de um quadro de oposição entre o subjetivo e o objetivo, ou seja, o espaço da fantasia se dá entre um mundo interior que tende à satisfação de suas pulsões e necessidades pela via da ilusão e um mundo exterior que impõe ao indivíduo os dados da realidade (Laplanche & Pontalis, 1993). No entanto, é importante destacar, como faz Poli (2005), que o termo fantasia não designa um desvio enganoso de uma realidade factual. Segundo esta autora, “nada mais estranho à produção psicanalítica do que a oposição entre uma verdade objetiva e uma falsidade subjetiva.” (p. 43).

Seguindo com conceitos provenientes da teoria freudiana, fantasma ou fantasia, segundo Chemama (1995), significa "representação, argumento imaginário, consciente (devaneio), pré-consciente ou inconsciente, implicando um ou vários personagens, que coloca em cena um desejo, de forma mais ou menos disfarçada" (p. 70 e 71)

Para Fighera, Menegat e Poli (2006, p. 219),

a fantasia constitui, ao lado do conceito de inconsciente, o fundamento tanto da teoria quanto da técnica e do método psicanalítico. Ela fundamenta o pressuposto epistemológico da psicanálise, na medida em que se apóia na concepção de "realidade psíquica". Mas é, além disso, um preceito ético, pois visa à produção de sujeito, incluindo-o em uma estrutura que a princípio lhe é estrangeira. Trata-se do processo de subjetivação que a construção da fantasia permite.

A psicanálise, baseada na noção de inconsciente, parte do pressuposto de que não se pode saber tudo, que não existe um saber total sobre o próprio sujeito ou sobre o Outro. E justamente esse ponto de não-saber representa a fonte da eterna possibilidade de mudança para o homem,

pois ele nunca permanece estático. No entanto, esse ponto de não-saber também é fonte de angústia, criando temor e incertezas. As fantasias surgem nesse ponto como ancoragens mais seguras e como sendo pontos de certezas, e em função disso nem sempre são reconhecidas como resultado da imaginação (Kruel, 1999).

Esse ponto de não-saber de que fala a psicanálise pode ser reportado ao que acontece com os pacientes antes de uma cirurgia de grande porte, como é a cirurgia cardíaca. A intervenção no corpo implica confrontar-se com um não-saber, mobilizando o temor frente ao desconhecido. Esse “desconhecido” que é a cirurgia gera angústia, sendo justamente nesse ponto que surgem as fantasias, com o importante papel de funcionar como um modo do sujeito se proteger do encontro com o real não simbolizado, sendo um recurso psíquico de velamento dessa falta.

As fantasias são uma forma de estabelecimento de equilíbrio psíquico. Para Volich (2000), isso também acontece com toda e qualquer doença – seja ela mental, somática ou comportamental – que, apesar de seu caráter desviante e regressivo, é ainda uma tentativa de estabelecimento de equilíbrio no organismo que não foi capaz de enfrentar as tensões internas ou externas às quais está submetido.

Especificamente no caso de pacientes cardíacos com indicação cirúrgica, o suporte da fantasia faz-se necessário para que o sujeito seja capaz de suportar as rupturas e discontinuidades na sua imagem corporal. O recurso à fantasia pode apresentar-se como a única saída que o paciente encontrou para manter certo equilíbrio subjetivo, o que lhe possibilita enfrentar a situação traumática.

A relação do paciente com o médico é um fator importante e que deve ser levado em consideração nesse contexto de hospitalização e doença. De acordo com Coura (1996), o paciente exprime fantasias inconscientes atualizadas na figura do médico. No entanto, essas fantasias não poderiam ser ressituidas apenas como criações do paciente, pois o médico, de fato, pode exercer

um poder que influencie de forma direta no seu destino. Ele pode lhe indicar uma cirurgia ou uma internação hospitalar, ou ainda comunicar o resultado de um exame cujo diagnóstico não seja muito favorável. Isso significa, segundo este autor, que o médico pode efetivamente interferir no corpo e no psiquismo do paciente, exercendo modificações na realidade e/ou no mundo externo do doente, fazendo com que muitas das fantasias inconscientes do paciente adquiram uma consistência material.

É importante ressaltar aqui a questão da transferência existente tanto na relação entre médico e paciente como na relação entre psicanalista e analisando. Na psicanálise a transferência assume importante papel nessas situações, sendo definida por Lacan (1964/1998, p. 165) como “aquilo que manifesta na experiência a atualização da realidade do inconsciente, no que ela é sexualidade.” Lacan ainda acrescenta afirmando que a transferência existe em todo lugar em que haja um Sujeito Suposto Saber.

Na relação entre médico e paciente, o médico assume o papel de Sujeito Suposto Saber sobre o corpo do paciente, mobilizando a transferência, mas não operando com ela. O médico encarna essa posição de Sujeito Suposto Saber, pois ele precisa saber sobre o paciente, precisa saber sobre esse corpo doente. Para Lacan (1964/1998), na transferência estão incluídos, juntos, psicanalista e sujeito. Na situação de análise, o psicanalista também assume esta posição de Sujeito Suposto Saber, mas, ao contrário do médico, ele possui a condição de operar com a questão da transferência.

Existe, portanto, uma diferença fundamental entre a posição do médico e do psicanalista/psicoterapeuta com relação aos seus pacientes. A situação médica promove o tratamento do corpo físico, objetivando a sua cura. É um ato concreto (apalpar, auscultar) sobre um corpo concreto. Já a função do psicanalista é tratar desse corpo e desse sintoma através da

fala, intervindo na história do paciente e provocando efeitos terapêuticos por meio desse atravessamento.

Coura (1996) comenta ainda que, embora o paciente racionalmente saiba que todos os procedimentos que o médico faz visam curá-lo de sua doença, inconscientemente poderá ocorrer uma eventual mobilização de representações evocadoras de medo, angústia ou desespero – tanto diante da doença quanto diante dos procedimentos realizados com o objetivo de curá-lo. Sendo o médico o profissional concretamente presente (ou responsável) em tais procedimentos, este profissional pode ficar confundido com o chamado perigo real (ou ameaça real) no psiquismo do paciente.

Particularmente no caso de pacientes cirúrgicos, as fantasias têm a importante função de conter a angústia avassaladora proveniente da realidade ameaçadora. A cirurgia cardíaca caracteriza-se por ser uma intervenção de grande porte, na qual o corpo é manipulado, invadido e controlado por uma equipe médica e suas aparelhagens técnicas – como a ventilação mecânica e a circulação extra-corpórea. Além disso, a cicatriz no peito é a marca permanente de sua *realização*. Especialmente nesses casos, a falta da função das fantasias deixaria o paciente à mercê de uma angústia que provavelmente o impediria de submeter-se a tal procedimento.

Para Kruehl (1999, p. 53), “as fantasias permeiam tudo o que o homem faz. Na prática de preparação psicológica para cirurgia ou internação, ou após internação ou cirurgia de emergência, o psicanalista colhe, através de seu método de escuta, as várias fantasias que se constroem.”

Cada sujeito entra no hospital para se submeter à cirurgia com uma estruturação psíquica já formada e com as experiências de vida que teve até esse momento, ou seja, traz sua própria história para dentro desse ambiente. Sendo assim, conforme Romano (1998), é necessário esclarecer que isto pode, de alguma maneira, afetar o modo como será vivenciado esse processo e até mesmo suscitar questões que propiciarão ou não outras reações psicológicas. Quaisquer que

sejam estas fantasias, deve-se reconhecer o importante significado que elas representam para o doente, a proporção e a influência que podem ter em toda evolução e recuperação.

A maneira como o paciente é tratado pela equipe do hospital é um fator importante para a adaptação em sua nova condição. Reconhecer o significado das fantasias dos pacientes influencia em todo o processo de preparação para a cirurgia, principalmente no período pós-operatório, quando o paciente deve participar ativamente de seu processo de recuperação e, para isso, precisa colaborar com a equipe e ter consciência de seu papel como agente de mudança.

Em um estudo realizado com 446 pacientes cardíacos cirúrgicos, Ruschel e Hoffman (1989) observaram a formação de três grupos de fantasias. O primeiro grupo relaciona-se às fantasias do período pré-operatório, quando os pacientes referem os sentimentos ligados aos riscos de morte existentes antes da intervenção cirúrgica. O segundo grupo é composto pelas fantasias ligadas ao momento da cirurgia, em que as maiores preocupações são com relação à possibilidade de morrer durante a realização da cirurgia. O terceiro grupo refere-se às fantasias presentes na fase pós-operatória, que são principalmente associadas aos cuidados dos profissionais, aos aparelhos (como o tubo endotraqueal e sonda vesical) e com relação à readaptação às atividades normais um tempo depois da saída do hospital.

IMAGEM CORPORAL E CORPO PULSIONAL

As questões relacionadas ao corpo sempre foram um desafio para a clínica psicanalítica, pois o corpo sempre volta a interrogar o saber dos psicanalistas e o limite da psicanálise. Freud toma como ponto de partida para o estudo de sua clínica o corpo da histérica, enquanto Lacan retoma o corpo buscando instrumentalizar-se para operar com o real (Rodrigues, 2003).

A partir do conceito de pulsão, Freud coloca em evidência a diferença entre corpo anatômico e corpo libidinal. Para a psicanálise, o corpo é a sede de conflitos pulsionais. Desse

modo, falar sobre a abordagem psicanalítica do corpo significa se referir àquilo que a escuta do analista reconhece enquanto um corpo cuja anatomia é construída a partir dos investimentos libidinais mediatizados pela alteridade e pelos fantasmas/fantasias. No início de sua teorização, Freud atribuiu aos orifícios do corpo o estatuto de zonas erógenas. Ele vai defender, em 1914, que a erogeneidade é uma propriedade de todos os órgãos, sendo o corpo, como um todo, recoberto por ela. Essa segunda versão da erogeneidade a descreve como generalizada a todo o corpo e, em função disso, suscetível a aumentos e diminuições em cada uma de suas regiões (Fernandes, 1999).

Ainda segundo esta autora, no início da vida do bebê as sensações corporais ocupam o primeiro plano. As sensações causadoras de desprazer vão constituir uma demanda que é expressa através do choro do bebê. A mãe responde a essa queixa apaziguando as sensações corporais desagradáveis, como podem ser a fome, o frio, entre outros. Para que seja possível ela escutar o corpo do bebê, interpretar os sinais de um corpo que não pertence mais ao seu e nomear/responder a essa demanda, precisa haver um investimento da mãe no corpo dessa criança. Esse investimento supõe que a mãe é capaz de transformar esse “corpo de sensações” em um “corpo falado”.

O estado de desamparo original do bebê o coloca em uma posição de dependência absoluta da figura materna. Na medida em que essa mãe investe libidinalmente nesse bebê, o corpo da criança torna-se corpo erógeno. Ao nomear as partes do corpo ao bebê o mesmo passa a ter um maior conhecimento sobre esse corpo, e essas condições vão contribuir para que, mais tarde, a criança o conceba como unificado e como separado do corpo de sua mãe.

O corpo sempre foi objeto do discurso da ciência. A biologia e a medicina o consideram como organismo biológico, como sendo o lugar das doenças, da saúde e de suas prevenções. A definição de corpo dada pela medicina possui como traço comum o fato de o corpo somático ser

considerado como uma máquina homeostática, que pode ser disposta em várias peças separadas. Já o corpo de que trata a psicanálise é o corpo erógeno, pois a partir do momento em que o ser humano é submetido à linguagem ela transforma o organismo vivo em corpo erógeno (Brant, 1999).

A ciência considera o corpo na sua dimensão biológica, “constituída de partes articuladas e regradas por certos princípios funcionais de autoconservação. Esse corpo orgânico é dotado de uma organização que não visa ao sujeito do inconsciente.” (Soares, 1999, p. 106). No entanto, não se pode reduzir o corpo a um emaranhado de órgãos interligados entre si, pois esse corpo que fala e diz de si requer seu deciframento no simbólico, e é nesse ponto que a psicanálise encontra seu ponto de atuação dentro dos hospitais (Soares, 1999).

A psicanálise sublinha a erogeneidade do corpo e seu lugar na constituição do sujeito, enquanto a medicina aborda o biológico, o orgânico. Mesmo partindo de referências tão diferentes, tanto a medicina como a psicanálise têm objetivos semelhantes, que é trabalhar em prol do paciente para minimizar seu sofrimento.

Lacan mostra que desde Freud existe uma diferença no olhar psicanalítico sobre o corpo, que é muito diferente do olhar da medicina. Através dos fundamentos da prática analítica, fala e linguagem, a teoria lacaniana aborda a questão do corpo de maneira essencialmente analítica e de forma muito diferente do manejo feito por outros profissionais de saúde, como os médicos. Desse modo, o analista toca o corpo e o sintoma por meio da palavra, intervindo sobre o inconsciente e sobre a história, obtendo efeitos somáticos, pois na medida em que existe o atravessamento pela fala, o corpo também é afetado (Cukiert & Prizskulnik, 2002).

Ainda segundo estas autoras, pode-se afirmar que a psicanálise entende o inconsciente e a linguagem como seus constituintes fundamentais. Desse modo, qualquer abordagem que

considere o sujeito como puro organismo, desconsiderando o campo inconsciente e do desejo, faz apenas uma leitura parcial do ser humano.

Em função disso, torna-se cada vez mais importante a presença de psicanalistas dentro do ambiente hospitalar, visto que mesmo em um ambiente onde existe essa urgência em tratar do corpo biológico, impera também certa urgência de ordem subjetiva. Dessa maneira, torna-se necessário escutar o que esse corpo erógeno tem a dizer, ultrapassando os limites dos procedimentos médicos convencionais.

Com relação a isso, Volich (2000) comenta que a obra freudiana destaca que a representação do sintoma corporal transcende a norma anatômica. Paralelamente ao desenvolvimento biológico, estrutura-se no homem, a partir das relações com seu semelhante, uma representação imaginária de seu corpo que o vincula também a uma ordem cultural e lingüística.

Conforme Garcia-Rosa (1984), é bastante claro que o corpo, segundo a teoria psicanalítica, configura-se e é entendido como um corpo fantasmático e não meramente como anátomo-fisiológico. Desde suas origens, o material das fantasias sempre foi muito estudado pela psicanálise, pois ela entende a fantasia como sendo importante para que o paciente consiga lidar com os sentimentos de medo, tensão e desamparo que o invadem em momentos como o de hospitalização.

A própria construção da imagem corporal é uma construção fantasística, na medida em que ela só existe a partir do Outro e se faz na relação com o outro. Durante o transcorrer da vida o ser humano vai formando sua identidade, sendo a imagem corporal um dos principais traços que se impõe como configuração da mesma. A imagem corporal revela-se durante o momento inicial da constituição do sujeito, sofrendo transformações ao longo de sua vida. Para Freud (1923, p.

39) o eu é prioritariamente corporal, isto é, “o eu em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam na superfície do corpo.”

Para Cardoso (2004), as mudanças na imagem corporal e no papel desempenhado dentro da família fazem com que o paciente cirúrgico assista ao seu próprio declínio, além das perdas objetivas. Corpo e tempo mesclam-se e interligam-se ao longo da vida. O sofrimento decorrente de uma doença cardíaca vem informar que o coração, órgão cercado de simbologia, como bem assinala Dolto, não está bem. A doença cardíaca alerta para o nosso despreparo em enfrentar o desconhecido, pois é preciso lidar com um órgão que até então permanecia oculto dentro do peito e com os pensamentos mágicos de ser um órgão invulnerável.

No caso do presente estudo, a doença cardíaca implica a realização da cirurgia, o que traz consigo a relação com marcas reais e com as cicatrizes deixadas pela intervenção. Para Costa (2003), a relação dos humanos com marcas e traços é bastante significativa, pois essa relação situa ao menos dois pontos importantes: refere o sujeito como um objeto entre outros (separa, ordena, descreve), bem como cria a realidade por onde o sujeito circula, sua relação aos outros e aos objetos. Com relação a isso, Romano (2001) comenta que a cirurgia cardíaca ainda é considerada por muitos como uma “cirurgia para executivos” (*aspas da autora*), o que identifica o portador da cicatriz como pertencendo a determinado grupo, assim como acontece com o portador de tatuagem.

Tanto a tatuagem como a cicatriz de uma cirurgia cardíaca têm essa função de identificar o sujeito portador de determinada marca corporal. Cada uma dessas marcas é carregada de sentido, de uma história subjetiva e individual, mas que é, de alguma forma, exteriorizada, estando à mostra, na pele e no corpo.

De acordo com Cardoso (2004), pesquisas realizadas com mulheres cardiopatas de diferentes patologias e idades que serão submetidas à cirurgia cardíaca referem que a doença propriamente dita, a cirurgia e as cicatrizes de tórax e pernas causam grande impacto na imagem corporal. Além disso, foram verificadas diferenças individuais significativas perante tal situação, na medida em que aquela marca tem um significado muito peculiar para cada uma das pacientes. Algumas mulheres apresentam grande dificuldade em lidar com seu corpo alterado no período pós-operatório, não conseguindo inclusive, olhá-lo diretamente. Não querem ver o corpo “retalhado”, “castrado”, cicatrizado, maculado pela cirurgia. Atualmente, segundo esta autora, observa-se que as cicatrizes dos membros inferiores vêm sendo causa de muita angústia por parte das pacientes, pois muitas vezes elas tomam a extensão das duas pernas. Em contrapartida, a cicatriz do peito pode indicar a condição de mártires, simbolizando que passaram por grande sofrimento e, no entanto, resistiram a ele.

O SUJEITO FRENTE À CIRURGIA CARDÍACA

Em função da escassez de literatura em psicanálise sobre a cirurgia cardíaca, fizemos uma tentativa de trazer dados existentes sobre o procedimento cirúrgico e, na medida do possível, ir permeando com a teorização psicanalítica. Isso se torna viável pois a realização de uma cirurgia cardíaca, como estamos vendo ao longo deste artigo, envolve questões já há muito tempo estudadas pela psicanálise, como angústia, fantasias e imagem corporal.

Para Romano (2001), a relação da psicologia com a cardiologia já existe desde a Antigüidade, quando os estados emocionais agudos eram diretamente relacionados com as manifestações do sistema cardiovascular. Porém, somente no século XIX é que a ciência começou a preocupar-se com pesquisas envolvendo a relação mente/coração.

De acordo com Romano (1994), particularmente nos casos de doenças que acometem o coração, centro motor da circulação sanguínea, os efeitos de uma intervenção cirúrgica poderão ser exacerbados justamente pelo reflexo de mitificações em torno do órgão – como o fato de considerá-lo o centro de sentimentos, das emoções e sinônimo de vida. Complementando essa idéia, Dolto (1988, p. 147) acredita ser "no coração que o ser humano situa simbolicamente seus sentimentos de identificação, de confiança, de segurança passiva ou ativa e de trocas afetivas com seu semelhante humano."

Quando o adoecimento envolve o coração tudo ganha maiores dimensões, e isso pode acontecer porque o órgão em questão é visto pela nossa cultura como sendo o centro das emoções, dos sentimentos e da vida. Apesar de ser o cérebro o que realmente indica a morte de um indivíduo, é o coração que no discurso social é responsabilizado pelo fato. Embora existam doenças teoricamente mais graves e com pior prognóstico do que as cardíacas, esta última parece ser a que desperta maior angústia.

Para Ruschel (1994), isso acontece em função da cultura na qual estamos inseridos, o que faz com que a cirurgia cardíaca seja, muitas vezes, acompanhada de temores bem mais significativos do que outros tipos de procedimentos mais graves. As fantasias e crendices populares sobre a doença e também sobre a cirurgia cardíaca são muitas e podem interferir de maneira intensa sobre o modo como os pacientes a enfrentam.

A gravidade e o risco de morte implicados na maior parte das doenças cardiovasculares, segundo Andreis e Leite (1999), são responsáveis por mobilizar o psiquismo, podendo com isso causar efeitos que podem tanto expressar uma dificuldade de reorganização interna como conduzir a possibilidade de crescimento pessoal. Com relação à morte, Freud (1915/1987, p. 327) fala sobre a ausência de representação psíquica, e ainda comenta:

De fato, é impossível imaginar a própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pode 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.

Desde o nascimento somos obrigados a entender o caráter universal e irreversível da morte, pois todos já passamos por experiências de perdas no decorrer de nossas vidas. No entanto, conforme afirma Labaki (2001, p. 46), “quando o foco dessa evidência é a morte de si próprio, ela deixa o campo da universalidade e fissa o sujeito ali onde ele se acreditava protegido, vazio de dor, obrigando-o a encará-la como imposição que desafia sua potência elaborativa.” Mais uma vez fica clara a questão referente à impossibilidade de representação da própria morte.

Em ocasiões nas quais o sujeito se depara com a questão da morte, mesmo quando acontece de forma indireta, como no recebimento do diagnóstico de tratamento cirúrgico, ele é invadido por dúvidas e medos com relação a todo o processo. Freud (1920/1987) define o termo susto como um estado que invade o sujeito quando se depara com um perigo ao qual não estava preparado. Já em *Inibições, Sintomas e Angústia* (1926/1987), Freud faz uma breve diferenciação entre os termos angústia e medo. Para ele, a angústia possui relação direta com expectativa, pois é angústia por algo, por alguma coisa. Além disso, possui também a qualidade de indefinição e falta de objeto. Ainda segundo Freud, a palavra medo deve ser empregada no lugar de angústia quando tiver encontrado um objeto específico que seja a fonte de perigo.

A indicação cirúrgica geralmente desperta fantasias com relação ao procedimento em si e ao período pós-operatório. Submeter-se a um procedimento cirúrgico pode gerar medo e angústia, pois o paciente vê-se obrigado a enfrentar o desconhecido, o novo, a perda de controle. Aliás, o

próprio termo “submeter-se ao evento cirúrgico” já implica passividade, indicando a posição que o paciente ocupa no procedimento.

Conforme Angerami-Camon (2002), mesmo sem a intenção de negar que o passado de uma determinada pessoa irá influenciar não apenas em sua conduta, mas também em sua recuperação física, ainda assim não está errada a afirmação de que a situação de hospitalização é algo único enquanto vivência, não havendo a possibilidade de previsão anterior à sua própria ocorrência.

A internação hospitalar pode contribuir para o sentimento de ruptura com a vida diária e com a perda da autonomia do paciente. A hospitalização pode implicar uma série de sentimentos de desconforto, inclusive propiciando o processo de despersonalização, muito comum no ambiente hospitalar e em grandes períodos de internação, pois o paciente passa a ser tratado em função do quadro de sintomas que apresenta, e não mais pela sua singularidade enquanto indivíduo. O processo de despersonalização implica em uma queda da imagem corporal e desorganização do corpo erógeno.

Para Angerami-Camon (2003), no processo de adoecer, é como se o paciente tivesse um confronto entre o que havia concebido para a sua vida anteriormente e a realidade que lhe é apresentada em termos de concretude existencial. É como se a hospitalização fosse capaz de levar cada paciente a uma necessidade de reafirmação subjetiva, a um reposicionamento do sujeito em relação aos seus referentes simbólicos.

Essa concretude existencial pode ser interpretada como algo da realidade que não tem o suporte da fantasia. O paciente se depara com a doença e com as limitações impostas por ela. Precisa se adaptar a sua nova condição e, durante o período da internação hospitalar, é necessária também a adequação às regras e rotinas da instituição, ficando o paciente então destituído do

papel social que exercia até este momento, sendo obrigado a assumir uma posição temporária de dependência.

Na maior parte dos casos a internação em hospital é algo que desestabiliza não só o paciente acometido pela enfermidade, mas também a sua família, já que nunca alguém se encontra preparado para enfrentar a doença, a morte e o imprevisível. Em momentos como esse, todas as certezas que o sujeito sustentava já não são mais suficientes para responder aos seus questionamentos (Mohallen & Souza, 2000).

A hospitalização desorganiza a relação do sujeito com a sua imagem corporal, na medida em que esse sujeito torna-se um paciente cirúrgico, sendo constantemente manipulado por uma equipe médica e tendo que lidar com aparelhos, sondas e curativos. A concretude da situação implica na queda do véu da fantasia e, posteriormente, em sentimento de desamparo.

No hospital, o corpo erógeno constituído desde o momento do nascimento é tratado pela equipe de saúde enquanto corpo natural, anatômico. É manipulado enquanto objeto, sendo constituído sem o olhar do outro. As atenções estão voltadas para a cura do corpo, e no nosso caso, especificamente no órgão cardíaco. Todas as questões de ordem subjetiva são deixadas em suspenso, sendo o paciente tratado como um corpo doente que está ali para ser curado.

O momento da internação pode ser vivido de forma extremamente dramática, não importando o tipo de cirurgia à qual o paciente será submetido e nem suas experiências anteriores. Para Labaki (2001), os momentos de choque (seja por recebimento da notícia de internação ou de intervenção cirúrgica) em que existe afeto em abundância parecem, de maneira geral, pobres em pensamento e em elaboração. Diante da tragédia do recebimento da notícia, nada vale como representação. Nesse momento, tudo parece irreal e destituído de valor. Ainda segundo essa autora, “da perspectiva econômica, essa situação assemelha-se ao estado traumático por invadir o psiquismo com um excesso de carga afetiva incontornável.” (p. 47)

Com relação a isso, Ruschel, Daut e Santos (2000) afirmam que quando os aspectos psicológicos não são considerados na situação de tratamento cirúrgico, poderá haver aumento da predisposição para complicações emocionais que prejudicam a convalescença, chegando a intensificar, em algumas situações, a morbidade no período pós-operatório. Para essas mesmas autoras, a cirurgia é uma experiência de muita ameaça na vida de qualquer pessoa, pois envolve uma carga emocional característica. A forma como cada um enfrenta esse tipo de intervenção poderá facilitar ou não a completa recuperação e readaptação à vida normal.

Para Romano (1998), as principais fontes de angústia no período pré-operatório são: 1) separação de casa, da família, de seu ambiente, de suas coisas; 2) o medo com relação à vida em si e; 3) ser forçado a assumir o papel de doente e antecipar questões diretamente relacionadas com o físico, tais como o ato cirúrgico, a dor e a perda do controle sobre si mesmo.

Em um estudo realizado por Jurkiewicz (2003) com pacientes no período que antecedeu à cirurgia cardíaca, todos os sujeitos da amostra apresentaram histórico de vivência de perdas no período anterior ao surgimento dos sintomas de doença cardíaca. Além disso, também foi verificado que, durante o período de internação hospitalar, a proximidade com as vivências de doença e terminalidade podem levar o sujeito a pensar sobre sua própria morte, e isso geralmente remete o sujeito à lembrança da morte de outras pessoas que tenham algum significado especial para ele.

Quando o sujeito depara-se com a necessidade da realização de uma cirurgia cardíaca existe uma grande mudança na sua vida. O sujeito passa de uma posição de relativa independência para uma posição de dependência e certa fragilidade, o que pode mobilizar angústia quando ele se vê destituído de seu papel, de sua função. Várias outras questões também estão implicadas nesse processo, como o medo da manipulação do corpo e os pontos de não-saber presentes nessa situação desconhecida, e talvez por isso, assustadora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da revisão da literatura e da discussão realizada, percebemos que o paciente cardíaco cirúrgico é imerso, desde o momento do recebimento da notícia da necessidade da cirurgia, em uma nova realidade que revela sua nova condição. O fato de transformar-se em um paciente cirúrgico o destitui do papel que desempenhava até então. O sujeito é exposto a uma nova realidade cercada de pontos de não-saber, de dúvidas e de desconhecimento, o que pode acarretar grande angústia no paciente.

Observamos também que as fantasias surgem como uma forma de conter a angústia do paciente cardíaco cirúrgico, na medida em que tenta reestabelecer e manter certo equilíbrio subjetivo. De um modo geral, as fantasias dos pacientes cirúrgicos surgem como uma forma de preencher a lacuna, a ruptura com o suporte fantasístico do corpo, permitindo que esse paciente lide com a angústia frente à intervenção. Em momentos de angústia, dúvidas e medo frente à procedimentos desconhecidos, as fantasias surgem como um ponto de segurança em uma vida que está sendo inundada de incertezas.

A questão do corpo também é algo bastante presente neste tipo de cirurgia, pois o que está implicado no “mexer no coração” vai muito além do que as modernas técnicas cirúrgicas podem explicar. O coração é um órgão culturalmente impregnado de simbolismo, e o fato dele estar doente e precisar de uma cirurgia pode despertar angústia e incertezas. Além disso, o paciente tem seu corpo manipulado por uma equipe médica desconhecida e sofre procedimentos invasivos e agressivos, deixando marcas na pele e na subjetividade de cada sujeito que passa por essa experiência. O fato de passar por um período sob o efeito da anestesia também remete a falta de controle sobre o corpo e sobre as questões de vida e morte, podendo também despertar angústia em função de existir um outro desconhecido responsável por sua vida neste momento.

Na busca de material teórico para a elaboração deste estudo, percebemos a escassez de trabalhos dentro do referencial psicanalítico sobre pacientes cardíacos cirúrgicos. Existem muitos trabalhos dentro da linha psicanalítica sobre os conceitos que nortearam essa pesquisa, trabalhando teoricamente a angústia, as fantasias e a questão do corpo pulsional e imagem corporal. No entanto, parece que ainda faltam trabalhos dentro da psicanálise contendo uma ligação direta com as questões da área da saúde, principalmente quando se trata da relação com a cirurgia cardíaca. Percebemos a necessidade de novas pesquisas que enfatizem a importância de se considerar os aspectos psicológicos em pacientes que irão se submeter a procedimento cirúrgico. Acreditamos que, a partir de futuras pesquisas, a inserção e o trabalho de psicanalistas dentro das instituições de saúde torne-se uma realidade cada vez mais presente.

REFERÊNCIAS

- Andreis, M., & Leite, J. (1999). Atuação do psicólogo em cardiologia: A experiência da Santa Casa de São Paulo. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 2 (2), 6-13.
- Angerami-Camon, V.A. (2002). O psicólogo no hospital. In: V.A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia Hospitalar: Teoria e prática*. (pp. 15-28). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Angerami-Camon, V.A. (2003). O imaginário e o adoecer. Um esboço de pequenas grandes dúvidas. In: V.A. Angerami-Camon (Org.). *E a psicologia entrou no hospital*. (pp. 181-213). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Barbosa, H., & Mendelssonh, P. (1992). A conveniência operatória. In: H. Barbosa. (Org.). *Controle clínico do paciente cirúrgico*. (pp. 1-9). 6. ed. São Paulo: Atheneu.
- Brant, J.A.S. (1999). Na corda bamba da morte...ou da vida? A criança e a insuficiência

- renal crônica. In: M. D. de Moura (Org.). *Psicanálise e hospital. A criança e sua dor.* (pp. 89-104). Rio de Janeiro: Revinter.
- Cardoso, S.V. (2004). Repercussões da cirurgia cardíaca na imagem corporal feminina. In: A.L.A. Ribeiro & D.P. Rosa (Orgs.). *Mulher & Coração: Aspectos psicológicos ligados à cardiopatia.* (pp.145-156). São Paulo: Papirus.
- Chemama, R. (Org.). (1995). *Dicionário de Psicanálise: Larousse.* Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa, A. (2003). *Tatuagens e marcas corporais: Atualizações do sagrado.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Coura, R. (1996). *A psicanálise no hospital geral.* São Paulo: Sarvier.
- Cukiert, M., & Prizskulnik, L. (2002). Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 143-149.
- Dolto, F. (1988). *A dificuldade de viver.* Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fernades, M.H. (1999). A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica. *Revista Percurso*, n. 23. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/percurso/>. Acesso em: 10 abril 2006.
- Fighera, J., Menegat, C.B., & Poli, M.C. (2006). A construção da fantasia: Fundamentos da pesquisa em psicanálise. In: B.S.G. Werlang & M.S. Oliveira (Orgs.). *Temas em psicologia clínica.* (pp. 219-223). Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Freud, S. (1915/1987). *Reflexões para o tempo de guerra e morte.* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV
- Freud, S. (1920/1987). *Além do princípio do prazer.* Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII.

- Freud, S. (1923/1987). *O ego e o id*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XIX.
- Freud, S. (1926/1987). *Inibições, sintomas e angústia*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XX.
- Garcia-Roza, L.A. (1984). *Freud e o inconsciente*. 11a ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- Jurkiewicz, R. (2003). Perdas significativas narradas no pré-operatório de cirurgias cardíacas. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 6 (2), 41-44.
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: O legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Kruel, S.S. (1999). Uma verdade com estrutura de ficção. Psicanálise e o fantasma na prática hospitalar com crianças. In: M. D. de Moura (Org.). *Psicanálise e hospital. A criança e sua dor*. (pp. 47-55). Rio de Janeiro: Revinter.
- Labaki, M.E.P. (2001). *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lacan, J. (1964/1998). *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1993). *Fantasia originária, fantasias das origens, origens da fantasia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Mohallem, L.N. & Souza, E.M.C.D. (2000). Nas vias do desejo. In: M. D. de Moura (Org.). *Psicanálise e hospital*. (pp. 17-30). 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter.
- Moura, M.D. (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In: M. D. de Moura (Org.). *Psicanálise e hospital*. (pp. 3-15). 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter.
- Poli, M.C. (2005). Pesquisa em psicanálise. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 29, 42-47.
- Rodrigues, P.V. (2003). Desejo, corpo e sofrimento contemporâneo. In: M. D. de Moura

- (Org.). *Psicanálise e hospital-3. Tempo e morte. Da urgência ao ato analítico.* (pp. 35-45). Rio de Janeiro: Revinter.
- Romano, B.W. (1998). Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia cardíaca das coronárias. In N.A.G. Stolf & A.D. Jatene (Orgs.). *Tratamento cirúrgico da insuficiência coronária* (pp. 257-273). São Paulo: Atheneu.
- Romano, B.W. (2001). *Psicologia e cardiologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ruschel, P.P., & Hoffman, K.C. (1989). Fantasia dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. *Revista SOCESP*, 4, 18-20.
- Ruschel, P.P. (1994). Quando o coração adoce. In B.W. Romano (Org.). *A Prática da psicologia nos hospitais* (pp. 40-54). São Paulo: Pioneira.
- Ruschel, P.P., Daut, P.E., & Santos, M.F. (2000). Grupoterapia na redução de complicações pós-operatórias em cirurgia cardíaca. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 2 (3), 57-60.
- Soares, C.P. (1999). Há uma psicanálise do corpo? In: M. D. de Moura (Org.). *Psicanálise e hospital. A criança e sua dor.* (pp. 105-115). Rio de Janeiro: Revinter.
- Volich, R.M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

5. ARTIGO EMPÍRICO

O SUJEITO FRENTE À CIRURGIA CARDÍACA: LIDANDO COM O DESCONHECIDO*

* Este artigo será submetido à publicação na Revista “Psicologia: Ciência e Profissão”. A apresentação do texto segue as normas de publicação desta revista (em Anexo C).

**O SUJEITO FRENTE À CIRURGIA CARDÍACA: LIDANDO COM O
DESCONHECIDO**

**THE SUBJECT FACING THE CARDIAC SURGERY: DEALING WITH THE
UNKNOWN**

Jossiele Fighera

Psicóloga pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e Mestranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS).

Maria Cristina Poli

Psicanalista, membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA), Mestre em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e Doutora em Psicologia pela Université de Paris 13. Professora da Faculdade de Psicologia da PUC-RS e coordenadora do Grupo de Pesquisa em Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pós-Doutorado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ.

Endereço para correspondência:

Jossiele Fighera: Caixa Postal 05 Santa Maria-RS CEP 97110-970. Telefone: (55) 3226-1503. E-mail: jocielle@terra.com.br

Maria Cristina Poli: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Av. Ipiranga, 6681. Prédio 11, 9º andar, sala 937. POA/RS. CEP 90619-900. Telefone: (51) 3320-3633. E-mail: crispoli@plugin.com.br

**O SUJEITO FRENTE À CIRURGIA CARDÍACA: LIDANDO COM O
DESCONHECIDO**

**THE SUBJECT FACING THE CARDIAC SURGERY: DEALING WITH THE
UNKNOWN**

RESUMO

O adoecimento é sentido pelo paciente como uma ruptura no desenrolar da vida, uma inadequação, um fenômeno indesejado que acomete o sujeito e é capaz de mudar tudo que ele já havia estruturado até o momento. Neste artigo, procuramos registrar as narrativas de pacientes cardíacos sobre a intervenção cirúrgica em situação de internação hospitalar. Este entendimento ocorreu com base na realização de entrevistas semi-dirigidas com os pacientes e na observação dos grupos de pacientes no período pré e pós-cirurgia cardíaca. Alguns elementos destacaram-se nessa pesquisa: o período pré-cirúrgico, a relação entre religiosidade e medicina, sintomas e fantasias, a hospitalização e o sentimento de dependência, o período pós-cirúrgico e a Unidade Pós-operatória e a manipulação do corpo e anestesia.

Palavras-chave: psicanálise; cirurgia; cardiologia; fantasias

ABSTRACT

Sickness is felt by the patient as a rupture in life development, an inadequate, a non-desirable phenomenon that the person faces and is not able to change everything that was structured until the moment. In this paper, we try to register the cardiopath patients' narratives upon the surgical intervention in hospital internment situation. This finding was obtained based on semi-directed interviews with the patients and on patient's group's observation during pre and post surgery period. Some elements were standed out in this research: the pre-surgery period, the relation between religiosity and medicine, symptoms and fantasies, the hospitalization and the dependency felling, the post surgery period and the Post-Surgery Unit and the body manipulation and anesthesia.

Key-words: psychoanalysis; surgery, cardiology

Introdução

O adoecimento é sentido pelo paciente como uma ruptura no desenrolar da vida, uma inadequação, um fenômeno indesejado que acomete o sujeito e é capaz de mudar tudo que ele já havia estruturado até o momento. Além disso, o adoecimento não acomete unicamente o paciente e sim toda sua família e o círculo social em que convive. Desse modo, a presente pesquisa não diz respeito ao significado da doença em si, mas sim o que está implicado na intervenção cirúrgica e no período de hospitalização.

Nesta pesquisa, o adoecimento traz consigo três agravantes: primeiro, trata-se de pacientes cardíacos; segundo, pacientes com indicação cirúrgica e terceiro, o fato de que a internação hospitalar faz-se necessária.

Pelo fato de se tratar de adoecimento envolvendo o coração tudo ganha maiores dimensões, e isso pode acontecer porque o órgão em questão é visto pela nossa cultura como sendo o centro das emoções, dos sentimentos e da vida. O segundo agravante diz respeito ao fato de a pesquisa envolver pacientes cardíacos com indicação cirúrgica, o que geralmente desperta fantasias com relação ao procedimento em si e ao período pós-operatório. Submeter-se a um procedimento cirúrgico pode gerar medo e angústia, pois o paciente se vê obrigado a enfrentar a perda da imagem corporal e a desorganização do corpo erógeno.

Em função disso, surge o terceiro agravante em causa nessa pesquisa, que se refere ao fato do procedimento requerer um período de internação hospitalar, o que contribui para o sentimento de ruptura com a vida diária e com a perda da autonomia do paciente. A internação pode implicar uma série de sentimentos de desconforto, inclusive propiciando um processo de despersonalização, muito comum no ambiente hospitalar e em grandes períodos de internação, pois o paciente passa a ser tratado em função do quadro de sintomas que apresenta, e não mais pela sua singularidade enquanto sujeito.

Procuramos, diante disso, registrar as narrativas de pacientes cardíacos sobre a intervenção cirúrgica em situação de internação hospitalar. Nesse contexto, foi possível investigar alguns aspectos referentes ao período pré e pós-operatório e ao processo de hospitalização. Esse entendimento ocorreu com base na realização de entrevistas semi-dirigidas com os pacientes e na observação dos grupos.

A presente pesquisa caracteriza-se por seu caráter qualitativo, da qual a psicanálise é um modelo próprio. Considerando-se os objetivos, a metodologia escolhida parece ser a mais

adequada, pois permite uma melhor compreensão dos dados subjetivos dos participantes. Os procedimentos realizados foram observações dos grupos de pacientes cardíacos cirúrgicos (que ocorrem semanalmente na instituição e possuem um caráter aberto) e entrevistas semi-dirigidas com os pacientes. Tanto as entrevistas como as observações são compatíveis com o método psicanalítico, que dispõe dos mesmos para melhor compreender tanto os fenômenos conscientes como os inconscientes que povoam o psiquismo humano.

Participaram das entrevistas cinco pacientes cardíacos adultos, no período pré e pós-cirúrgico, sendo dois homens e três mulheres. Esses pacientes estavam internados na Unidade Cirúrgica de um hospital na cidade de Porto Alegre. As entrevistas foram realizadas em dois momentos distintos: uma no pré-cirúrgico e a outra no pós, num total de dez. O objetivo das entrevistas foi o de escutar o discurso dos pacientes a respeito da cirurgia e do que ela representa em sua história de vida.

Também foram realizadas doze observações dos grupos de pacientes cirúrgicos, que acontecem na instituição e são coordenados pelo Serviço de Psicologia, além de contar com a presença de outros profissionais, como fisioterapeutas, enfermeiras e nutricionistas. Estas observações ocorreram semanalmente, durante um período de três meses, durante o qual se investigou a forma como os pacientes, inseridos em um grupo, falam sobre o procedimento cirúrgico. Após cada observação, foi realizado um registro por escrito tanto das expressões gestuais como da fala desses pacientes.

No decorrer deste artigo, são apresentadas vinhetas das observações e também das entrevistas. Todos os pacientes que participaram desse estudo são mencionados no texto por nomes fictícios com o objetivo de manter o caráter sigiloso e preservar a identidade dos sujeitos. Alguns elementos se destacaram nas entrevistas com os pacientes no período pré e pós-cirúrgico e nas observações dos grupos de pacientes cardíacos cirúrgicos, tais como: o período pré-cirúrgico, a relação entre religiosidade e medicina, sintomas e fantasias, a hospitalização e o sentimento de dependência, o período pós-cirúrgico e a Unidade Pós-operatória e a manipulação do corpo e anestesia. A seguir, esses aspectos serão detalhados.

O período pré-cirúrgico

Na doença cardíaca, muitas vezes os pacientes já convivem com o diagnóstico e com os sintomas da doença há muitos anos. Não trataremos aqui, portanto, da maneira como o paciente

reagiu mediante a descoberta da doença. O que nos interessa nesse estudo é analisar a repercussão do recebimento da notícia da realização da cirurgia, quando não existem mais tratamentos a serem feitos, a não ser a intervenção cirúrgica.

O momento do recebimento da notícia da realização da cirurgia pode ser vivido de forma extremamente dramática, não importando o tipo de cirurgia a qual o paciente será submetido e nem suas experiências anteriores. Para Labaki (2001), os momentos de choque (seja por recebimento da notícia de internação ou de intervenção cirúrgica) em que existe afeto em abundância parecem, de maneira geral, pobres em pensamento e em elaboração. Diante da tragédia do recebimento da notícia, nada vale como representação. Nesse momento, tudo parece irreal e destituído de valor. Segundo essa autora, “da perspectiva econômica, essa situação assemelha-se ao estado traumático por invadir o psiquismo com um excesso de carga afetiva incontornável.” (p. 47)

Esse aspecto do choque diante do recebimento da notícia pode ser percebido, ao longo de nossa pesquisa, tanto nos grupos observados quanto nas entrevistas realizadas. Em uma das entrevistas, uma paciente, que vamos chamar aqui de Júlia, comenta sobre o contexto em que ela ficou sabendo que teria que fazer a cirurgia. Ela fala que já tinha feito todos os exames necessários, mas que a cirurgia só seria realizada dali a vários meses em função de aspectos burocráticos da instituição. No entanto, um dia ela recebeu um telefonema do hospital, no qual o funcionário informava que havia uma vaga e que a cirurgia dela seria realizada em duas semanas, causando um certo espanto na paciente, conforme o que ela relata: “Na hora que eu recebi a ligação eu fiquei meio chocada. Tentei ser forte, mas aí já desabei um pouco [...] Mas pra mim o choque principal foi saber que eu vou ser serrada ao meio, assim sabe, uma coisa bem dramática pra mim.”

No caso dessa paciente, talvez o choque pelo recebimento da notícia tenha sido ainda maior em função do histórico de sua doença. Júlia descobriu que tinha problema em uma das válvulas cardíacas quando tinha 14 anos, e desde então foi informada que deveria fazer um tratamento “por toda a vida”. No entanto, como não apresentava sintomas, ela parou de fazer o tratamento e seguiu sua vida sem acompanhamento médico, até que hoje, aos 46 anos, se encontrou diante da perspectiva de intervenção cirúrgica. Parece que, pelo fato dela ter vivido tantos anos postergando essa cirurgia, o choque pelo recebimento da notícia realmente abalou suas certezas. Ela se viu diante de um abismo.

Ainda no que diz respeito à reação frente ao recebimento da notícia de que teria que fazer a cirurgia, uma paciente comenta no grupo: “É a mesma coisa que botar água fria, depois quente, depois fria de novo. Dá aquele choque.” Talvez essa paciente tenha ficado tão chocada com o recebimento da notícia que precisou recorrer a “estados físicos” para se fazer entender. A angústia frente à necessidade cirúrgica pode ser tão ameaçadora que essa paciente não consegue expressar seus sentimentos de outra forma, com outras palavras.

Isso nos remete ao conceito freudiano de trauma, conceito que aparece pela primeira vez nas obras de Freud em *Estudos sobre a histeria* (1895/1995) quando fala sobre as pacientes histéricas, como sendo relacionado com uma primitiva sedução sexual. A noção de trauma remete, primeiramente, para uma concepção econômica, na qual o aparelho psíquico mostra-se incapaz de liquidar as excitações segundo o princípio da constância. No entanto, a noção de trauma assume maior valor em 1926, na teoria da angústia, quando Freud o reconhece como representado pelas perdas precoces, como a perda do amor da mãe e de outras pessoas significativas, ligando a ocorrência desses traumas psicológicos a um estado de desamparo.

A angústia, nos momentos que antecedem a cirurgia, pode desencadear uma clivagem, como postula Freud em *A divisão do ego no processo de defesa* (1938/1988). Segundo ele, duas reações contraditórias frente ao conflito constituem o ponto central do mecanismo de clivagem. Em nossa pesquisa, isso pode ser visualizado através da díade: medo de que alguma coisa aconteça *versus* a necessidade de se submeter à cirurgia em busca de uma melhoria na qualidade de vida.

Essa questão da clivagem frente à necessidade de intervenção cirúrgica pode ser entendida através da fala de uma paciente, Miriam, como vemos a seguir: “Mas eu me desesperei, eu não queria fazer de jeito nenhum. Eu dizia que morria mas não fazia a cirurgia.” Miriam, uma senhora de 64 anos, relata que o momento da notícia foi de grande sofrimento. No entanto, depois de uma conversa com seu médico, ela entendeu que a cirurgia era a melhor coisa a ser feita naquele momento, sendo a única opção para a melhoria em sua qualidade de vida. No momento da entrevista pré-cirúrgica, Miriam parecia conformada com a sua decisão, referindo que era melhor fazer a cirurgia enquanto “ainda dava tempo”.

Um outro fato que apareceu de forma bastante significativa, tanto nos grupos como nas entrevistas, é no que diz respeito ao inesperado da notícia. A cirurgia é sempre um elemento surpresa, mesmo quando os pacientes já sabem sobre a sua doença e fazem o devido tratamento,

conforme relata a paciente, Acássia, em uma das entrevistas: “A gente nunca espera que a gente vá ter que passar por uma cirurgia né...a gente sabe notícias de outros, mas parece que a gente nunca vai precisar disso.”

A relação entre religiosidade e medicina

A religiosidade é um fato bastante presente na vida dos pacientes cardíacos cirúrgicos, podendo funcionar como uma maneira do sujeito sentir-se mais seguro frente a tantas incertezas desse novo universo. Além disso, a referência a Deus é feita sempre em sua relação com a figura dos médicos, outra fonte de segurança nesse período, como pode ser visto através da fala de Miriam: “Eu me entrego a Jesus, tenho orado de montão e falo com ele, peço ajuda, peço que ele fique junto comigo, me cuidando, guiando as mãos dos médicos e que seja feita a vontade dele, porque viver assim não adianta.”

Essa questão de que “Deus vai estar guiando as mãos dos médicos” é interessante, pois nos faz pensar sobre que poderes esse paciente está delegando a esse médico. Para Moura (2003), o médico é feito pelo reconhecimento do doente como sendo ele o responsável por curar a sua dor, ou seja, é endereçado ao médico um pedido de ajuda, situando nele um Sujeito Suposto Saber. Uma outra paciente participante do grupo comenta sobre a importância de ter fé, dizendo: “A gente se entrega pra Deus e seja o que Ele quiser. Tem as mãos maravilhosas dos médicos também, que Deus com certeza está guiando.”

De certa forma, os pacientes dessa pesquisa retratam os médicos como sendo os “enviados” de Deus, como sendo seres que os vão protegê-los durante a cirurgia e devolver sua saúde física. O médico aparece como uma figura mista entre o científico e o religioso, uma fronteira entre ciência e religião.

Para Coura (1996), esse investimento mágico nos médicos é efetuado pelos pacientes e pela população em geral quando são acometidos por alguma doença. Além disso, esse investimento parece ignorar toda e qualquer racionalização científica que se queira impor ao exercício da medicina, tendo seu correspondente, na pessoa do médico, no que o autor denomina de “função sagrada”.

Com relação a isso, podemos nos remeter a Lévi-Strauss (1975) que, em seu texto *O feiticeiro e sua magia*, fala sobre a eficácia de certas práticas mágicas. Segundo ele, a eficácia da magia depende diretamente da crença da magia, sendo que esta se apresenta sob três aspectos

complementares. O primeiro aspecto refere-se à crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas. O segundo aspecto diz respeito à crença do doente que ele cura no poder desse feiticeiro, e o terceiro aspecto refere-se a confiança e às exigências da opinião coletiva.

Aqui, talvez possamos fazer uma relação do médico com a figura do feiticeiro, pois os pacientes atribuem ao médico um poder tão grande quanto ao que os sujeitos atribuem aos feiticeiros no texto de Lévi-Strauss. Os pacientes depositam uma confiança muito grande nos médicos que vão operá-los, e geralmente referem que tem uma força divina – no caso, Deus – que “guia a mão dos médicos” durante a cirurgia, assim como existe algum poder sobrenatural que guia os feiticeiros durante seus rituais de magia e cura.

Já em seu texto *A eficácia simbólica*, Lévi-Strauss (1975) faz uma relação interessante entre a figura do xamã e a do psicanalista. Para ele, o xamã promove a cura do paciente na medida em que fornece ao doente uma *linguagem* através da qual se torna possível exprimir estados não-formulados, sendo a passagem a esta expressão verbal que provoca o desbloqueio dos processos fisiológicos que deram origem à doença. A função do psicanalista, por sua vez, é tratar desse corpo e desse sintoma através da fala, intervindo na história do paciente e provocando efeitos terapêuticos por meio desse atravessamento. Em todos esses casos a transferência ocupa um poderoso lugar. Tanto o médico e o feiticeiro como o psicanalista e o xamã ocupam o lugar que Lacan (1964/1998) denominou de “Sujeito Suposto Saber”.

Um outro fato muito interessante é que os pacientes que já fizeram algum procedimento cirúrgico, mesmo tendo sido realizado há muitos anos atrás, buscam fazer a nova cirurgia no mesmo hospital e, preferencialmente, com o mesmo médico. Um exemplo disso aconteceu em um dos grupos, quando um paciente que hoje mora em uma cidade de outro Estado, disse que sua maior alegria foi quando soube que o médico que o operou há vinte anos atrás ainda trabalhava no mesmo hospital. Além disso, ele comenta também: “Esse tipo de coisa a gente guarda, lembro das coisas que eu senti há vinte anos atrás.”

Uma outra paciente, Miriam, relata que foi encaminhada para um hospital para fazer todos os exames e, futuramente, a cirurgia. Porém, conta que desistiu de tudo em função da forma como foi atendida pelo médico: “Eu não ia fazer uma cirurgia com um doutor que a gente não pode nem fazer perguntas. Meus exames ficaram lá marcados, já era pra eu ter feito a cirurgia até...mas eu não quis, preferi fazer com o médico que eu já conhecia.”

Esse fato vai ao encontro do que afirmam Barbosa e Mendelssonh (1992), quando referem que pode ocorrer que, pela confiança exagerada no cirurgião, o paciente e seus familiares passem a acreditar e criar expectativas de que ele elimine todo o mal e promova a cura do paciente, como se ele tivesse o controle da vida e da morte.

Mais uma vez ficamos pensando que poder é esse que o médico exerce e que lugar ele ocupa no imaginário do paciente. Não é novidade que o médico ocupe o lugar que Lacan denomina de “Sujeito Suposto Saber”, mas existe algo que transcende, pois existe uma carga de confiança muito grande que é depositada nesse profissional, como dificilmente podemos ver em outras situações e com outras categorias profissionais.

Sintomas e fantasias

Tanto através das observações nos grupos como nas entrevistas, foi possível percebermos que existem diferenças significativas entre um paciente que apresenta sintomas da doença e outro que não apresenta. O paciente sintomático parece aceitar melhor a necessidade da cirurgia, pois convive com sintomas que causam prejuízos em todas as esferas de sua vida. Com relação a isso, em um dos grupos, um senhor de aproximadamente 50 anos relata: “Minha vida sexual mudou muito depois da doença. Quase não faço, e quando faço eu tenho que sentar na cama depois e tenho uma sensação de que eu vou morrer.” Logo depois, ele ainda comenta: “Se eu tivesse uma só chance de fazer a cirurgia eu faria...não deixava a chance escapar.”

Quando o paciente apresenta os sintomas e sofre em função deles, pode ser que a aceitação da doença e da cirurgia torne-se mais compreensível, já que sentem que alguma coisa em seu corpo não vai bem e que a cirurgia pode ser a única maneira de curá-los e livrá-los da dor. Ou seja, os pacientes que apresentam sintomas conseguem lidar com o evento traumático de uma forma diferente daqueles que não apresentam.

No entanto, quando os pacientes são assintomáticos, eles não entendem o porquê da necessidade de procedimento cirúrgico, chegando uma paciente a relatar: “eu poderia viver muito bem o resto da minha vida sem essa operação.” Nos casos em que a doença cardíaca não causa nenhum prejuízo aparente na vida do sujeito e que não aparece em sua forma mais “concreta” parece ser mais difícil a aceitação da necessidade da cirurgia.

Em um dos grupos, por exemplo, uma paciente fala emocionada: “Eu recebi a recomendação do meu médico pra fazer a cirurgia, mas às vezes eu fico pensando: será que eu

tenho mesmo que fazer essa cirurgia? Eu não sinto nada, me sinto bem, não tenho sintoma nenhum, não sinto cansaço. Realmente não entendo porque tenho que fazer a cirurgia.” Nesse momento, a paciente chora e se emociona muito, provocando certa comoção coletiva no grupo. Nota-se que, a partir desse momento, todos os pacientes tentam tranquilizar a paciente, falando que também já se sentiram assim, mas que agora conseguem entender como as coisas realmente são. É um movimento coletivo interessante de tentar conter a angústia dessa paciente.

Mais uma vez fica claro que quando a doença cardíaca assume uma forma “silenciosa”, ou seja, quando os pacientes não apresentam nenhum tipo de sintoma que esteja prejudicando o andamento de sua vida e de suas atividades, fica mais difícil entender e aceitar a indicação cirúrgica.

Com relação a isso, é importante salientar o papel das fantasias nesse período de “entendimento dos sintomas”. No caso dos pacientes do nosso estudo, é o apoio no sintoma que permite a construção das fantasias, ou seja, as produções fantasísticas ocorrem a partir dos sintomas da doença. Dessa forma, apresentar sintomas pode fazer com que o paciente tenha uma representação da doença e construa fantasias a seu respeito, sendo uma forma de conter a angústia causada pelo recebimento da notícia de que terão que fazer a cirurgia. É o que podemos observar na narrativa do senhor citado no primeiro parágrafo desse item, pois a doença implica para ele uma diminuição de sua atividade sexual, o que demonstra que estar doente está associado à perda de sua condição sexual, e a cirurgia aparece como possibilidade de restaurar esta capacidade.

Por outro lado, quando o paciente é assintomático ele fica sem a representação da doença, sendo talvez mais difícil produzir fantasias a partir da falta de sintoma. É preciso representar o corpo doente para poder suportar a intervenção cirúrgica. Em umas das entrevistas, o paciente Marcos comenta sobre o susto que ele levou ao saber que seus exames não estavam bons e que ele teria que fazer a cirurgia. O fato de ele levar uma vida saudável, com bons hábitos e uma boa qualidade de vida – livre de sintomas – levou-o a “desconfiar” do diagnóstico, como ele apresenta em sua fala: “Quando eu levei meus exames pro meu médico e ele me disse o resultado [que não estavam muito bons] eu disse pra ele: ‘mas será que esses exames não são de um velhinho que tava lá na minha frente e também fez os exames? Será que não trocaram os exames?’ [...] Eu sempre tive uma vida saudável, nunca senti nada.”. Essa fala pode estar indicando que o fato de se deparar com a necessidade da cirurgia passa por uma constatação de seu envelhecimento.

Nesse caso, já existe um início de representação da fantasia, mas ainda de um jeito clivado, isto é, pensar que a doença não é minha, mas sim do “outro” que também fez os exames.

Para Kruehl (1999), a psicanálise parte do pressuposto de que não existe um saber total sobre o próprio sujeito ou sobre o outro. Esse ponto de não-saber pode ser encarado de duas maneiras: de um lado, representa a fonte da eterna possibilidade de mudança para o homem, pois ele nunca permanece estático. Por outro lado, esse ponto de não-saber é fonte de angústia, criando temor e incertezas. Desse modo, as fantasias surgem nesse ponto como ancoragens mais seguras e como sendo pontos de certezas em uma vida que está sendo inundada de dúvidas e angústia.

A hospitalização e o sentimento de dependência

A instituição hospitalar é um local caracterizado por sua assepsia, profissionais especializados e rotinas muito bem estruturadas com o objetivo de manter o controle sobre o paciente e sobre sua doença. O paciente, ao entrar no hospital, tem sua vida e seu corpo sob controle: é controlada sua pressão, sua temperatura, sua alimentação, sua medicação e seus hábitos. Em função de todo esse controle exercido, não sobra espaço para a subjetividade do paciente.

O controle externo coloca o paciente num lugar de relação objetal primária. Ele tem que suportar estar à mercê de uma equipe de profissionais que lida com seu corpo de uma forma meramente objetal, sem subjetividade. Isto pode ser comparado ao estado de desamparo original do bebê, que o situa em uma posição de dependência absoluta da figura materna. Na medida em que essa mãe investe libidinalmente nesse bebê, o corpo da criança torna-se corpo erógeno. Do mesmo modo, esse paciente precisa suportar estar no lugar de um bebê dependente, porém, sem o olhar desejante dessa mãe e/ou dessa equipe.

De acordo com Foucault (1979), o hospital, como instituição terapêutica que conhecemos hoje, é uma invenção do final do século XVIII. Antes disso, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, uma espécie de morredouro, um lugar onde morrer. As pessoas que trabalhavam no hospital eram os religiosos e leigos, que estavam ali para fazer uma obra de caridade. Até meados do século XVIII, hospital e medicina permaneceram independentes.

Ainda segundo esse autor, a reorganização do hospital ocorreu a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política. É a disciplina, sua introdução no espaço do hospital que vai possibilitar sua medicalização. Portanto, é o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar que está na origem do hospital médico, como conhecemos hoje. Esses dois fenômenos se ajustam com o surgimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar “o enquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados.” (p. 108).

O paciente, ao ser hospitalizado, insere-se em um ambiente repleto de regras e rotinas já instituídas, as quais ele precisa se adaptar. No entanto, o que muitas vezes passa despercebido é que o paciente é um ser dotado de subjetividade, que tem sua própria história de vida e que teve sua rotina interrompida em função de ser hospitalizado e submeter-se ao procedimento cirúrgico. Desse modo, em alguns casos, é complicado para o paciente adaptar-se a todo esse processo, que para ele soa como novo e desconhecido. Conforme relata Marcos: “Está sendo um pouco enjoado ficar aqui sem muita coisa pra fazer, só esperando o tempo passar e olhando pras paredes. Eu vou ver se depois da cirurgia eu já posso ler jornal, pegar uns livros pra ler.”

Esse movimento de levar ao hospital objetos, como travesseiros e livros, pode estar representando uma tentativa de o paciente colocar um pouco de subjetividade em um ambiente onde ela não tem lugar. Esses objetos podem funcionar como um vínculo com a realidade “extra-hospital”, como uma forma de dar continuidade a sua vida e de colocar um pouco de si naquele ambiente tão cheio de neutralidade.

Para Estivalet (2000), na situação de hospitalização, a subjetividade do paciente é excluída com o objetivo de não interferir no procedimento terapêutico. O discurso médico, enquanto organizador do sistema hospitalar, categoriza os pacientes pela patologia, define determinado número de leitos para cada doença, cria serviços cada vez mais especializados e disciplina normas e rotinas na tentativa de constituir um saber de domínio sobre o corpo.

Em alguns casos, essa mudança de rotina pode provocar certa confusão no paciente, decorrente da inversão de papéis sociais que pode acontecer na ocasião de hospitalização e, principalmente, nos casos de pacientes cirúrgicos. Muitas vezes, o paciente possui uma vida ativa, tem seu trabalho e outros compromissos, e, no momento em que é hospitalizado, precisa

suspender as suas atividades e inserir-se em um contexto onde existem regras e rotinas a que ele precisa sujeitar-se, perdendo assim muito de sua autonomia.

Com relação a isso, uma das pacientes, Júlia, comenta: “Eu sempre fui muito de querer fazer tudo sozinha, de querer tomar conta de tudo, né, então essa pra mim é a pior parte. Saber que eu vou ter que depender de alguém pra fazer as coisas, pra fazer comida, pra cuidar da casa, então pra mim isso é o pior.” E complementa essa idéia falando: “Por ficar fora de casa, ficar parada olhando pras paredes...o tempo não vai passar. Ao invés de dez, vai parecer que são trinta dias. Essa questão de depender das enfermeiras pra tudo também incomoda, mais ainda do que em casa, porque são pessoas que não conheço.”

Os entrevistados também parecem vivenciar a ida ao hospital como um abandono sentimental do lar, que é sentido como um rompimento dos laços que indicavam segurança. Em função disso, surge a necessidade de levar algum acompanhante ao hospital, na tentativa de diminuir a sensação de abandono – tanto de abandonar quanto de ser abandonado. Isso pode ser analisado através das seguintes falas de Acássia e Joel, respectivamente: “Eu tô muito nervosa. Tô me sentindo meio perdida...acho que é porque eu tô longe de casa também” e “A minha esposa trouxe também coisas pra bordar, ponto cruz, um monte de coisas, ela vai ficar todo o tempo aqui comigo.”

O período pós-cirúrgico e a Unidade Pós-operatória (UPO)

O período pós-operatório é marcado, de alguma forma, por dois momentos distintos, cada um com suas peculiaridades. O primeiro período é o pós-operatório imediato, no qual o paciente permanece aproximadamente 48 horas na UPO, que é para onde ele é levado logo após o término de sua cirurgia. Depois desse período, o paciente é levado para o quarto, onde ele permanece em média por mais oito dias até a alta hospitalar. No quarto, o paciente já começa a se movimentar, pode contar com a presença dos familiares e começa a retomar a sua vida.

No hospital onde a presente pesquisa foi desenvolvida, a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) recebe o nome de Unidade Pós-operatória (UPO). A UPO, como qualquer outra UTI, caracteriza-se pelos cuidados intensivos por parte da equipe e por um ambiente caracteristicamente asséptico e, de certa forma, hostil. É nesse ambiente que o paciente acorda da anestesia, ainda com o tubo, sondas e um pouco desorientado, conforme o relato de Joel: “Uma

sensação meio estranha, eu me senti meio estranho perguntando assim onde é que eu tô, mas depois passou.”

Para Souza e Barros (1999), apesar de todo o avanço tecnológico que o mundo tem acompanhado nas últimas décadas, as UTIs, mesmo sendo essenciais para a recuperação da saúde, ainda são um lugar mobilizador de muita angústia. Para essas autoras, enquanto o aprimoramento tecnológico aparece a cada dia com mais aparelhos e exames, isto é, com uma leitura orgânica sofisticada acenando para maiores possibilidades de vida, a subjetividade do sujeito não encontra espaço nesse ambiente.

Talvez isso aconteça justamente em função do histórico cultural das UTIs, que eram vistas antigamente como ante-salas da morte. Tanto os pacientes como seus familiares apresentam muitas dúvidas com relação à UPO, perguntando exaustivamente à equipe tudo o que se refere a esse período. Talvez isso ocorra também pelo fato de que, na UPO, os pacientes permanecem a maior parte do tempo sozinhos, sendo o horário de visitas extremamente restrito. As fantasias com relação ao que acontece com os pacientes na UPO podem estar escondendo uma angústia muito grande por parte dos familiares, já que não podem ficar junto com o paciente em um momento tão delicado de sua recuperação.

Segundo Beyers e Dudas (1989), a experiência cirúrgica expõe o paciente a ambientes estranhos e desconcertantes, equipamentos complexos, muitas pessoas diferentes e diversos procedimentos estressantes e, em determinadas situações, constrangedores. Todos esses eventos fazem com que o paciente se sinta vulnerável, inseguro e assustado, podendo até causar uma perda temporária da identidade. Medo do desconhecido, da anestesia, da dor, incapacidade e perda do controle e da morte, tudo isso afeta o estado emocional do paciente.

A perda de identidade, segundo os autores supracitados, é apenas uma das reações possíveis em pacientes que permanecem certo período de tempo na UPO. Podem ocorrer também confusões psíquicas desencadeadas pelo próprio ambiente, pois o paciente constantemente perde a noção de tempo quando se encontra naquela unidade, como demonstram os relatos de Miriam: “Quando eu me acordei eu não me lembro. Eu sei que uma hora eu tava sentada...mas aí eu já tinha voltado, porque eu me lembro, daí eu já tava acordada. Lembro que me fizeram sentar, mas aí eu achava que isso era no dia da cirurgia...mas não era, já era no outro dia [...] Uma colega minha de quarto disse que lá na UPO eu loquiei uma hora lá. Eu não sei que horas da noite, depois elas me falaram que era duas e meia, três horas da noite, mas a gente ali não sabia se era

dia, se era noite, o que era. Aquele movimento, aquela coisrada, né. E dizem que eu só queria saber do meu filho, perguntava sobre ele, dizia que queria ele ali.”

O trauma decorrente do período de internação na UPO pode causar uma ruptura da imagem corporal, implicando na perda da condição erógena. Para Soares (2000), o paciente internado em UTI nos faz pensar a questão da destituição, muitas vezes selvagem, de sua realidade factual, decorrente da perda da própria imagem corporal, por se encontrar às vezes intubado e vivenciando a castração no próprio corpo. Também podem ocorrer pequenas alucinações, como no caso Acássia, que diz: “Eu ouvia vozes. Era como se eu tivesse conversando normal, só que eu acordava e não tinha ninguém. E não é que eu tivesse dormindo, era só eu fechar os olhos e já começava a ouvir.”

O período pós-operatório, quando o paciente já se encontra no quarto, é marcado por uma diferença de atitude no que diz respeito às falas desses pacientes. Os pacientes entrevistados estavam mais falantes na segunda entrevista, talvez porque seja mais tranquilo falar sobre a cirurgia depois de já ter passado por ela. Contar a experiência é mais necessário do que pensar sobre ela, antecipando o desconhecido – o que provavelmente cause angústia e desperte fantasias.

A palavra mais significativa nesta fase é “alívio”, pois todos os pacientes entrevistados recorriam a ela para expressar o que estavam sentindo nesse período pós-intervenção cirúrgica, como nos mostra o exemplo de Júlia: “Agora já passou e veio um alívio. Depois que passa é um alívio.”

Manipulação do corpo e anestesia

No hospital, o corpo erógeno constituído desde o momento do nascimento é tratado pela equipe de saúde enquanto corpo natural, anatômico. É manipulado enquanto objeto, sendo constituído sem o olhar do outro. As atenções estão voltadas para a cura do corpo, e no nosso caso, especificamente para o órgão cardíaco. Todas as questões de ordem subjetiva são deixadas em suspenso, sendo o paciente tratado como um corpo doente que está ali para ser curado.

Com relação a isso, torna-se importante salientar a função do psicanalista no ambiente hospitalar, pois ele atua em um momento de crise para o paciente e sua família, em que o sujeito percebe-se destituído de suas funções e características. Para Soares (2000), o psicanalista, frente a dor e o sofrimento do paciente, oferece sua presença-testemunha, permitindo que o lado de

realidade humana possa ser acolhido, ouvido e articulado numa cadeia, para que seja elaborado simbolicamente.

Em um momento no qual o paciente tem seu corpo manipulado por uma equipe desconhecida e sofrendo procedimentos invasivos e agressivos, a presença de um profissional habilitado para perceber o sujeito com todo seu aparato subjetivo é fundamental para um melhor entendimento de tudo que está acontecendo em sua volta.

Com relação a isso, houve um momento interessante em um dos grupos. Surge uma dúvida, coletiva, sobre se o coração é retirado do corpo durante a cirurgia ou não. A partir dos questionamentos da equipe, os pacientes começam a falar que pensavam que o coração era retirado, colocado em cima de uma mesinha e ali que era feita a cirurgia e os “reparos” necessários. Fazem relação com a troca de peça de um carro, dizendo que se conserta a peça e depois a coloca novamente no carro. É a clivagem que permite falar do próprio corpo como objeto, caracterizando-se por ser um mecanismo defensivo necessário para que o paciente consiga passar pela experiência da cirurgia.

Ainda com relação a esse assunto, uma questão levantada por um paciente pós é com relação a tricotomia (raspar os pêlos do corpo antes da cirurgia). Ele relata que ao acordar na UPO e se dar conta que estava sem pêlos no corpo e sem seu bigode ele perguntou em tom de brincadeira para uma das enfermeiras: “Me cortaram o bigode, raspam meus pêlos das pernas, será que trocaram o meu sexo também?”

Isso pode estar demonstrando uma fantasia de castração muito importante em pacientes cirúrgicos. Afinal, o que fizeram comigo enquanto eu não estava consciente? A manipulação do corpo sem a autorização, sem estar consciente, o estado de perda de controle total: tudo isso gera angústia no paciente. Eles já perderam tantas coisas (a perda de algumas atividades, de comer o que se gosta), que talvez fique a dúvida do que mais se tem a perder. Para Alberti (2002), toda cirurgia é sempre vivida como castração, em uma situação na qual o paciente encontra-se completamente assujeitado, muitas vezes sem o recurso para uma transferência apaziguadora. Em função disso, a presença dos pais – no caso de hospitalização de crianças e adolescentes – torna-se muito importante no momento pré-cirúrgico.

Todas essas questões colocadas pelos pacientes indicam a maneira como eles se portam frente à situação de cirurgia cardíaca. A questão de como seus corpos são manipulados durante o

período em que estarão sem controle aparece repleta de muita angústia e cercada de fantasias sobre o procedimento.

Para Sant'Anna (2001), sendo uma evidência que acompanha todo ser humano no decorrer de sua vida, o corpo é, contudo, finito e sujeito a transformações nem sempre desejáveis ou previsíveis. Para essa autora, são antigas as tentativas de minimizar os efeitos do que é desconhecido nos corpos. Da religião à ciência, o desejo de manter o próprio corpo sob controle, se possível desvendando-o exaustivamente, caracteriza a história de diversos povos e culturas.

A anestesia parece despertar sentimentos ambivalentes no paciente, pois ao mesmo tempo que evita a dor, impede o exercício de controle sobre o próprio corpo, levando o paciente a assumir uma posição passiva no processo. Uma paciente comenta sobre isso: “Eu fico apavorada, dizem que os médicos só esperam a gente dormir pra encher a gente de tubos...dizem que quando a gente dorme enfiam tudo pra tudo quanto é lado...e daí quando a gente acorda dá vontade de arrancar tudo aquilo que colocaram.”

O relato dessa paciente mostra as fantasias dos demais pacientes, a idéia de que “enfiam tubo pra tudo que é lado” refere um pensamento muito agressivo. A idéia de ser manipulado pelos médicos gera um grande medo e muitas incertezas com o que vai ser feito com o corpo enquanto eles estão dormindo.

Mieli (2002) escreve sobre as manipulações do corpo de natureza irreversíveis, afirmando que a intervenção voluntária sobre o real do corpo se impõe, de um modo geral, como uma “necessidade”. Segundo ela, uma manipulação voluntária irreversível – como no caso de tatuagens e cirurgias plásticas estéticas – funcionam como uma tentativa de dar estabilidade a uma forma que oscila. No entanto, ela faz uma relação com as manipulações causadas de modo acidental ou por doença, como no caso de cicatrizes, referindo que essas marcas “podem se fazer representantes de uma inscrição simbólica que solidifica a identificação narcísica, que celebra um acabamento da imagem subjetiva.” (p. 23).

Considerações Finais

A partir das observações dos grupos de pacientes cardíacos cirúrgicos e das entrevistas realizadas, podemos analisar algumas questões relacionadas ao paciente no período que compreende o pré e o pós-cirurgia cardíaca. Através da leitura do discurso nesses diferentes âmbitos, podemos compreender o lugar do sujeito no procedimento cirúrgico.

O período pré-cirúrgico caracteriza-se pelo inesperado. O recebimento da notícia da necessidade da cirurgia é sentido pelo paciente como uma ruptura e descontinuidade, uma situação traumática capaz de provocar incertezas e angústia, na medida em que o sujeito se percebe diante do desconhecido e ameaçador. A cirurgia pode produzir uma clivagem psíquica, pois ao mesmo tempo em que é uma ameaça de morte, é também muitas vezes a única possibilidade de vida. A cirurgia aparece como um fator surpresa mesmo nos casos nos quais ela é, de certa forma, esperada pelo paciente. Esse fato provavelmente reflita a idéia de que nunca estamos preparados para enfrentar determinados eventos que despertem tantas incertezas e que tenham uma relação tão direta com a nossa finitude.

A questão da religiosidade também esteve bastante presente na pesquisa. Muitos pacientes referem que confiam em Deus e que Ele vai “guiar a mão dos médicos” durante a cirurgia. Essa crença pode estar indicando uma forma de os pacientes se protegerem contra a angústia da ameaça de morte e de castração provocada pelo procedimento cirúrgico. Outro fato interessante é com relação à confiança depositada na figura do médico, sendo evidenciada naqueles pacientes que estão fazendo a cirurgia pela segunda vez (geralmente os pacientes de cirurgia de válvula cardíaca) e que buscam fazer a cirurgia com o mesmo profissional. Essa confiança no médico é um fenômeno difícil de se repetir com outras categorias profissionais, talvez em função dos pacientes imaginarem seus cirurgiões como sendo os detentores do poder sobre a vida e a morte e como salvadores, já que tiveram sucesso e reestabeleceram sua saúde na outra cirurgia.

Também percebemos como é grande a diferença com relação ao entendimento da doença entre os pacientes que apresentam sintomas e os que não apresentam. Quando o sintoma interfere na qualidade de vida do paciente, parece ser “mais fácil” entender a necessidade da cirurgia, pois os pacientes sabem que ela é a única maneira deles recuperarem muitas de suas capacidades perdidas com o início da doença. Já nos casos em que a doença cardíaca age de forma silenciosa e o paciente não apresenta sintomas, ele fica sem a representação da doença, sendo talvez mais difícil produzir fantasias a partir da falta de sintoma. É preciso representar o corpo doente para poder suportar a intervenção cirúrgica.

Um outro tema presente diz respeito à hospitalização e o sentimento de dependência decorrente. O hospital, com suas rotinas muito bem estruturadas, caracteriza-se por ser um lugar no qual as pessoas vão para serem medicadas, tratadas e curadas de suas doenças, não havendo espaço para a manifestação de subjetividade. Além disso, a cirurgia e a hospitalização provocam

nos pacientes um sentimento de dependência que não parece bem-vindo, visto que esses pacientes levavam uma vida ativa e independente até entrarem no hospital. Esse sentimento de dependência remete ao estado original de objeto, e a perda de controle sobre o próprio corpo provoca angústia.

Com relação ao período pós-operatório, podemos dizer que ele é marcado, de certa forma, por dois momentos distintos. O primeiro período refere-se ao pós-operatório imediato e caracteriza-se por um estado de confusão, perda da identidade corporal e pequenas alucinações. O trauma da cirurgia provoca uma ruptura na imagem corporal, e o fato de ter o corpo manipulado e cercado de aparelhos implica na perda da condição erógena do corpo. Já no outro período do pós-operatório, quando o paciente já se encontra no quarto, eles referem uma sensação de alívio por já terem passado pela cirurgia, embora demonstrem certa preocupação com relação a sua recuperação e com as mudanças em seus hábitos de vida.

A questão da manipulação do corpo também aparece com bastante frequência na fala dos participantes desta pesquisa. Ao entrarem no hospital, os pacientes têm seus corpos manipulados pela equipe de saúde responsável por seu atendimento. Além disso, o momento da cirurgia implica em perda de controle total sobre o próprio corpo, e, conseqüentemente, sobre a própria vida, despertando angústia e suscitando fantasias a respeito do que essa equipe desconhecida irá fazer com o corpo enquanto ele estiver sob o efeito da anestesia.

Esse estudo não pretende esgotar a discussão dos aspectos psíquicos relacionados com os pacientes cardíacos cirúrgicos. Esperamos estar contribuindo para se pensar na questão da qualificação do trabalho dos profissionais “psi” tanto no âmbito hospitalar como também nas clínicas e consultórios privados, nos quais muitos pacientes cirúrgicos procuram tratamento e cura para outras dores, além das físicas.

Referências

- ALBERTI, S. O Adolescente e seu Pathos. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 183-202, 2002.
- BARBOSA, H. ; MENDELSSONH, P. (1992). A conveniência operatória. In: BARBOSA, H. *Controle clínico do paciente cirúrgico*. 6 ed. São Paulo: Atheneu, 1992. p. 1-9.
- BEYERS, M. ; DUDAS, S. *Enfermagem médico-cirúrgica: Tratado de prática clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- COURA, R. *A Psicanálise no hospital geral*. São Paulo: Sarvier, 1996.

- ESTIVALET, E. (2000). Psicanálise e instituição hospitalar. *Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. Porto Alegre, n. 83, p. 24-27, 2000.
- FOUCAULT, M. (1979). O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 99-111.
- FREUD, S. *Estudos sobre a histeria*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. II, 1895/1995.
- FREUD, S. *A divisão do ego no processo de defesa*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 1938/1988.
- KRUEL, S.S. (1999). Uma verdade com estrutura de ficção. Psicanálise e o fantasma na prática hospitalar com crianças. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital. A criança e sua dor*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 47-55.
- LABAKI, M.E.P. *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- LACAN, J. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1964/1998.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1975). O feiticeiro e sua magia. In: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 193-213.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1975). A eficácia simbólica. In: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 215-236.
- MIELI, P. *Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.
- MOURA, M.D. (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In: MOURA, M.D. (Org.). *Psicanálise e hospital*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 3-15.
- SANT'ANNA, D.B. (2001). É possível realizar uma história do corpo? In: SOARES, C. (Org.). *Corpo e história*. Campinas: Autores Associados, 2001. p. 3-23.
- SOARES, C.P. (2000). Uma tentativa malograda de atendimento em um Centro de Tratamento Intensivo. In: MOURA, M.D. (Org.). *Psicanálise e hospital*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 41-48.
- SOUZA, E.M.C.D. ; BARROS, M.L.G.A. (1999). O mal-estar da culpa. In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital. A criança e sua dor*. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. p. 129-13

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da conclusão dessa dissertação de mestrado, é possível tecer algumas considerações sobre os temas expostos no decorrer do trabalho.

Ao longo desta pesquisa, observamos que as fantasias surgem como forma de conter a angústia do paciente cardíaco cirúrgico, na medida em que tenta restabelecer e manter certo equilíbrio subjetivo. De um modo geral, as fantasias dos pacientes cirúrgicos surgem como uma forma de preencher a lacuna, a ruptura com o suporte fantasístico do corpo, permitindo que esse sujeito lide com a angústia frente à intervenção. Em momentos de angústia, dúvidas e medo frente à procedimentos desconhecidos, as fantasias surgem como pontos de segurança.

Com relação a isso, é importante salientar a diferença apresentada entre os pacientes que apresentam sintomas da doença e os que não apresentam, enfatizando o papel das fantasias nesse período de “entendimento dos sintomas”. No caso dos pacientes do nosso estudo, é o apoio no sintoma que permite a construção das fantasias, ou seja, as produções fantasísticas ocorrem a partir dos sintomas da doença. Dessa forma, apresentar sintomas pode fazer com que o paciente tenha uma representação da doença e construa fantasias a seu respeito, sendo uma forma de conter a angústia causada pelo recebimento da notícia de que terá que fazer a cirurgia.

Percebemos que a questão referente à manipulação do corpo é mobilizadora de angústia, aparecendo com bastante frequência na fala dos participantes desta pesquisa. Ao entrarem no

hospital, os pacientes têm seus corpos manipulados pela equipe de saúde responsável por seu atendimento. Além disso, o momento da cirurgia implica em perda de controle total sobre o próprio corpo, e, conseqüentemente, sobre a própria vida, despertando angústia e suscitando fantasias a respeito do que essa equipe desconhecida irá fazer com o corpo enquanto ele estiver sob o efeito da anestesia.

Além disso, pensamos que a hospitalização também é um ponto interessante e que deve ser investigado. Ao entrar no hospital, o corpo erógeno, constituído desde o momento do nascimento, é tratado pela equipe de saúde enquanto corpo natural, anatômico. É manipulado enquanto objeto, sendo constituído sem o olhar do outro. As atenções estão voltadas para a cura do corpo, e no nosso caso, especificamente para o órgão cardíaco. Todas as questões de ordem subjetiva são deixadas em suspenso, sendo o paciente tratado como corpo doente que está ali para ser curado. O controle externo coloca o paciente num lugar de relação objetual primária. Ele tem que suportar estar à mercê de uma equipe de profissionais que lida com seu corpo de forma meramente objetual, sem subjetividade.

Apesar de termos encontrado e apresentado considerações significativas sobre o tema proposto, algumas questões ainda permanecem em suspenso e ficam como sugestões para próximas pesquisas. Uma delas é realizar a pesquisa no pós imediato, quando o paciente encontra-se na Unidade Pós Operatória (UPO). Percebemos essa necessidade de incluir o pós imediato em função dos aspectos abordados pelos pacientes com relação ao período em que permanecem na UPO, parecendo ser um período no qual o paciente encontra-se muito vulnerável e regredido.

Esperamos, com este estudo, estar contribuindo para se pensar na questão da qualificação do trabalho dos profissionais “psi” tanto no âmbito hospitalar como também nas clínicas e consultórios privados, nos quais muitos pacientes cirúrgicos procuram tratamento e cura para

outras dores, além das físicas. Com o avanço cada vez maior da medicina, hoje em dia, ao contrário do que acontecia no passado, existe cirurgia para praticamente todas as doenças que acometem o ser humano. Em função disso, o procedimento cirúrgico torna-se algo cada vez mais freqüente na vida de todos nós, mas, mesmo assim, não deixa de ser ameaçador e causa de muita angústia.

ANEXOS

ANEXO A

Resolução nº 002/2004 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA - PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado / Doutorado
Psicologia Clínica
Psicologia Social e da Personalidade

25/03/2004

RESOLUÇÃO n° 002 / 2004

A Comissão Coordenadora no uso de suas atribuições, tendo em vista a elaboração de Projetos de Pesquisa, Dissertações e Teses, resolve:

1) O Projeto de Pesquisa para o Curso de Mestrado, não deve ultrapassar 20 páginas, excetuando-se os itens de pré e pós-texto (ver Modelo no item 1.1). Três exemplares do projeto acompanhado pelos documentos exigidos pelo Comitê de Ética da Universidade e a Folha de Encaminhamento com a rubrica do(a) orientador(a) deverão ser entregues na Secretaria do PPGP para que seja protocolado e encaminhado à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia.

1.1) O Projeto deverá ser organizado seguindo orientação descrita no Quadro abaixo:

Pré-texto	Capa, Folha de rosto, Sumário
Texto	Introdução (como por exemplo: revisão da literatura, justificativa, objetivos geral e específico). Método (como por exemplo: opção metodológica, hipóteses, participantes, material/ instrumento, procedimentos de coleta de dados, proposta de análise de dados)/ Método (como por exemplo: opção metodológica, questões norteadoras, participantes, instrumentos, procedimentos de coleta de dados, proposta de análise de dados). Procedimentos éticos.
Pós-texto	Cronograma de trabalho Orçamento estimado Referências bibliográficas Anexos (Incluir o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido")

1.2) Quanto a apresentação, citações e referências no projeto o aluno poderá empregadas as normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas), da APA (*American Psychological Association*), do GRUPO DE VANCOUVER (Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas), ou outras, de acordo com interesses futuros de publicação em revistas científicas.



2) O **Exame de Qualificação** do Curso de Doutorado consiste na apresentação e defesa de Ensaio Temático Crítico e do Projeto de Tese. O ensaio temático crítico refere-se à revisão conceitual e empírica aprofundada da bibliografia da sub-área do conhecimento relacionado ao tema da tese, podendo estar organizado na formatação de artigo ou capítulo de livro. Seguindo a orientação descrita no quadro referido no item I.1, o projeto de tese deverá ser descrito em até 40 páginas e deverá vir acompanhado de resultados preliminares de pesquisa-piloto e do parecer de aprovação do projeto do Comitê de Ética. Ambos os documentos (ensaio temático crítico e projeto) deverão ser entregues no prazo de até 25 meses após a primeira matrícula.

2.1) Quatro exemplares do ensaio temático crítico e do projeto mais a "Folha de Encaminhamento" deverão ser entregues com a rubrica do(a) orientador (a) na Secretaria do PPGP para que seja protocolado e encaminhado ao Conselho de Professores. Três exemplares serão encaminhados para os membros da Comissão Examinadora e um, será protocolado na Secretaria.

3) A **Dissertação** do Curso Mestrado constará de um Artigo de Revisão Crítica de Literatura e de um Artigo Empírico com os resultados da pesquisa, ambos preparados para serem encaminhados para periódico científico, cujos nomes devem constar na folha de rosto de cada artigo. O projeto original deverá acompanhar a dissertação juntamente com exposição das alterações introduzidas (se for o caso), como também, o parecer de aprovação do projeto do Comitê de Ética em Pesquisa. A dissertação deverá ser rubricada pelo orientador e entregue para a Comissão Coordenadora, que encaminhará todo o material para a Reunião do Conselho de Professores do PPGP, para dar encaminhamento ao processo de defesa.

4) A **Tese** do Curso de Doutorado terá formato semelhante à Dissertação. Nela deverá constar um Artigo de Revisão Crítica de Literatura e dois Artigos Empíricos no mínimo, preparados para serem encaminhados para periódico científico, cujos nomes devem constar na folha de rosto de cada artigo. O projeto original deverá acompanhar a tese juntamente com exposição das alterações introduzidas (se for o caso), como também, o parecer de aprovação do projeto do Comitê de Ética em Pesquisa.

4.1) Dos artigos da Tese se espera maior complexidade e inovação metodológica, com contribuições originais. A tese deverá ser rubricada pelo orientador e entregue para a Comissão Coordenadora, que encaminhará todo o material para a Reunião do Conselho de Professores do PPGP, para dar encaminhamento ao processo de defesa.

5) Os **artigos** deverão ter caráter original, redigidos conforme normas de revistas indexadas (Lilacs, Medline, PsycInfo, Scielo) escolhidas para o futuro encaminhamento para publicação, em



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA - PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



termos de número de palavras ou laudas, tabelas, gráficos, figuras, número e normas para citações bibliográficas e lista de referências, estrutura de resumo e *abstract*, o nome das revistas para as quais os artigos serão submetidos deverá constar na folha de rosto do artigo. O(a) mestrando(a), doutorando(a) será o primeiro autor do(s) artigo(s) e o professor orientador o segundo autor.

Sala das sessões, em 25 de março de 2004.

Lilian Milnitsky Stein, Ph.D.

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA - PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado / Doutorado
Psicologia Clínica
Psicologia Social e da Personalidade*

12/03/2004

ADENDO
RESOLUÇÃO Nº 002 / 2004 de 25/03/2004

A Comissão Coordenadora no uso de suas atribuições, tendo em vista a elaboração de Projetos de Pesquisa, Dissertações e Teses, resolve:

No item 3:

3) A Dissertação do Curso Mestrado constará de um Artigo de Revisão Crítica de Literatura e de um Artigo Empírico com os resultados da pesquisa, ambos preparados para serem encaminhados para periódico científico, cujos nomes devem constar na folha de rosto de cada artigo. O projeto original deverá acompanhar a dissertação juntamente com exposição das alterações introduzidas (se for o caso), como também, o parecer de aprovação do projeto do Comitê de Ética em Pesquisa. Além disso, deverá incluir resumo da dissertação como um todo em português e inglês, palavras-chave e área e sub-área conforme classificação do CNPq (em anexo), na mesma página. A dissertação deverá ser rubricada pelo orientador e entregue para a Comissão Coordenadora, que encaminhará todo o material para a Reunião do Conselho de Professores do PPGP, para dar encaminhamento ao processo de defesa.

No item 4:

4) A Tese do Curso de Doutorado terá formato semelhante à Dissertação. Nela deverá constar um Artigo de Revisão Crítica de Literatura e dois Artigos Empíricos no mínimo, preparados para serem encaminhados para periódico científico, cujos nomes devem constar na folha de rosto de cada artigo. O projeto original deverá acompanhar a tese juntamente com exposição das alterações introduzidas (se for o caso), como também, o parecer de aprovação do projeto do Comitê de Ética em Pesquisa. Além disso, deverá incluir resumo da tese como um todo em português e inglês, palavras-chave e área e sub-área conforme classificação do CNPq (em anexo), na mesma página.

Sala das sessões, em 12 de agosto de 2004.

Lilam M. Stein

Dra. Lilam Militsky Stein

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia



ANEXO B

Normas de Publicação da Revista “Estudos de Psicologia”



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1413-294X *versão impressa*
ISSN 1678-4669 *versão online*

- [Objetivos e política editorial](#)
- [Apresentação dos manuscritos](#)
- [Procedimentos de submissão e avaliação dos manuscritos](#)
- [Direitos autorais](#)
- [Endereço para encaminhamento](#)

Objetivos e política editorial

A revista **Estudos de Psicologia (Natal)** publica trabalhos inéditos, sejam resultados de pesquisa em Psicologia e áreas afins, artigos teóricos e de revisão, comunicações, relatos de eventos científico-profissionais e resenhas de livros de destaque. Uma seção é dedicada a eventuais reimpressões de trabalhos de difícil acesso e/ou traduções; outra a comunicações breves, destinada sobretudo a trabalhos acadêmicos orientados por professores, realizados por estudantes de Psicologia.

Apresentação dos manuscritos

1. Os *artigos* deverão ser escritos *preferencialmente* em português, e obrigatoriamente com resumos em inglês e português. Os manuscritos deverão ser enviados em três vias impressas (em entrelinhamento duplo em toda a sua extensão, fonte *Times New Roman*, corpo 12, folhas de papel A4, com margem mínima de 2,5 cm em todos os lados) e uma cópia em disquete (completa, incluindo figuras e tabelas, em arquivos separados), com a utilização de qualquer processador de texto conversível ao padrão *Word for Windows*. Os manuscritos deverão ser organizados em seções (com respectivos sub-títulos) e o texto deve estar disposto em parágrafos (tal como na forma final publicada na revista), tendo suas páginas numeradas no alto, à direita, com algarismos arábicos. Solicita-se explicitamente a não utilização de recursos especiais de edição na cópia em disquete, como macros e hifenização. A submissão original deve ser composta de: **carta de encaminhamento** assinada por todos os autores (1 via), **página de rosto identificada** (1 via), e três vias do manuscrito propriamente dito, compreendendo: **página de resumo**, **página de abstract**, e texto do trabalho, incluindo referências bibliográficas, tabelas,

figuras, notas e apêndices, em conformidade com os limites de número máximo de páginas indicados abaixo.

2. Na **Página de Rosto Identificada**, deverão constar:

- (a) o título completo do manuscrito;
 - (b) sugestão de título abreviado;
 - (c) o nome completo de cada autor, seguido de filiação institucional atual, titulação máxima, área e instituição de obtenção desse título;
 - (d) o endereço completo para correspondência com os autores, incluindo, nome da pessoa de contato, telefone, fax e endereço eletrônico (E-mail).
- Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

3. A Página do **Resumo em Português** deverá conter:

- (a) título completo do manuscrito;
- (b) resumo em português, com mínimo de 100 e máximo de 150 palavras no caso de relatos de pesquisa, estudos teóricos e revisões críticas; e 50 a 100, no caso de relatos de experiência profissional e notas técnicas;
- (c) indicação de três a cinco palavras-chave em português, em minúsculas, separadas por ponto-e-vírgula.

4. A Página do **Resumo em Inglês (Abstract)** deverá conter:

- (a) título completo manuscrito em inglês;
- (b) *abstract* (tradução do resumo para o inglês);
- (c) indicação de três a cinco *key words* (tradução das palavras-chave para o inglês), em minúsculas, separadas por ponto-e-vírgula.

5. Os **relatos de pesquisa, estudos teóricos e revisões críticas da literatura** não deverão exceder 25 páginas, incluindo o texto, figuras, tabelas, referências bibliográficas, notas e anexos. **Relatos de experiência profissional e notas técnicas** deverão ter, no máximo, 15 páginas, e as **resenhas**, 5 páginas.

6. As **referências bibliográficas** deverão ser relacionadas alfabeticamente, no final do texto, pelos nomes dos autores e cronologicamente por autor, conforme normas da 5ª edição do *Publication Manual da American Psychological Association* (APA), de 2001 (pp. 215-281). Apresentamos exemplos de casos mais comuns, para orientação, incluindo caracteres em itálico e recuo de aproximadamente cinco espaços a partir da segunda linha, em *formatação que deve ser empregada* nos manuscritos submetidos à Revista:

6.1. *Livros e obras tomados na íntegra:*

Chauí, M. (1984). *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense.

Moura, M. L. S., & Correa, J. (1997). *Estudo psicológico do pensamento: de W. Wundt a uma Ciência da Cognição*. Rio de Janeiro: EDERJ.

Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.

6.2. *Capítulos de coletâneas:*

Frigotto, G. (1998). A educação e a formação técnico-profissional frente à globalização excludente e o desemprego estrutural. In L. H. Silva (Org.), *A escola cidadã no contexto da globalização* (pp. 218-238). Petrópolis: Vozes.

Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (1995). Introduction to multivariate statistics. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Orgs.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.

6.3. *Artigos em periódicos científicos:*

Mello, S. L. (1992). Classes populares, família e preconceito. *Psicologia USP*, 3, 123-130.

6.4. *Trabalhos não-publicados ou no prelo:*

Rachi, K. (1990). *Educação escolar brasileira: um reexame dos estudos tendo por centro de análise a categoria de "contradição"*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Ades, C. (no prelo). A construção da teia geométrica enquanto instinto: primeira parte de um argumento. *Psicologia USP*.

6.5. *Trabalhos apresentados em eventos científicos e publicados em anais:*

Meneghini, R., & Campos-de-Carvalho, M. I. (1995). Áreas circunscritas e agrupamentos seqüenciais entre crianças em creches [Resumo]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *XXV Reunião Anual de Psicologia. Resumos* (p. 385). Ribeirão Preto: Autor.

6.6. *Trabalhos apresentados em eventos científicos e não-publicados:*

Haidt, J., Dias, M. G., & Koller, S. (1991, fevereiro). *Disgust, disrespect and culture: moral judgement of victimless violation in the USA and Brazil*. Trabalho apresentado no Annual Meeting of the Society for Cross-Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.

6.7. *Obra antiga e re-editada em data muito posterior e traduções:*

Piaget, J. (1973). *A linguagem e o pensamento da criança* (3ª ed.,

M. Campos, Trad.). Rio de Janeiro: Fundo de Cultura. (Texto original publicado em 1956)

Observação: no corpo do texto, a notação deve ser a seguinte: Piaget (1956/1973).

6.8. Autoria institucional:

American Psychological Association (2001). *Publication manual* (5ª ed.). Washington: Autor.

6.9. Comunicações pessoais:

Cartas, conversas (telefônicas ou pessoais) e mensagens de correio eletrônico **não** devem ser incluídas na seção de Referências mas apenas no texto, na forma iniciais e sobrenome do emissor e data (S. L. Mello, comunicação pessoal, 15 de setembro de 1995).

6.10. Citações secundárias:

Quando for **absolutamente inevitável**, pode-se citar um texto contido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido consultado. Neste caso, deve-se citar na seção de Referências apenas a obra consultada e no corpo do texto, indicar autores e datas dos dois textos, conforme o exemplo: “Piaget (1932, citado por Flavell, 1996)”.

7. As **remissões bibliográficas** sem a citação literal devem ser incorporadas ao texto, entre parênteses, seguindo o padrão:

- até dois autores, sobrenome(s) e ano de publicação em todas as citações;
- de três a cinco autores, o sobrenome dos autores é citado na primeira inserção e, da segunda vez em diante, somente o do primeiro autor seguido de “et al.” e ano de publicação;
- com seis autores ou mais, o sobrenome do primeiro autor seguido de “et al.” e ano em todas as citações.

8. No caso de **citação literal**, o trecho deve aparecer entre aspas, com indicação da(s) página(s) de onde foi(foram) retirada(s) logo após a citação. Citações com mais de 40 palavras devem ser colocadas em bloco separado, sem aspas, nem itálico, com recuo com relação à margem esquerda de cinco espaços. Observar as notações para apresentação de citações nas páginas 117-122 do *Publication Manual* da APA.

9. As **notas de rodapé** devem restringir-se à complementação de informações que, julgadas relevantes, não caibam na sequência lógica do texto. Notas bibliográficas devem ser evitadas.

10. As **figuras e tabelas**, elaboradas segundo os padrões definidos pela APA (pp. 147-201), deverão vir em folha separada, identificadas com título e número. No verso da folha, anotar apenas

o título completo do manuscrito. Indicar no corpo do texto o local aproximado onde deverão ser incluídas. As tabelas e as figuras devem ser apresentadas **em preto e branco** e não poderão exceder o tamanho de 17,5 x 23,5 cm. Sugere-se a utilização dos softwares *Word for Windows* e *Excel* – ou compatíveis – para a construção das figuras/tabelas. No caso de utilização de fotografias e ilustrações, solicita-se, ou o envio dos originais, ou cópias digitalizadas em formato TIF não-comprimido, resolução de 1.200 dpi. O aproveitamento ficará, em ambos os casos, condicionado à qualidade do material.

11. Qualquer material adicional considerado indispensável para a compreensão do texto (questionários, protocolos de entrevista, testes etc.) ou tabelas muito longas, devem ser apresentados em **Apêndice**. Os apêndices devem ser apresentados em nova página, identificados por letras maiúsculas (Apêndice A, Apêndice B etc.). A numeração de cada tabela apresentada no apêndice deve ser precedida pela letra identificadora do apêndice (Tabela A1, Tabela C3 etc.). Para detalhes, consultar o Manual de Publicações da APA (pp. 205-207).

12. Todo e qualquer manuscrito submetido à Revista deve ser acompanhado de **carta de encaminhamento** assinada por todos os autores, na qual estejam explicitados: a intenção de submissão e eventual publicação pela revista; a categoria em que o trabalho proposto se insere, conforme indicado acima (artigo teórico, relato de pesquisa, resenha, etc.); a garantia de observação de procedimentos éticos, quando aplicável; e afirmação de que o texto não está sendo submetido simultaneamente a outro periódico.

13. No caso de estudos envolvendo seres humanos, será exigida, nos termos das Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, documento comprobatório da aprovação por parte de Comissão ou Comitê de Ética da instituição na qual foi realizada a pesquisa, quando da aceitação do manuscrito para publicação.

Procedimentos de submissão e avaliação dos manuscritos

Os manuscritos que se enquadrarem nas modalidades de trabalho especificadas acima, passarão pelo seguinte procedimento (representado graficamente na figura que consta da versão publicada):

1. Verificação do manuscrito submetido à Revista, quanto ao atendimento dos seguintes requisitos:
 - (a) carta de encaminhamento assinada pelos autores (item 12);

- (b) página de rosto identificada, conforme item I.1;
- (c) página do resumo em português (conforme item I.2);
- (d) página do resumo em inglês (*abstract*), conforme item I.3;
- (e) três vias impressas do manuscrito, em papel A4;
- (f) referências bibliográficas (corpo do texto e lista ao final) conforme normas da APA;
- (g) número máximo permitido de páginas, incluindo referências, tabelas, etc. (relatos de pesquisa, estudos teóricos e revisões críticas, 25 páginas; relatos de experiência profissional e notas técnicas, 15 páginas; e resenhas, 5 páginas), com texto em entrelinhamento duplo, fonte *Times New Roman*, corpo 12;
- (h) arquivo(s) em disquete;

Os originais não-qualificados não serão devolvidos, mas notificar-se-á tal fato aos autores.

2. Encaminhamento para emissão de parecer por parte de membros do Conselho Científico da revista e/ou consultores *ad hoc*.
3. Recepção dos pareceres, com recomendação para aceitação (com ou sem modificações) ou recusa. Os autores serão notificados sobre os pareceres com a maior brevidade possível (cópias integrais dos pareceres serão enviados aos autores, preservadas as identidades dos consultores).
4. No caso de aceitação para publicação, a Comissão Editorial reserva-se o direito de introduzir pequenas alterações para efeito de padronização conforme os parâmetros editoriais da Revista.
5. O processo de avaliação por parte de pares utiliza o sistema de *double blind review*, preservando a identidade dos autores e consultores. Por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.
6. A decisão final acerca da publicação ou não do manuscrito é sempre da Comissão Editorial.

Direitos autorais

A aprovação dos textos implica a cessão imediata e sem ônus dos direitos de publicação na revista **Estudos de Psicologia**, que terá a exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará, não obstante, a deter os direitos autorais para publicações posteriores. No caso de republicação dos artigos em outros veículos, recomenda-se a menção à primeira publicação em *Estudos de Psicologia*.

O autor principal do texto receberá cinco exemplares da edição em que aquele foi publicado. Os originais não-publicados não serão devolvidos.

Endereço para encaminhamento

O material para ser submetido à aprovação para publicação deverá ser encaminhado para o seguinte endereço:

Revista Estudos de Psicologia – UFRN
Caixa Postal 1622
59.078-970 Natal RN
Tel. (084)215-3590 / 215-3588
Fax (084)215-3589
E-mail: revpsi@cchla.ufrn.br

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2001-2004 *Estudos de Psicologia (Natal)*

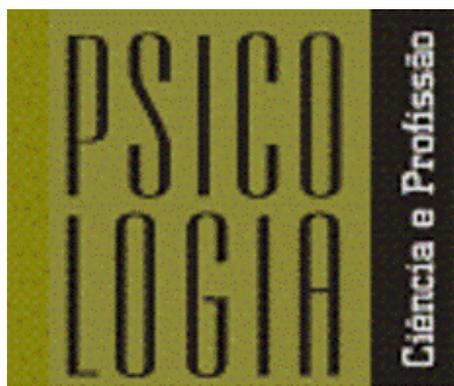
Caixa Postal 1622
59078-970 Natal RN Brasil
Tel.: +55 84 215-3590
Tel./Fax.: +55 84 215-3589
Fax: +55 84 211-9211



revpsi@cchla.ufrn.br

ANEXO C

Normas de Publicação da Revista “Psicologia: Ciência e Profissão”



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Informações Gerais](#)
- [Orientações editoriais](#)
- [Tipos de texto](#)
- [Apresentação dos trabalhos](#)
- [Citações no texto](#)
- [Referências](#)
- [Endereço](#)

ISSN 1414-9893 *versão impressa*

[Informações Gerais](#)

A revista Psicologia: Ciência e Profissão é editada pela autarquia Conselho Federal e Conselhos Regionais de Psicologia e propõe-se a publicar artigos à atuação/formação profissional do psicólogo, ensino de Psicologia bem como manuscritos de reflexão crítica sobre a produção de conhecimento na área. Tais diretrizes são definidas pelos Conselhos e executadas pela Comissão Editorial, formada por psicólogos indicados regionalmente pelos Conselhos Regionais e um conselheiro do CFP. Os artigos deverão ser de autoria de psicólogos, estudantes de Graduação e Pós-Graduação e pesquisadores.

[Orientações editoriais](#)

Os artigos devem ser inéditos e seus originais serão submetidos a exame pela Comissão Editorial, que poderá fazer uso de consultores ad hoc, a seu critério, omitida a identidade dos autores. Estes serão notificados da aceitação ou não dos artigos. Os originais não serão devolvidos. Pequenas modificações no texto serão feitas pela Comissão Editorial, mas as modificações substanciais serão solicitadas aos autores. Os artigos assinados expressam a opinião de seus autores. É permitida a reprodução parcial dos artigos desde que citada a fonte. Em síntese, o fluxo de artigos que chegam ao CFP é o seguinte: 1) encaminhamento para dois pareceristas; 2) encaminhamento do parecer para a Comissão Editorial para decisão final; 3) informação para o autor: se recusado, se aprovado ou se necessita de reformulações (neste caso, é definido um prazo de 30 dias, findo o qual o artigo é desconsiderado, caso o autor não o reformule); 4) para os aprovados, encaminhamento para a composição e diagramação; 5) encaminhamento do texto diagramado e ilustrado para o

autor revisar (o prazo é de uma semana para retornar ao CFP);
6) publicação.

Tipos de texto

1. Estudos teóricos/ensaios - análises de temas e questões fundamentadas teoricamente, levando ao questionamento de modos de pensar e atuar existentes e a novas elaborações (aproximadamente 20 laudas);
2. Relatos de pesquisa - investigações baseadas em dados empíricos, recorrendo à metodologia quantitativa e/ou à qualitativa. Neste caso, é necessário conter introdução, método, resultados e discussão (aproximadamente 20 laudas);
3. Relatos de experiência profissional- relatos de experiência profissional de interesse para as diferentes práticas psicológicas (aproximadamente 15 laudas);
4. Comunicações - relatos breves de pesquisas ou trabalhos apresentados em reuniões científicas/eventos culturais (aproximadamente 10 laudas);
5. Ressonâncias - comentários complementares e réplicas a textos publicados em números anteriores da revista (aproximadamente 10 laudas).

Apresentação dos trabalhos

A apresentação dos artigos deve seguir a seguinte ordem de preferência:

1. O original deve ser enviado ao CFP com uma carta de encaminhamento assinada pelo autor (no caso de único) ou por todos os autores (no caso de co-autoria), autorizando o processo editorial e garantindo que todos os procedimentos éticos exigidos foram atendidos.
2. Folha de rosto com o nome do(s) autor(es) contendo: a) título em português; b) título em inglês; c) nome de cada autor, seguido da afiliação institucional e titulação; d) endereço completo para publicação e para envio de correspondência, fax, telefone e endereço eletrônico (se disponível).
3. Folha de rosto sem o nome do autor, contendo apenas: a) título em português (com no máximo 10 palavras); b) título em inglês.
4. Resumo em português, com no máximo 150 palavras e acompanhado de quatro palavras-chave.
5. Resumo em inglês (abstract), compatível com o resumo em português.
6. Texto digitado em Times New Roman, fonte 12, espaço

1,5cm e margens de 2 cm. O texto deverá ser apresentado em três vias em papel impresso e em disquete no formato Word for Windows (.doc). Não deve conter no texto qualquer elemento que identifique o(a) autor(a). (ex. Papel timbrado, rodapé com o nome do autor, título de trabalho de pesquisa realizado etc.).

7. Anexos, apenas quando de fato sejam indispensáveis à compreensão do texto. Devem comparecer no final do texto, numerados na ordem de apresentação.

8. Figuras e tabelas devem incluir legendas e serem digitadas separadamente em arquivo eletrônico.

Citações no texto

1. As notas não bibliográficas devem ser reduzidas a um mínimo, ordenadas por algarismos arábicos e colocadas ao final do artigo, antes das referências.
2. As citações de autores devem ser feitas por meio do último sobrenome seguido do ano de publicação do trabalho. No caso de transcrição na íntegra de um texto, a citação deve ser acrescida da página citada;
3. As citações de obras antigas e reeditadas devem ser feitas da seguinte maneira: Franco (1790/1946);
4. No caso de citação de artigo de autoria múltipla, as normas são as seguintes: a) até três autores - o sobrenome de todos os autores é mencionado em todas as citações, usando "e" ou ";" para separá-los. Utiliza-se o nome do autor em caixa alta quando se encontra entre parênteses e em tamanho normal quando se encontra no próprio texto. Veja exemplo: "O método proposto por Siqueland e Delucia (1969)" mas "o método foi inicialmente proposto para o estudo da visão (SIQUELAND; DELUCIA, 1969)". b) quatro autores ou mais - no texto, desde a primeira citação, somente o sobrenome do primeiro autor é mencionado seguido da expressão "et al". Veja exemplo: "Como analisam Rodrigues et al. (1988)" ou ainda "Para certos autores (RODRIGUES et al)"; nas referências, todos os nomes são relacionados.

Referências

Os títulos de livros, periódicos, relatórios, teses e trabalhos apresentados em congressos devem ser colocadas em itálico.

1. Relatório Técnico

BIRNEY, A. J.; HALL, M. M. Early, identification of children with written language disabilities. Washington, DC: National

Educational Association, 1981. (Relatório n. 81 - 1502).

2. Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado

HAIDT, J.; DIAS, M. G.; KOLLER, S. (1991). Disgust, disrespect and culture: moral judgement of victimless violation in the USA and Brazil. Trabalho apresentado no Annual Meeting of the Society for Cross-Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.

3. Teses ou dissertações não publicadas

COSTA, L. A família descasada: interação, competência e estilo. Estudo de Caso. 1989. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília.

4. Livros

CARNEIRO, T. Família: diagnóstico e terapia. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

5. Capítulo de Livro

BLOUGH, D. S.; BLOUGH, P. (1977). Animal psychophysics. In: HONING, W. K.; STADDON, J. E. (Org.). Handbook of operant behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977. p. 514-539.

6. Artigo em periódico científico

COSTA JÚNIOR, A. L.; HOLANDA, A. F. Estágio em psicologia. Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, v. 16, n. 2, p. 4-9, 1996.

7. Obras antigas com reedição em data muito posterior

FRANCO, F. M. (1790). Tratado de educação física dos meninos. Rio de Janeiro: Agir, 1946.

8. Obra no prelo

Respeitada a seqüência de ordem de nomes, é a última referência do autor.

9. Autoria institucional

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-III-R, diagnostic and statistical manual of mental disorder. 3rd ed. rev. Washington, DC, 1988.

Em casos não previstos nos itens acima, consultar a versão mais recente das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, NBR 6023, 2002).

Endereço

Conselho Federal de Psicologia.

SRTVN, Quadra 702. Edifício Brasília Rádio Center,
4º. Andar, conjunto 4024-A.
CEP 70719-900. Brasília. Distrito Federal.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

©2004 *Psicologia Ciência e Profissão*

SRTVN, Quadra 702, Edifício Brasília
Rádio Center, 4 andar, conjunto 4024 A
CEP 70719-900 Brasília - DF
Tel.: +55 61 328-1728
Home Page: <http://www.pol.org.br>



revista@pol.org.br