



A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO PSICANALÍTICA JUNTO A PACIENTES RENAI CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE¹

THE IMPORTANCE OF PSYCHOANALYTICAL ACTIVITIES TO CHRONIC RHINICAL PATIENTS IN HEMODIALYSIS

Gianna Vasconcellos Serelle Macedo²

RESUMO: Este artigo busca investigar e analisar a importância da psicanálise no tratamento do paciente renal crônico em hemodiálise. Ser um doente renal crônico significa vivenciar situações de limitações e perdas complexas inerentes à cronicidade da doença e à complexidade do tratamento. O estudo sobre a relevância da psicanálise nesse contexto foi articulado à experiência vivenciada durante um estágio do Curso de Psicologia PUC MINAS no setor de hemodiálise do Centro de Nefrologia da Santa Casa de Belo Horizonte, Minas Gerais. A pesquisa recorreu a uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, na qual foram adotados dois métodos de pesquisa: a revisão bibliográfica orientada pela psicanálise e a construção de fragmentos de dois casos clínicos. A interpretação dos elementos dos casos clínicos foi fundamentada pela teoria psicanalítica, tendo como instrumentos de investigação a observação direta desses pacientes e os fragmentos dos relatos verbais recolhidos durante os atendimentos psicológicos. Através da articulação da teoria pesquisada com a prática vivenciada no estágio, foi possível compreender melhor a situação do doente renal crônico e constatar a necessidade e a importância da psicanálise no atendimento desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Doença renal crônica; Hemodiálise; Psicanálise.

ABSTRACT: This article aims to investigate and analyze the importance of psychoanalysis in the treatment of patients with chronic kidney disease on hemodialysis. A patient that deals with this condition experiences limitations and complex losses that are inherent to the chronicity of the disease and the complexity of the treatment. The study on the relevance of psychoanalysis in this context was linked to a Psychology undergraduate internship at PUC MINAS. The internship took place in the hemodialysis sector of the Santa Casa Nephrology Center in Belo Horizonte, Minas Gerais. The research used a qualitative, descriptive and exploratory approach in which two research methods were adopted: a literature review focused on psychoanalysis and the study of two clinical cases. The data was analyzed through content analysis and the research instruments were the direct observation of these patients and the fragments of the verbal reports collected during the psychological appointments. Through the integration of the literary review and the internship practice it was possible to better understand the reality of the patient with chronic kidney disease and to verify the necessity and importance of psychoanalysis in the care of these patients.

KEYWORDS: Chronic kidney disease. Hemodialysis. Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema o acompanhamento psicanalítico de pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) em hemodiálise (HD). No decorrer deste artigo foram apresentados fragmentos de casos de dois pacientes atendidos no Setor de Hemodiálise da Santa Casa de Belo Horizonte, durante estágio curricular da Faculdade de Psicologia da PUC Minas - FAPSI/PUC, realizado no segundo semestre de 2016.

Um dos desafios vivenciados no estágio foi conciliar a prática da psicanálise com o espaço hospitalar, o que envolveu refletir sobre questões como a transferência, o setting analí-

¹ Adaptação do trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Psicologia da PUC Minas em 2018, orientado por Cristina Campolina Vilas Boas

² Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. gvpsicologa@gmail.com

tico, o pouco tempo de contato e a demanda para a análise. Por fim, tendo como base os estudos realizados, fez-se uma apresentação e análise dos fragmentos dos relatos verbais dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica, colhidos durante os atendimentos no setor de hemodiálise.

A insuficiência renal crônica, que acomete os pacientes atendidos no setor de Hemodiálise, é uma doença que, de acordo com Ferreira e Gorayeb (2015), é marcada pela diminuição progressiva e irreversível na taxa de filtração glomerular, ou seja, os rins perdem a capacidade de funcionar no nível mínimo necessário à vida do indivíduo.

A hemodiálise é um dos tratamentos mais indicados para insuficiência renal crônica, descrita anteriormente. A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) descreve a HD como um procedimento por meio do qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não pode fazer. Normalmente, realiza-se o tratamento três vezes por semana em dias alternados. Cada sessão tem uma duração média de 4 horas e, algumas vezes, podem ocorrer intercorrências durante o procedimento. Por esses motivos, a sessão de hemodiálise é sempre realizada na presença de um médico e uma equipe de enfermagem. Na maioria das vezes, será necessário fazer hemodiálise para o resto da vida. Em alguns casos existe a possibilidade da realização do transplante renal.

Em relação aos aspectos psicológicos dos pacientes renais crônicos, Caiuby e Karam (2010) afirmam que receber o diagnóstico de uma doença crônica simboliza uma alteração da imagem corporal, da concepção de si mesmo, da relação com o mundo, acrescido de um comprometimento de todo o organismo. Logo, o cuidado psicológico desse paciente deve privilegiar as intervenções que buscam promover recursos que auxiliem o fortalecimento e a estruturação do aparelho psíquico, assim como a capacitação e a inserção social do sujeito.

As demandas psicológicas aparecem na forma de dúvidas e apreensões do paciente quanto ao diagnóstico e ao tratamento, de dificuldades diante da adesão ao tratamento e da inadaptação à nova condição de vida. Diante desses aspectos, ao oferecer uma escuta psicanalítica dentro do setor de hemodiálise, o analista propicia um momento no qual os pacientes possam expressar os seus sentimentos, angústias e medos.

A partir disso, se torna possível a reflexão sobre o que é possível realizar, dentro da demanda desses pacientes. Essas reflexões podem contribuir para melhores intervenções no campo da nefrologia, especialmente no setor de hemodiálise, tendo em vista a prevalência das doenças renais crônicas. Essas doenças são consideradas atualmente um grave problema de saúde pública no Brasil, mas ainda pouco compreendidas pelos psicólogos.

2 A PSICANÁLISE NO CONTEXTO HOSPITALAR

A definição de saúde trazida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é complexa e envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que leva a reflexões sobre o ser humano de uma forma abrangente e considera que o adoecimento humano envolve não só o corpo físico, mas também fatores subjetivos. Vejamos a referida definição: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Cada indivíduo tem sua forma única de vivenciar sua saúde e seu adoecimento. É diante desse pressuposto que a psicologia define seu campo de atuação na saúde, incorporando o psicológico ao biológico e ao social. Todo adoecimento apresenta questões psicológicas e encontra-se repleto de subjetividade, esses aspectos legitimam a presença do psicólogo no contexto hospitalar.

Segundo Simonetti (2016) a doença é um real do corpo no qual o homem se depara, e no momento que isso ocorre, toda sua subjetividade é sacudida. É nesse contexto que o psicólogo hospitalar oferece a sua escuta para que esse sujeito adoentado possa falar de si, da doença, da vida ou da morte, do que pensa, do que teme, do que deseja, dando assim voz à sua dimensão de sujeito.

Antes de discorrer sobre a Psicanálise no contexto Hospitalar, é relevante que se faça uma breve abordagem sobre a prática psicanalítica, para que se possa compreender qual é o papel do psicanalista, independente do lugar onde atua.

Diante do adoecimento, cabe salientar que o papel da psicanálise no hospital está pautado pela ética do desejo e valoriza a singularidade do caso a caso, pois cada um enfrenta o adoecimento de uma forma particular. Não se trata de ensinar ao paciente como vivenciar a doença, mas sim de auxiliá-lo a descobrir sua maneira possível de fazer isso. O que poderia ser descrito, conforme a ideia da ética do desejo, como uma interrogação feita por parte do analista que interroga o paciente acerca do que ele quer e a essa questão este paciente a responder. Sobre essa prática psicanalítica, Simonetti (2015) cita Carvalho e Couto (2011):

O ato analítico convida o sujeito a caminhar a seu modo, e o que visa não é da ordem de uma adaptação, mas que cada um possa encontrar uma solução particular diante do sofrimento, do conflito, das situações geradoras de angústia (CARVALHO; COUTO, 2011 *apud* SIMONETTI, 2015, p. 139).

O sujeito não pode ser reduzido ao sintoma mesmo que a doença reduza, em certa medida, o sofrimento a um acontecimento de corpo. É interessante apontar que o conceito de

sintoma é diferente para a medicina e para a psicanálise. Segundo Antônio Quinet (2011), o sintoma médico está ligado à forma como se apresenta a doença, e se vincula sempre a outros sintomas cujo conjunto define a doença. O sintoma em medicina se opõe ao estado de saúde, sendo o significado do sintoma um significante que é sempre patológico. A medicina transforma o sintoma em elemento significante e que significa, exatamente, a doença como verdade imediata do sintoma. Para a psicanálise, o sintoma também é um significante, porém não carrega esse significado patológico, trata-se da verdade do sujeito do inconsciente.

Pensar o lugar da psicanálise no hospital vai além da análise do discurso do médico e do analista, envolve questões como a transferência, o *setting* de atendimento, o tempo breve em análise, o psicanalista e a equipe multidisciplinar e a demanda de análise. Como dito anteriormente, a psicanálise tem como ferramenta de trabalho a palavra, precisamente a palavra endereçada ao analista e esta palavra circula no contexto transferencial que enlaça os dois parceiros.

Segundo Simonetti (2015), no hospital a transferência inaugural é com o médico, pois a ele são dirigidos tanto o pedido de socorro quanto a suposição do saber. Porém, essa é apenas uma situação inicial, pois o *setting* eventualmente consegue criar uma transferência, construída através da oferta que cria a demanda, tornando possível a prática da psicanálise e favorecendo a emergência do sujeito.

Para Simonetti (2015), falar sobre a psicanálise no contexto hospitalar é levar em conta que quando o psicanalista entra nesse espaço, ele deixa para trás a sua poltrona, o divã, a privacidade e a quietude do seu consultório para se instalar em um novo *setting*, onde não há lugar específico para o atendimento psicanalítico. Isso ocorre pois quando a cena hospitalar foi montada, não se pensou no psicólogo ou no psicanalista, eles são personagens muito recentes dentro desse contexto que têm de se adaptar ao espaço hospitalar. O seu trabalho se dá, pois, sem abandonar sua ética profissional pautada na livre associação e na escuta a partir da posição de analista e propiciando a emergência do sujeito durante a travessia do adoecimento. Sobre o *setting* analítico Moretto (2001) relata:

Partindo da visão lacaniana das condições de possibilidades da Psicanálise e do fato de que a garantia dela não está num *setting* ideal, entendemos que a Psicanálise ultrapassa as fronteiras de um consultório bem mobiliado para descobrir que o Inconsciente não está nem dentro nem fora, ele está aí onde o sujeito fala. Portanto o manejo do discurso de um analisando, aquele que demandou saber, pode perfeitamente acontecer quando ele está num leito de hospital, e que leito pode ser, assim como é o divã ético, leito de se fazer amor de transferência. (MORETTO, 2001, p.101)

No hospital, local de diversas formas de sofrimento, o psicanalista, por meio de sua presença, escuta e intervenção, privilegia a dimensão subjetiva e a emergência do sujeito. Para

Mohallem (2003), diante da emergência do trágico, do acidente e do vazio vivenciados pela pessoa neste contexto, a função do analista é criar uma direção que propicie ao sujeito constituir uma borda pela via da urgência subjetiva. A autora ressalta que ao atuar desta forma o analista propicia que o sujeito escreva sua própria história, trazendo em si sua singularidade.

3 O ATENDIMENTO PSICANALÍTICO AO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM HEMODIÁLISE

3.1 A doença renal crônica: uma breve conceituação

Segundo Sebastiani e Oliveira (2017), quando uma pessoa recebe o diagnóstico de portador de uma doença crônica, ela está diante de uma mudança marcante e permanente em sua vida. Esta mudança se apresenta na própria identidade da pessoa que passa à condição de ser doente.

Dentre as doenças crônicas, este estudo irá abordar a doença ou insuficiência renal crônica (DRC) que, de acordo com a SBN (2007), é caracterizada pela perda lenta, progressiva e irreversível da função renal. Na DRC, os rins perdem a capacidade de efetuar suas funções básicas, que são: a eliminação de toxinas do sangue através de um sistema de filtração, a regulação da formação do sangue e dos ossos, a regulação da pressão sanguínea e o controle do balanço químico e de líquidos do corpo.

A doença renal crônica é uma enfermidade de curso prolongado que muitas vezes aparece de forma abrupta, pois é marcada por uma evolução majoritariamente assintomática, ou com pequenos sintomas, que pouco incomodam. Dependendo da progressão da doença, é necessário um Tratamento Renal Substitutivo (TRS) que envolve diálise peritoneal, hemodiálise ou transplante renal. Este estudo tem como objeto de estudo pacientes que utilizam a hemodiálise como TRS. De acordo com a SBN (2018), temos hoje cerca de 126.000 pacientes em programa de diálise no Brasil e um em cada 10 brasileiros têm alteração da função renal.

Dentre os tratamentos renais substitutivos, o mais utilizado é a hemodiálise. Coitinho e outros (2015) pontuam que podem haver complicações em 30% das sessões de hemodiálise, como infecções em cateter, hipotensão ou hipertensão arterial, hipotermia, câimbras, arritmias cardíacas, cefaleia, hipoxemia, prurido, reações alérgicas, dor torácica e lombar, náuseas e vômitos, embolia gasosa, febre e calafrios. Essas intercorrências resultam do processo de circulação extracorpórea e da retirada de um grande volume de líquidos (cerca de 1 a 4 litros) do corpo em pouco tempo.

3.2 A doença renal crônica e os aspectos emocionais envolvidos

Ser portador da DRC significa passar grande parte de sua vida em hospitais, clínicas ou ambulatorios, submetido a um tratamento rigoroso. Segundo Diniz, Filho e Lima (2002), descrever os aspectos emocionais do paciente renal crônico é, antes de tudo, percorrer um caminho marcado por perdas que envolvem bem mais do que a perda da função renal.

Para que o psicólogo possa compreender o processo de adoecimento vivenciado pelo doente renal crônico é importante que ele conheça os conflitos emocionais presentes nesse processo. Ferreira e Gorayeb (2015) afirmam que o doente renal crônico experiencia frustrações de diferentes ordens: oral (dieta sem sal e hipoproteica, restrição hídrica), sexual (diminuição da libido, disfunção sexual), profissional e social. Tais pacientes se sentem fatigados, com dores de cabeça e em outras partes do corpo. Além disso, o corpo físico se deteriora rapidamente, dando lugar a um aspecto característico do paciente renal crônico, uma aparência marcada pela presença de fístulas e cateteres e pela mudança da cor da pele e do peso corporal. Esses são fatores que comprometem a própria identidade, podendo, também, causar uma percepção de inferioridade, baixa autoestima e desvalorização nesses pacientes.

Em relação às limitações vivenciadas pelos pacientes da DRC dialítica, Ferreira e Gorayeb (2015) citam um estudo realizado por Marinho, Santos, Pedrosa et al (2005), no qual 44% dos pacientes em hemodiálise entrevistados relataram viver restrições associadas à DRC e ao tratamento: 28% deixaram de trabalhar e desenvolver atividades escolares, 8% relatam perdas no campo social e no lazer e apenas 4% não relatam mudanças decorrentes da doença e do tratamento. Nesse sentido, um estudo de Cukor et al (2008 apud ALMEIDA, 2013) apresentou um percentual de depressão de 29% e de ansiedade de 45% em pacientes hemodialisados.

Uma consequência marcante das limitações impostas pela DRC é o luto. Diniz, Filho e Lima (2002) apresentam a doença renal crônica como uma doença devastadora, marcada por perdas sentidas como definitivas, traduzidas por uma privação no que diz respeito ao funcionamento e ao prazer corporal. Essas perdas muitas vezes se equivalem à perda de um objeto de amor, tendo as mesmas características do luto, pois a vida passa a girar em função da doença e o mundo se torna desinteressante e empobrecido. Esse desânimo profundo e a falta de interesse pelo mundo externo acarretam uma inibição de todas as atividades. Os autores relatam ainda que, em alguns casos, verifica-se uma perda na autoestima.

3.3 A psicanálise e o paciente para além do doente renal crônico hemodialítico

A angústia e o desgaste emocional que envolvem o paciente renal crônico em hemodiálise ressaltam a importância do psicólogo como membro da equipe de Nefrologia. O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, em seu Capítulo V, assegura a participação do psicólogo na composição da equipe multidisciplinar que cuida da pessoa com DRC em HD.

A hemodiálise, é um dos métodos dialíticos que permite que o paciente com insuficiência renal crônica possa se manter vivo. Os pacientes que necessitam desse tratamento são encaminhados para uma clínica de hemodiálise, que pode ser intra-hospitalar ou extra-hospitalar. As salas de hemodiálise, em sua maioria, não possuem janelas, e a iluminação é totalmente artificial. Essas salas dispõem de várias máquinas, sendo capazes de receber até 20 pacientes, os quais ficam em poltronas totalmente reclináveis, com dois apoios para os braços. Esse ambiente de hemodiálise onde os pacientes permanecem ligados às máquinas em busca da manutenção da vida, é descrito por Carbone (2013):

Sentados em círculo em torno do salão, fora observar a rotina médica e da enfermagem, não resta muito a fazer. Eventualmente ensaiam uma brincadeira, jogam baralho ou simplesmente provocam uns aos outros, mas logo se desinteressam e passam a concentrar-se nos procedimentos médicos, nos apitos das máquinas ou simplesmente, cobrem à cabeça e desligam-se. Em meio a essa rotina tediosa estão presentes as intercorrências, como dores, vômitos, choros, câimbras e febres. (CARBONE, 2013, p. 3).

Diante dessas perdas, inerentes à persistência da doença renal crônica e à complexidade do tratamento, a oferta da psicanálise no contexto hemodialítico busca trazer para o mundo das palavras a angústia vivenciada pelo paciente. Dar voz à subjetividade desse paciente é fazer emergir o sujeito que foi excluído pelo discurso médico, durante o processo do adoecimento.

O psicanalista oferece ao doente renal crônico sua escuta analítica, que, segundo Freud, "consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma atenção uniformemente suspensa' (atenção flutuante) em face de tudo o que escuta" (FREUD, 1912, p. 125). Essa escuta permite que o paciente fale a respeito de si próprio, para que ele possa, através da livre associação, contar o que sabe sobre o sujeito que foi excluído durante o processo do adoecimento.

4 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA E A INTERPRETAÇÃO DE ELEMENTOS DOS CASOS CLÍNICOS

A presente pesquisa resultou da prática vivenciada durante o “Estágio Curricular Supervisionado VII - Hospital psiquiátrico ou geral”, da FAPSI/PUC Minas, no qual foi realizado o acompanhamento psicológico de dois pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico no centro de nefrologia da Santa Casa de Belo Horizonte. O trabalho proposto pelo estágio foi uma escuta psicológica na abordagem teórica psicanalítica com o objetivo de proporcionar um espaço para que o sujeito pudesse, através da livre associação, expressar seus sentimentos, angústias e medos. Os fragmentos verbais citados na análise de dados foram extraídos desses atendimentos realizados no 2º semestre de 2016.

4.1 Casos clínicos

Serão apresentados os casos de 2 pacientes renais crônicos hemodialíticos, cujos atendimentos eram realizados semanalmente. Optou-se pela metodologia da construção do caso clínico, segundo o referencial psicanalítico. Na verdade, o pressuposto da construção do caso clínico orientou a formulação de vários fragmentos dos casos que serão apresentados abaixo. Essa construção:

é o ponto central da contribuição da psicanálise tanto para a psicopatologia, por meio da construção diagnóstica e dos indicadores para tratamento, quanto para a saúde mental, por meio de sua aplicação nos diferentes dispositivos de atenção psicossocial e no trabalho em equipe interdisciplinar. (FIGUEIREDO, 2004, p. 75)

Nesse sentido, apostamos na construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise, conforme proposto por Val e Lima (2014). Ou seja, “fundamentar um método clínico que valorize a transferência e a abordagem das singularidades do caso se justifica pelas contribuições lapidárias que ele pode trazer para a condução de casos graves. ”. (VAL; LIMA, 2014, p. 2014). Passemos, pois, à exposição dos casos.

4.1.1 Caso “M”

“M” iniciou seu atendimento psicoterápico através de uma busca ativa no setor de hemodiálise, onde me apresento como estagiária de psicologia e ofereço meu atendimento.

“M” é uma mulher de 50 anos, casada, tem um filho de 25 anos e faz hemodiálise há 12 anos. Seu marido lhe doou um rim há três anos para que ela fizesse o transplante. No início, a cirurgia foi um sucesso, mas logo depois seu organismo rejeitou o rim e ela teve que voltar a fazer hemodiálise. A paciente demonstra muita tristeza ao falar sobre o transplante e se nega a fazer outra tentativa, alegando saber que não dará certo.

Durante os atendimentos iniciais “M” relata que a sua vida seria muito boa se não tivesse essa doença, pois tem uma família ótima e tinha um bom emprego como gerente de loja. A paciente fala sobre seu desamparo e sua insegurança ao dizer que ela não tem controle sobre nada, faz planos, mas, de repente, por causa da doença tudo pode mudar. Ela revela que tem muita ansiedade quando escuta alguém falar sobre os sintomas da doença renal crônica, pois é como se ela estivesse revivendo o dia do diagnóstico.

Nos atendimentos seguintes, a paciente relata sobre as perdas que a doença lhe trouxe, reclama principalmente da restrição hídrica, da perda do trabalho e da falta de autonomia que a doença e o tratamento lhe causam. “M” se isola durante a hemodiálise, pois prefere não se envolver com os outros pacientes, justificando que a morte está muito presente naquele contexto e ela não sabe lidar com essa realidade.

A paciente se envolve no processo terapêutico e traz relatos sobre o momento da descoberta da doença de forma abrupta e ressalta que o médico não lhe disse diretamente, pediu que ela saísse da sala e deu o diagnóstico somente para o seu marido, o que lhe causou muita ansiedade. Atualmente, “M” tem muita dificuldade em perguntar qualquer coisa a equipe médica, suas dúvidas sobre a doença são sanadas pela internet, onde procura informação.

Após alguns atendimentos “M” se mostra muito receptiva e demonstra muita necessidade de falar. Fala sobre as pequenas cirurgias para colocação de fístulas e relata já se sentir capaz de fazer algumas perguntas aos médicos sobre os procedimentos a que tem que submeter-se durante o tratamento, o que a deixa menos ansiosa.

“M” se mostra sempre muito sorridente e apesar das dificuldades impostas pela doença e pelo tratamento, ela parece bem-disposta, sempre bem cuidada, maquiada, com cabelos e unhas feitas. A paciente conta que perder o emprego foi uma das piores coisas que a doença lhe trouxe e relata ter encontrado uma nova atividade rentável, através do artesanato que aprendeu pela internet. De acordo com “M” isso a faz se sentir útil.

No último atendimento, “M” diz que vai sentir muita falta da terapia e revela que resolveu entrar novamente na fila de transplante porque ela precisa ter uma esperança para o futuro. Segundo “M”, ela precisa ter esperança de sair da hemodiálise, porque o medo diante da cirurgia é muito menor do que o medo de morrer durante uma sessão de hemodiálise.

4.1.2 Caso “R”

A equipe de enfermagem do centro de nefrologia solicita atendimento psicológico para “R” e informa que o pedido veio do próprio paciente, um senhor de 84 anos. A equipe relata ter dificuldades em comunicar-se com “R” pois ele é muito calado e quieto, embora siga o tratamento médico corretamente.

Ao passar pela cadeira onde se encontrava “R”, me apresento como estagiária de psicologia e digo que soube que ele havia solicitado um atendimento. “R”, responde de forma ríspida que não havia solicitado nada e que se algum dia precisasse falar com algum psicólogo ele falaria com sua filha, que também tem essa formação profissional. Acolho a resposta e digo-lhe que é muito bom ele ter alguém para conversar, mas que eu estaria ali nos próximos meses e que se ele quisesse falar sobre qualquer coisa, eu estaria disponível.

Nas semanas seguintes, quando passo pelo paciente “R”, o cumprimento e pergunto como ele está, o paciente diz que está tudo bem, sorri e me diz que, se eu me aproximar devagar, um dia ele irá falar comigo, reitero minha oferta de escuta. “R” então inicia um relato sobre sua vida. Diz que faz hemodiálise há 12 anos e meio e quando iniciou o tratamento, já não podia mais fazer o transplante por causa da idade avançada. Diz não saber ao certo porque tem que fazer hemodiálise, e relata que nenhum médico nunca explicou para ele sobre o procedimento, mas como ele se encontra doente, ele segue à risca o tratamento.

No próximo atendimento, passo novamente em frente ao senhor “R”, o cumprimento e pergunto se ele quer conversar. Ele está lendo um jornal e nem levanta os olhos, evitando que se estabeleça um diálogo. Apenas diz que está bem e que não quer conversar, que talvez na semana que vem aceite minha oferta.

Após quinze dias, devido a um feriado, volto ao setor e passo em frente ao senhor “R”. Antes que eu me dirija a ele, ele já me pergunta porque eu não havia aparecido na semana anterior. “R” se mostra pela primeira vez muito receptivo e disposto a falar. Ofereço meu acolhimento e minha escuta. Ele relata que mora com a esposa, com quem teve quatro filhos. “R” se aposentou aos 64 anos, fala com entusiasmo sobre seu trabalho no setor pessoal e no setor de finanças. O paciente que a princípio se mostrou resistente e até ríspido diante da oferta do atendimento psicanalítico, agora apresenta uma grande demanda que precisa ser acolhida.

No atendimento seguinte “R” se mostra generoso e me oferece um banco para que eu me sente para escutá-lo. “R” inicia um relato bastante queixoso e pessimista, reclama muito da política do país.

Iniciamos nosso último atendimento e “R” fala mais do que de costume. Ele inicia uma narrativa que aborda o seu percurso de adoecimento e de tratamento. “R” conta que desde que adoeceu, sua vida é um horror e que cada dia de hemodiálise é vivenciado com muito sofrimento. Ele define a doença renal crônica como o mal do século. Ele relata que já fez diversas cirurgias para colocação de cateter e também fez diálise peritoneal, a qual detestou por ser em casa e à noite, o que não o deixava dormir direito. “R” reclama da vida regrada, que lhe obrigou a um afastamento social. Ao finalizarmos nosso atendimento, “R” me diz que ficou feliz que eu não havia desistido dele, pois se sentiu melhor ao falar.

4.4 Aspectos em pauta na construção dos fragmentos de caso clínico

Os aspectos que serão trabalhados a seguir foram construídos de acordo com a fundamentação teórica utilizada e estão em consonância com os objetivos propostos neste trabalho. Nesses aspectos foram evidenciados elementos relevantes para a identificação da importância da atuação psicanalítica junto à pacientes renais crônicas hemodialíticas.

Aspectos a serem discutidos:

- a) A psicanálise como forma de emergência do sujeito excluído pelo discurso médico;
- b) A escuta do sofrimento psíquico - transferindo a angústia do DRC para a palavra;
- c) A Psicanálise do caso a caso e a singularidade do adoecimento psíquico.

4.5 Interpretação de elementos dos casos clínicos

4.5.1 A psicanálise como forma de emergência do sujeito excluído pelo discurso médico

Quando a pessoa adoece ela geralmente procura o médico em busca de solução para o seu sofrimento. O médico, através da observação dos sintomas e dos resultados dos exames, constrói um diagnóstico científico e padronizado, muitas vezes desconsiderando assim a subjetividade do sujeito.

Moretto (2001) afirma que existe uma antinomia radical entre a psicanálise e a medicina, e essa oposição pode ser evidenciada principalmente no discurso sustentado por cada um deles. De acordo com a autora, o discurso médico é o discurso da Ciência, marcado pela exclusão da subjetividade e da singularidade do paciente. Esse discurso tem a função silenciadora, pois nele a fala do paciente recebe pouca atenção. Já o discurso do psicanalista promove a propagação da fala do sujeito, colocando no lugar dos sintomas uma possibilidade da emer-

gência do desejo. A psicanálise, pois, se interessa pelo mal-estar subjetivo, pelo sofrimento do sujeito.

O médico utiliza uma linguagem científica, objetiva e impessoal, muitas vezes desconhecida pelo paciente, que se sente intimidado e apagado diante da doença. Segundo Simonetti (2015), o médico comunica ao paciente um diagnóstico, recomenda uma prescrição e sente que seu trabalho está concluído, mas se esquece que a palavra pertence a quem escuta. O autor afirma que “chega a ser paradoxal: o paciente quer muito saber o que o médico pensa, mas acaba escutando mesmo o que seu desejo, seu temor e suas esperanças determinam.” (SIMONETTI, 2015, p.58). Vejamos duas frases que ilustram tais afirmações: “Não me sinto à vontade para perguntar nada aos médicos, prefiro pesquisar na internet sobre esta doença e descubro muitas coisas ruins”(Paciente “M”). E também: “Não sei bem porque tive que começar a fazer hemodiálise, nenhum médico me explicou direito”. (Paciente “R”).

Quando o discurso médico coloca o paciente na posição de objeto, excluindo sua subjetividade, verificam-se consequências psíquicas, pois o paciente vivencia sentimentos de impotência e angústia. Além disso, há perda de seu próprio referencial, o que o leva a se identificar com a doença. Isso pode ser constatado nos dois casos fragmentos clínicos apresentados a seguir.

Quando fiquei doente, o médico não falou comigo sobre meu diagnóstico, ele pediu que eu saísse da sala e falou somente para o meu marido. Esperar do lado de fora foi terrível, foram os minutos mais longos da minha vida, imaginei tudo de ruim, até hoje quando fico na sala de espera antes de entrar para a hemodiálise sinto um aperto enorme no peito. (Paciente “M”).

Se sou um doente tenho que seguir o tratamento direitinho. (Paciente “R”).

Os dois fragmentos apresentados acima indicam o caminho oposto à emergência do sujeito, pois, ambos pacientes encenam o lugar de objeto diante do discurso médico.

4.5.2 A escuta do sofrimento psíquico: transferindo a angústia do DRC hemodialítico para a palavra

Ferreira e Gorayeb (2015), Sebastiani e Oliveira (2017), Almeida (2013) e Diniz, Filho e Lima (2002), estudados anteriormente, revelam que o paciente renal crônico sofre muitas perdas em função da doença e do tratamento, conforme vemos na fala de M.: “O pior de todas as restrições para mim é não poder beber água à vontade, algumas vezes escuto meu

vizinho pedindo um copo de água para sua mãe ou escuto o barulho das pessoas tomando um grande copo d'água. Nossa é muito difícil" (Paciente "M").

Esses autores ressaltam ainda que o paciente vivencia limitações nas esferas profissional, social e familiar e isso foi percebido durante os atendimentos psicanalíticos dos pacientes "M" e "R", como veremos adiante.

"Logo após o diagnóstico, tive que parar de trabalhar e seguir uma dieta muito rigorosa, foi muito difícil" (Paciente "M").

"Prefiro não ir em festas, fico mais em casa, porque chego lá e não posso beber nada e nem comer nada do que tem lá, senão passo muito mal. Eu preciso comer direitinho porque senão não aguento fazer essas sessões aqui que são muito pesadas. Praticamente não tenho mais vida social, só saio de casa para vir aqui fazer hemodiálise" (Paciente "R").

A escuta psicanalítica do DRC é uma ferramenta importante para a ressignificação do seu sofrimento e uma possibilidade de estabelecer novos recursos psíquicos de enfrentamento da doença. Simonetti (2015) enfatiza a importância dessa escuta no atendimento ao doente:

Essa função do analista de escutar por si só pode ser terapêutica, proporcionando certa contenção, evidenciando que a pessoa não está sozinha em sua dor. Além do mais, não se trata apenas de escutar. À medida que o paciente fala, ele também se ouve, podendo assim surgir o novo, acarretando modificações. (SIMONETTI, 2015, p.162).

4.5.3 A psicanálise do caso a caso e a singularidade do adoecimento psíquico

A psicanálise tem por orientação a clínica do um a um, por isso o psicanalista trabalha no caso a caso. Cada um enfrenta o adoecimento de uma forma particular. Para Simonetti (2015), a psicanálise, diante do adoecimento, tem como objetivo acompanhar o paciente na travessia do adoecimento e não o guiar. Para o autor, o lugar do psicanalista nesse contexto não é o de mestre ou de professor, pois não se trata de ensinar ao paciente como vivenciar a doença e sim de ajudá-lo a descobrir a sua forma particular de fazer isso.

Na vivência da doença renal crônica, segundo Almeida (2013), a qualidade de vida parece ser mais influenciada pelos níveis de ansiedade, de depressão e de suporte social do que pela adequação da diálise, pela gravidade da doença e pelas comorbidades físicas. Neste sentido, mesmo que todos os pacientes se deparem com os mesmos estressores, suas formas individuais de interpretá-los e suas percepções subjetivas resultarão em diferentes maneiras de enfrentamento.

Nos casos clínicos de “M” e “R” percebem-se diferentes formas de enfrentamento da doença, particulares a cada sujeito. No caso de “M”, verifica-se que a paciente procura se adaptar às perdas relativas à doença e ao tratamento, encontrando recursos para lidar com as mudanças decorrentes do adoecimento:

“Essa doença traz muitas mudanças na vida da gente, mas a gente precisa se reinventar, se adaptar à nova vida, por exemplo, em relação ao trabalho, eu descobri o artesanato como minha nova atividade de renda, deixei de me sentir inútil e incapaz. ” (Paciente “M”)

“Decidi que vou tentar um novo transplante, ainda tenho muito medo de que possa dar errado novamente, mas preciso ter esperança de que vou poder largar a hemodiálise um dia.” (Paciente “M”)

“Uma coisa que me incomoda muito são as pessoas me tratarem como incapaz de sair sozinha, de fazer minhas coisas sozinhas. Meus familiares ficam cuidando demais de mim. O que eu mais gosto é quando posso ir sozinha a um lugar, fazer compras, por exemplo. Preciso desses momentos, eu sou capaz. ” (Paciente “M”)

No caso de “R”, verifica-se uma certa passividade e desesperança diante da doença, sentimentos que ficam evidentes, especialmente quando reflete sobre as restrições impostas pela doença. “Essa doença é o mal do século. ” (Paciente R)

“R” se mostrou muito resistente diante da oferta do atendimento psicanalítico, apesar de ter sido ele próprio o solicitante: “Eu não solicitei nada, não quero atendimento, se eu quiser conversar com alguém, converso com minha filha que é psicóloga também. ” (Paciente “R”)

A fala da equipe de enfermagem durante a solicitação de atendimento demonstra o isolamento de “R”: “Temos muita dificuldade de comunicação com esse paciente, ele é muito calado, não interage com ninguém, mas segue o tratamento médico corretamente. ” (Equipe de Enfermagem do setor de nefrologia).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em minha experiência como estagiária atuando no acompanhamento psicanalítico de pacientes portadores de IRC em HD vivenciei vários desafios e possibilidades dessa prática diante das situações de sofrimento inerentes à cronicidade da doença e a complexidade do tratamento. Essa vivência me possibilitou refletir sobre o papel do psicólogo e buscar referências teóricas para melhor compreender a relação entre a psicanálise e o paciente nesse contexto.

É possível perceber que cada pessoa enfrenta como pode o adoecimento e que não existe o jeito certo de adoecer nem de lidar com a doença. Este artigo procurou mostrar a travessia desse adoecimento a bordo da psicanálise que se fundamenta na subjetividade, no inconsciente e no caso a caso, oferta a escuta analítica, em prol da emergência do sujeito apagado pelo discurso médico e pelo encontro com o real da doença.

Na primeira parte da análise de dados deste artigo que aborda “A psicanálise como forma de emergência do sujeito excluído pelo discurso médico”, é possível constatar que o discurso psicanalítico estabelece um lugar específico, diferente do médico que examina o corpo físico em busca da demarcação da doença. Ao contrário, o analista visa escutar o paciente que sofre e deseja falar sobre suas angústias, iluminando o sujeito apagado pela doença.

A seguir, na categoria que analisa “A escuta do sofrimento psíquico - transferindo a angústia do DRC hemodialítico para a cadeia significante”, nota-se, através dos relatos dos pacientes, que a escuta psicanalítica proporciona, além de um alívio, uma possibilidade de construir novos significados e elaborações diante do sofrimento psíquico.

Na parte final da interpretação de elementos dos casos clínicos, verifica-se que a psicanálise do caso a caso se mostra adequada ao acompanhamento do DRC hemodialítico, pois como relatado nos casos clínicos, cada sujeito vivencia o adoecimento de uma forma singular.

Por meio dessa interpretação dos casos, reflete-se que foi possível verificar a eficácia do trabalho analítico como recurso de intervenção psicológica no contexto hospitalar, em específico durante o atendimento psicológico ao DRC em HD. A psicanálise oferta ao paciente renal crônico a possibilidade de lidar com o real da doença, propiciando uma ressignificação subjetiva do sofrimento psíquico vivenciado durante seu processo de adoecimento, o que possibilita ao DRC hemodialítico novas formas de interpretar e significar suas angústias existenciais.

Por fim, considera-se válido apontar que a escuta psicanalítica é uma parte importante do processo de atendimento ao DRC hemodialítico, que envolve a participação de uma equipe multidisciplinar. Espera-se que este trabalho contribua para suscitar mais reflexões sobre a prática psicanalítica no contexto hospitalar e no atendimento do DRC em hemodiálise. Principalmente, almeja-se que essas ponderações despertem novos estudos na área, que propiciem avanços na formação teórica que embasa a prática psicanalítica hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cristiane Palotti. Filtrando as emoções: O atendimento psicológico ao paciente renal crônico e cardiopata. In: ISMAEL, Silvia Maria Cury; SANTOS, Janaina Xavier de Andrade dos. **Psicologia Hospitalar sobre o adoecimento...Articulando conceitos com a prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2013. p.45- 52.

BATISTA, Juliana dos Santos. Em busca da morada: considerações sobre ética e psicologia da saúde In: ISMAEL, Silvia Maria Cury; SANTOS, Janaina Xavier de Andrade dos. **Psicologia Hospitalar sobre o adoecimento...Articulando conceitos com a prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2013. p.19 -26.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 389/2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html> Acesso em: 15 out. 2017.

CAIUBY, Andrea Vannini Santesso; KARAM, Chirstiane Hegedus. Aspectos psicológicos de pacientes com insuficiência renal crônica. In: ISMAEL, S.M.C. **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p.131-148.

CARBONE, Lilian M. J. **Hemodiálise, vida e morte: uma breve reflexão**. 2013. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/amp/8155573-Hemodialise-vida-e-morte-uma-breve-reflexao.html>> Acesso em: 25 abr. 2018.

COITINHO, Daiana et al. Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos. **Avances en Enfermería**. Bogotá, v. 33, n. 3, p. 362-371, set. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000300004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 abr. 2018

DINIZ, José Silvério Santos; FILHO, João Batista Mendonça; LIMA, Alzira Maria Carvalho. Insuficiência Renal Crônica: a trajetória de uma Prática. In: BELLKISS, Wilma Romano. (Org.). **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 2002. Cap. 5. p.77-92.

FERREIRA, Vera. Maria. A. P.; GORAYEB, Ricardo. Atuação do psicólogo hospitalar em nefrologia: aspectos emocionais de pacientes renais crônicos e transplantados. In: GORAYEB, Ricardo et al. **A prática da psicologia no ambiente hospitalar**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p.311- 350.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, VII, 1, mar/2004, p. 75-86.

FREUD, Sigmund. (1911-1913). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII, p. 123-158.

MOHALLEM, Léa Neves. Psicanálise e Hospital: um Espaço de Criação. In: MOURA, Marisa Decat. (Org.). **Psicanálise e Hospital 3 Tempo e Morte: da Urgência ao Ato Analítico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p.23-34.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em:
<<http://www.who.int/eportuguese/pt/>> Acesso em: 14 abr. 2018.

QUINET, Antônio. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahars, 2011.

SEBASTIANI, Ricardo Werner; OLIVEIRA, Antônio Pedro. Atenção Psicológica interdisciplinar ao portador de doença crônica e sua família: impactos das transições epidemiológica e demográfica. In: ARGERAMI, Valdemar Augusto (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2017. p.337- 378.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual da Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. 8 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

SIMONETTI, Alfredo. **Psicologia hospitalar e psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Disponível em: <<https://sbn.org.br>> Acesso em: 03 nov. 2017.

VAL, Alexandre Costa; LIMA, Mônica Assunção Costa. A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. **Ágora: estudos em Teoria Psicanalítica**, vol. 17, n. 1, Rio de Janeiro, jan./junho 2014.