

REFLEXÕES SOBRE OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE HEMODIALÍTICO

Andrea Aparecida Fernandes
Moisés Fernandes Lemos
(Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão – UFG/CAC)

Resumo

O presente trabalho objetivou investigar os aspectos psicológicos de pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico. O estudo se fundamentou na teoria psicanalítica relativa aos mecanismos de defesa e em Kubler-Ross e seus estágios da morte. A pesquisa delineou-se como estudo de caso, com amostra composta por seis casos intencionalmente escolhidos, sendo realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas. Quanto aos mecanismos de defesa os resultados indicaram a presença da racionalização, do isolamento e da depressão em todos os entrevistados. Foi possível identificar a utilização desses mecanismos nos pacientes, interferindo, diretamente, em seus tratamentos. Sugere-se a realização de novos estudos, com um número maior de participantes, em ambiente controlado e com instrumentos que possibilitem a análise quantitativa e qualitativa dos resultados.

Palavras-chave: tratamento hemodialítico; mecanismos de defesa; morte; psicologia.

Abstract

Reflections on Psychological Aspects of Hemodialysis Patient

The present study aimed to investigate the psychological aspects of patients undergoing hemodialysis. The study was based on psychoanalytic theory concerning defense mechanisms and Kubler-Ross stages of death and his. The research was outlined as a case study, with a sample of six intentionally chosen cases, being conducted through semi-structured interviews. As for the defense mechanisms the results indicated the presence of rationalization, isolation and depression in all respondents. It was possible to identify the use of these mechanisms in patients, interfering directly in their treatments. It is suggested to conduct further studies with a larger number of participants in a controlled environment with tools that enable the quantitative and qualitative analysis.

Keywords: hemodialysis; defense mechanisms; death; psychology.

Introdução

Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012) indicam que aproximadamente 95.000 pessoas são portadoras de insuficiência renal crônica (IRC) no Brasil. Segundo essa sociedade, os pacientes submetidos à hemodiálise chegam a 52.176.

Partindo de números tão expressivos e visando compreender a organização emocional de pacientes em tratamento hemodialítico, o presente estudo buscou analisar o modo de funcionamento desses pacientes por meio da presença, ou não, dos mecanismos de defesa, conforme descritos pela psicanálise. Outro aspecto correlato ao tema abordado na pesquisa foram os sentimentos e fantasias relacionados à morte; tema que geralmente aparece quando se fala em doenças crônicas que exijam tratamentos prolongados e ameaçam o projeto de vida.

Os mecanismos de defesa, como o próprio nome diz, surgem como uma forma de proteger os indivíduos contra seus instintos e também contra ataques sofridos externamente pelo ego. Trata-se basicamente de uma defesa contra os aspectos da ansiedade advinda de inúmeras situações, internas ou externas (Freud, A., 2006).

É importante destacar que não necessariamente a presença dos mecanismos estará ligada a uma patologia. Eles agem como uma proteção do ego, garantindo segurança nos momentos de conflitos psíquicos. Assim, o psiquismo tenta evitar o desprazer e, na medida do possível, objetiva a satisfação. Os principais mecanismos de defesa descritos pela psicanálise são: repressão, negação, racionalização, formação reativa, isolamento, projeção, regressão e sublimação (Freud, A., 1936; citado por Fenichel, 1998).

Como os mecanismos de defesa estão presentes no psiquismo de todo indivíduo com a função básica de evitar o sofrimento, procurou-se verificar essa presença e se eles sobressaem no discurso dos pacientes e como influenciam no tratamento hemodialítico, haja vista que esse tratamento é indicado para pacientes em situações muito particulares de perda de autonomia relativas ao funcionamento do seu próprio corpo.

Os pacientes que geralmente se submetem ao tratamento hemodialítico possuem insuficiência renal crônica, perdendo a capacidade de filtrar o próprio sangue sem a ajuda de aparelhos. Dessa forma, o tratamento tem como finalidade substituir ou ajudar no funcionamento dos rins dos pacientes. O procedimento consiste na retirada do sangue do paciente,

que é filtrado fora do seu corpo e, em seguida, devolvido ao corpo devidamente “limpo”.

É um tratamento geralmente longo, afetando física e psicologicamente os pacientes. Geralmente, para os pacientes com insuficiência renal recomenda-se a diálise três vezes por semana, com duração média de três a quatro horas por dia. Nessas condições, é frequente a indicação de transplante renal. Sendo assim, trata-se de um processo lento, envolvendo uma série de variáveis, tais como compatibilidade, aspectos emocionais, espera para o transplante e ansiedade advinda dessa espera. Enfim, são alguns acontecimentos de ordem, além de emocional, burocrática.

Pelo então exposto, o desejo é de que esse trabalho contribua significativamente junto aos aspectos sociais, para a compreensão do sofrimento de pacientes em tratamento hemodialítico, auxiliando-os na redução do sofrimento e na promoção da qualidade de vida quando no enfrentamento do processo saúde-doença, cuja expectativa de vida tende à morbidez. Seus resultados podem auxiliar outras áreas que exijam tratamentos prolongados, contribuindo na escuta de pacientes que convivem em um ambiente social restrito, haja vista que, muitas vezes, esses pacientes perdem o trabalho em

função da necessidade de fazer o tratamento.

Outro aspecto a ser considerado é que esse trabalho enseja tornar-se fonte de pesquisa para próximos estudos, posto que existam poucas pesquisas referentes ao tema no contexto regional. Não obstante, o espaço para novas pesquisas está aberto e a bibliografia relativa ao uso dos mecanismos de defesa mostra-se como suporte teórico considerável na abordagem do assunto.

No que se refere ao interesse pelo tema, ele surgiu a partir do estágio realizado pela autora em uma instituição de saúde de Catalão – Go, que oferece tratamento hemodialítico, e da constatação da necessidade que os pacientes têm de serem ouvidos. O ambiente, sem dúvidas, é muito denso; as histórias de vida trazem muito sofrimento, associadas a outras doenças graves, sendo uma constante a necessidade de suporte psicológico. Dessa forma, o desejo de fazer uma pesquisa que contribuísse para a compreensão do processo vivenciado pelos pacientes e dos mecanismos de defesa adotados por eles no enfrentamento do problema motivou a realização desse estudo.

Considerações Teóricas

Os mecanismos de defesa fazem parte dos procedimentos utilizados pelo ego (eu) para desempenhar suas tarefas, evitando o desprazer e, se possível, buscando o prazer. Constituem operações de proteção postas em jogo pelo ego para garantir sua própria segurança. Eles não representam apenas conflitos, ou patologia, constituem recurso para adaptação ao meio.

Os principais mecanismos de defesa psicológicos descritos na literatura especializada são: repressão, negação, racionalização, formação reativa, isolamento, projeção, regressão e sublimação (Freud, A., 2006). A presença dos mecanismos é comum em indivíduos saudáveis, mas em excesso é indicação de sintomas neuróticos, sendo que, em casos extremos, o excesso indicaria patologia.

Segundo Freud (1915/1987), a repressão nunca é realizada definitivamente, ela exige contínuo consumo de energia para se manter o material reprimido. Fenichel (1998) afirma que a repressão consiste em um esquecimento inconscientemente intencional, ou, ainda, uma não conscientização de impulsos internos e externos que representem alguma ameaça ao ego. Neste processo psíquico, o censurável é tratado como se não existisse. Para Fadimam e Frager (1986), na

repressão há um distanciamento do pensamento ou acontecimento ansiogênico da consciência, impedindo que esse material seja acessado novamente. Contudo, ele continua fazendo no inconsciente do indivíduo.

Na negação, ocorre a tentativa de não aceitar na consciência algum fato que perturbe o ego, consistindo em um recurso de falseamento dos fatos, para evitar o conflito psíquico. Ao contar uma determinada história, por exemplo, acaba “esquecendo” de algo. A capacidade de lembrar-se incorretamente de um evento é também uma das características da negação. Dado relevante nesse mecanismo é a contribuição de Ana Freud, denominada “realização alucinatória dos desejos”, que será a contrapartida da negação. Quando alguém diz ‘não sei quem é essa pessoa que aparece nos meus sonhos, mas meu pai com certeza não é’, ela quer dizer: “Sinto que é meu pai que está no meu sonho, mas ainda consigo negá-lo”. (Freud, A., citado por, Fenichel, 1998)

Quando da racionalização, o indivíduo sempre procurará achar explicações lógicas e coerentes para fatos geralmente inaceitáveis, aliviando ou disfarçando uma ideia ou acontecimento que gera angústia. É uma forma de aceitar a pressão do superego e mascarar, sem

sofrimento, os verdadeiros motivos que seriam inaceitáveis ao psiquismo. É tornar tolerável o que seria inadmissível. A fim de se distanciar das relações originais entre afeto e representação, o sujeito lança mão de uma série de explicações para dar conta de seu sofrimento e explicar seu sintoma. (Freud, 1915/1987)

Fenichel (1998) apresenta a formação reativa como um mecanismo que evitará repressões secundárias pela promoção de modificação da personalidade; é capaz de utilizar impulsos que tem objetivos contrários ao impulso original. O indivíduo age de maneira contrária ao que seria seu verdadeiro desejo e esta atitude, em geral, é uma ação inconsciente. Como outros mecanismos, a formação reativa se apresenta na infância, com questões ligadas à sexualidade que já se desenvolveram, mas acaba suprimida por questões morais ou mesmo pela rejeição com relação ao assunto. (Hall, Lindzey & Campbel, 2000).

Outro mecanismo de defesa descrito na literatura psicanalítica e observado nesse estudo é o isolamento. Esse mecanismo foi descrito por Freud em 1894, caracterizando-se por separar a incômoda repressão do seu afeto. O paciente não esquece o trauma em si, mas “esquece” as conexões necessárias para chegar ao significado emocional do fato.

Aspectos emocionalmente importantes perdem seu sentido, seu significado, devido à grande carga de angústia envolvida na situação. Fato relevante desse mecanismo são os casos de pacientes que aceitam a análise quando estão deitados no divã, mas ela permanece isolada do resto da sua vida. (Fenichel, 1998)

Na projeção, o indivíduo atribui aos outros os desejos e pensamentos que na realidade são seus. É um mecanismo de defesa por meio do qual os aspectos da personalidade de um indivíduo são deslocados de seu mundo interno para o meio externo. Dessa forma, a ameaça passa a ser tratada como se fosse uma força externa, diminuindo a carga de sofrimento que seria sentida caso esses pensamentos fossem tomados como seus e não como do outro. É importante destacar que existem projeções que dão a impressão de que os estímulos internos são falsamente apreendidos como externos, a fim de aplicar essa projeção também a estímulos internos. (Friedman, 2004).

Os dois últimos mecanismos descritos nessa produção são a regressão e sublimação. Na regressão, geralmente, o indivíduo em um estado de ansiedade regride a um nível de desenvolvimento anterior, podendo ter, inclusive, características infantis. É uma forma de aliviar a angústia, saindo da realidade e

apresentando comportamentos que em tempos anteriores estavam reduzidos ou superados. Trata-se de um retorno a experiências vivenciadas anteriormente como prazerosas. Fenichel (1998) descreve duas principais formas de regressão. Na primeira, ocorre um retorno da sexualidade a formas infantis. Qualquer decepção relacionada à sexualidade adulta pode fazer a pessoa regredir a níveis de sexualidade infantil. O segundo provoca a regressão ao narcisismo primário, ou ao estágio de desenvolvimento anterior a diferenciação final de ego e id, levando ao bloqueio do ego.

A sublimação se apresenta como um dos mais importantes e utilizados mecanismos de defesa e caracteriza-se pela energia ligada a impulsos ou instintos geralmente mal vistos socialmente que se deslocam para atividades bem quistas e socialmente reconhecidas. Uma frustração em determinada área pode ser substituída, por exemplo, por uma brilhante capacidade de fazer outra atividade. (Fenichel, 1998).

Em *Além do princípio prazer*, enquanto dizia sobre a existência de uma pulsão de morte, Freud (1920) nos diz: “O objetivo de toda vida é a morte”. No ambiente hemodialítico, essa frase passa a ter um sentido ainda maior. Associando a situação observada no tratamento hemodialítico à teoria que fundamenta esse

estudo, é importante destacar que o adoecimento renal leva a uma experiência que chega muito próxima da morte. No relato de alguns pacientes, a falta de controle sobre o próprio corpo leva-os a alimentar sentimentos degradantes e fúnebres, vivenciando a própria morte.

Uma teoria que complementa a compreensão desses quadros são os trabalhos desenvolvidos por Kubler-Ross (1992), que trazem fases ou etapas importantes do processo saúde-doença, tomando o adoecimento como um momento de grandes perdas. São elas: a negação (isolamento), a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação.

A *negação* ou *isolamento* funciona como uma defesa perante a possibilidade da morte mais ou menos próxima. O enfermo não quer acreditar no que está a acontecer; há uma ameaça que é preciso negar para continuar a vida. A negação não será necessariamente uma negação total do processo, mas será usada por quase todos os pacientes, ou nos primeiros estágios da doença, ou, ainda, logo após a constatação da mesma. A autora trás como exemplo a fala de um paciente que afirma que “Não podemos olhar para o sol o tempo todo. Não podemos encarar a morte o tempo todo”. (Kubler-Ross, 1992, p.52).

Quando não é mais possível manter o primeiro estágio de negação, ele é

substituído por *sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento*. A pergunta que passa a comandar o pensamento desse paciente é o “por que eu?” É, em geral, um momento difícil de lidar junto ao paciente, pois família e equipe hospitalar serão tomados como receptores dessa ira. A equipe médica acaba sendo responsabilizada pelo paciente por não conseguir ajudar nos exames ou não pedir os exames certos; as enfermeiras, culpadas de não deixá-lo em paz, pois sempre estão aplicando medicação; a família acaba afastando-se, ou sentindo-se realmente culpada, o que faz aumentar a raiva, e a magoa do paciente. (Kubler-Ross, 1992).

O terceiro estágio é o da *barganha*, momento em que o paciente começa a ter algumas reações com esperança de receber o que quer de Deus. É uma tentativa de adiantamento, uma promessa, e tem de incluir um prêmio oferecido “por um bom comportamento”. As promessas podem estar psicologicamente associadas a uma culpa, talvez pela raiva atribuída às pessoas que estão auxiliando em seu tratamento. O pensamento recorrente é: “se colaboro com o tratamento, trato bem as pessoas à minha volta, logo poderei me redimir e conseguir de Deus o prêmio que é minha melhora dessa enfermidade”. (Kubler-Ross, 1992, p.96).

A *depressão* é a próxima categoria apresentada por Kubler-Ross (1992). Ela aparece quando o paciente em fase terminal não pode mais negar sua doença, sendo forçado a diversos procedimentos como cirurgias e hospitalizações e não consegue mais esconder a própria doença. Nesse período, sua identidade começa a ficar comprometida, sonhos precisam ser adiados, em geral, perdem ou precisam deixar o emprego e o afastamento da família também é comum, visto que internações hospitalares passam a ser recorrentes. Assim, o sentimento de culpa e a angústia se instalam, agravando o quadro depressivo.

O quinto e último estágio decorrente é a *aceitação* da doença. Esse paciente terá passado pela fase de não aceitação da enfermidade e não mais sentirá raiva quanto ao seu destino. Ele terá vivenciado sua raiva e inveja dos sadios, lamentado as perdas relacionadas a pessoas e lugares queridos, e contemplará seu fim próximo com certo grau de tranquilidade e expectativa. Geralmente fraco e sentindo muita necessidade de dormir, o sono, nesse caso, não será uma necessidade de fuga nem um instante de descanso para aliviar a dor, mas sim uma necessidade gradual e crescente de aumentar as horas do próprio sono. (Kubler-Ross, 1992).

Dessa forma, para se compreender como se deu a junção entre os mecanismos e as fases descritas pela autora, é importante atentar para o processo pelo qual esses pacientes em tratamento hemodialítico passam. Os pacientes chegam para os tratamentos acometidos de uma doença renal crônica, que acarreta diversas complicações físicas, impondo ao indivíduo limitações que vão além desse âmbito e atingem, conseqüentemente, questões psicológicas e sociais. Dessa forma, a hemodiálise apresenta-se como o meio para amenizar esse sofrimento físico, cabendo aqui caracterizar os procedimentos em que consiste o tratamento em questão.

A hemodiálise começou a ser experimentada no tratamento prolongado da insuficiência renal crônica (IRC) em 1960. É uma técnica que permite substituir artificialmente a função renal. Basicamente, esta técnica consiste no estabelecimento de uma circulação extra-corporal do sangue do doente através de canais ou tubos formados por uma membrana semipermeável, membrana esta que, separando o sangue duma solução salina adequada, vai possibilitar a sua depuração por meio de trocas osmóticas e dialíticas. (Garcia, 2001).

A totalidade dos pacientes entrevistados na pesquisa de Velloso

(2000) sente-se beneficiada por existir a alternativa da hemodiálise para prolongar suas vidas e até simboliza a máquina como a própria vida, porém, metade dos pacientes vivencia uma situação ambígua, ou seja, ao mesmo tempo em que percebe a máquina de diálise como algo fundamental, que “salva”, é também símbolo de um objeto perseguidor e destruidor. Sendo essa ambigüidade a desencadeadora de grandes conflitos.

As ameaças da doença crônica referem-se, diretamente, à vida do paciente, ao medo da morte, à relação com a integridade corporal e à sua autonomia. Como Freitas e Cosmo (2010) apresentam, a dependência da máquina de hemodiálise e sujeição à equipe médica gera diferentes sentimentos, singulares para cada paciente. Para alguns, a resposta é mais favorável, com a aceitação dos inconvenientes do tratamento, outros assumem uma excessiva dependência e há, ainda, aqueles que se “rebelam” contra a enfermidade e o tratamento – infringem a dieta e negam a gravidade da doença e sua irreversibilidade.

Flores e Thomé (2004) advertem que a espera pelo transplante renal acaba gerando intensa ansiedade, pois há incerteza de quando o paciente vai ter oportunidade de realizar o procedimento, já que há uma fila muito grande para o

procedimento. Essa espera aumenta ainda a angústia desses pacientes, como é descrito na pesquisa realizada por esses autores.

Uma das constatações na análise com pacientes em tratamento é o sentimento de ambivalência em relação ao tratamento do transplante renal. É questionado quanto a este ser a melhor alternativa terapêutica para a IRC (Insuficiência Renal Crônica), uma vez que são exigidos cuidados rigorosos após o procedimento, que serão de responsabilidade quase total do paciente. É importante destacar que a realização do transplante não é garantia de sucesso do funcionamento do rim. E isso é alertado aos pacientes na avaliação para ingresso na lista de espera, bem como no pré-operatório. (Flores & Thomé, 2004).

Velloso (2000), em sua produção, traz que é decisiva a interferência do fator psicológico na forma como o indivíduo vai lidar com sua problemática. Uma parte significativa dos pacientes que participaram de sua pesquisa (85,71%), inclusive, faz referência espontânea ao aspecto emocional (aos seus conflitos internos e ao uso de mecanismos de defesa), reconhecendo sua importância na forma de enfrentamento da doença e na adesão ao tratamento.

Para auxiliar nesse processo, o psicólogo, juntamente com a equipe

medica, terá papel fundamental no objetivo de se identificar o indivíduo por detrás dos sintomas, entendê-lo em suas vivências, medos e ansiedades, seu contexto de vida e sua percepção de si mesmo e da doença. Esses pacientes em hemodiálise fazem parte de um grupo bem específico entre os portadores de doenças crônicas. Tal grupo de pacientes mobiliza determinados mecanismos de defesa em função da adaptação à doença e isso pode gerar um empobrecimento da personalidade, tornando-se incapaz de adaptação às novas situações e de manter relações de interesse sobre o mundo externo. (Freitas & Cosmos, 2010).

Ainda segundo os mesmos autores, o profissional de psicologia deve ser sensível diante de tais reações e defesas e, principalmente, deve ter a função de respeitar as dificuldades do paciente e estar preparado para ajudar o sujeito na compreensão de si mesmo como doente, da irreversibilidade da doença e de sua própria finitude. A partir do estabelecimento do vínculo terapêutico, esse profissional auxiliará na relação paciente/família/equipe, realizando um trabalho com esse paciente que vise sua adaptação à nova situação vivida. Terá a possibilidade de trabalhar junto a esse paciente os aspectos relacionados à morte, tema muitas vezes “tabu” nesse ambiente, pois o paciente pensa sobre tal, sofre com

essa possibilidade, mas é intimidado a falar sobre o assunto pelas pessoas em geral. Ou seja, é responsabilidade do psicólogo, nesse ambiente, auxiliar na adaptação psicológica desse paciente, o que influenciará diretamente na adesão ao tratamento da doença.

Um estudo recente realizado na cidade de Uberlândia-MG, que diz da atuação do psicólogo no ambiente hemodialítico, mostra quais as principais demandas dos pacientes em tratamento e as possíveis intervenções. As principais queixas que apareceram nas entrevistas foram a necessidade de adaptação ao tratamento e a questão da morte, especificamente quando algum paciente vinha a óbito, o que gerava sentimentos de medo de ser “o próximo” e promovia fantasias de angústia. (Resende, Santos, Souza & Marques, 2007).

Assim, o trabalho desses profissionais, segundo os autores, teve o intuito de minimizar o impacto da doença na vida do paciente e da família, objetivando uma reestruturação psíquica do dialítico, como também na manutenção do tratamento, auxiliando-o na construção de uma nova perspectiva de si, ativando estratégias de enfrentamento que resgatem o bem-estar e promovam melhor qualidade de vida aos mesmos. Para tal, foram trabalhados aspectos singulares do

adoecimento, ajudando no fortalecimento dos mecanismos de autorregulação do *self* e trabalhando suas atitudes em relação ao tratamento e à vida.

Como afirma Birman (1999),

A figura do analista não é, pois, um remédio, tampouco um fármaco capaz de promover a salvação das almas sofrentes. Isso porque a psicanálise não é um saber médico capaz de gerir a terapêutica das enfermidades. Além disso, as dores provocadas pela existência não são doenças no sentido médico do termo. Dessa forma, a figura do analista seria a de alguém capaz de sustentar radicalmente a experiência limite da morte indicada pela dor do desamparo, acreditando que, da fronteira com o horror do impossível, o sujeito vai advir. (Birman (1999, p.46).

Dessa forma, tem-se o caminho percorrido na realização desse estudo que buscou a junção da teoria apresentada e procurou compreender como os pacientes dialíticos convivem com o tratamento e quais mecanismos de defesa têm sido utilizados nesse processo.

Metodologia

Essa pesquisa caracterizou-se como um estudo descritivo, delineado como estudo de caso, conforme classificação de pesquisas proposta por Gil (2008). O estudo de caso consiste em uma análise profunda e exaustiva de um ou alguns poucos objetos. Este delineamento

apresenta como vantagem o fato de estudar situações da vida real cujos limites são claramente definidos, preservando o caráter unitário do objeto estudado. Nele se descreve a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação (Gil, 2008).

Como instrumento de pesquisa foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Com elas trabalhou-se a partir de um conjunto de temas preparados antes da entrevista para vir a ser explorado com cada entrevistado. Esse roteiro serviu como uma lista básica de questões a serem contempladas ao longo da entrevista, de modo a garantir que todos os temas relevantes fossem abordados. Assim essa técnica se apresentou como vantajosa no estudo de caso por oferecer ao entrevistador liberdade ao abordar tópicos considerados essenciais ao estudo, possibilitando ao entrevistador discorrer sobre o tema sem se prender à pergunta. (Severino, 2007).

O estudo contou com a participação de seis pacientes, escolhidos intencionalmente, sendo três homens e três mulheres, com faixa etária de 23 a 56 anos, submetidos ao tratamento hemodialítico em um hospital da rede particular de saúde em Catalão-GO. O tempo de tratamento hemodialítico variou entre um ano e sete meses e nove anos.

As entrevistas foram realizadas em dois dias distintos, durante o mês de outubro de 2013, e cada entrevista teve duração média de vinte minutos. O roteiro de entrevista continha sete questões, que visavam compreender o funcionamento psicológico do paciente de acordo com a presença ou não dos mecanismos de defesa descritos pela psicanálise e apresentados no presente estudo.

Os dados foram analisados qualitativamente, por meio da análise dos conteúdos dos relatos conforme proposta por Bardin (1977) e seus comentadores. Para tal, as respostas foram agrupadas em categorias. Chegou-se, inicialmente, a nove categorias e, em seguida, a partir da associação com a teoria de Kubler-Ross (1992) sobre os estágios relacionados à morte e com a teoria psicanalítica relativa aos mecanismos de defesa, essas categorias foram reduzidas a seis. São elas: sacrifício relacionado ao tratamento, negação, aceitação, queixas quanto ao passado, anulação quanto à própria vida e a última categoria foi a impotência diante da doença. Por aproximação, essas seis categorias foram denominadas racionalização da doença, negação, aceitação, isolamento, projeção e depressão. Esses são mecanismos de defesa propriamente ditos e/ou fases

descritas por Kubler-Ross (1992), quando do tratamento de pacientes terminais.

No que se refere aos cuidados éticos, atendendo ao disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando com a participação na pesquisa, conforme determina a legislação vigente no país no que se refere à pesquisa com seres humanos. Na oportunidade, os pacientes foram convidados a participar do estudo, sendo-lhes esclarecido que poderia não haver um retorno imediato aplicável aos seus casos. No entanto, suas colaborações seriam importantes para o tratamento de casos futuros, podendo amenizar o sofrimento de pacientes em tratamento.

Todos os convidados aceitaram a participação no estudo.

Resultados e Discussões

Apresentação dos Resultados

Os resultados obtidos na pesquisa foram agrupados em categorias que representam os conteúdos das falas de cada participante. Com o objetivo de proporcionar uma melhor compreensão, cada categoria foi apresentada separadamente. Essas categorias foram estabelecidas de acordo com a teoria psicanalítica sobre os mecanismos de defesa e ainda a partir das fases descritas por Kubler-Ross (1992) sobre a morte, conforme anteriormente mencionadas e apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 1 – Distribuição de categorias de respostas de pacientes em tratamento hemodialítico (n = 06)

PARTICIPANTES	CATEGORIAS DE RESPOSTAS					
	Racionalização da doença	Negação	Aceitação	Isolamento	Projeção	Depressão
Participante 01						
Participante 02						
Participante 03						
Participante 04						
Participante 05						
Participante 06						

A primeira categoria aqui descrita é a racionalização da doença. De acordo

com os relatos, 100% dos participantes da pesquisa apresentaram esse mecanismo de

defesa, assim como o isolamento e a depressão, que também foram constatados em 100% dos participantes. A aceitação apareceu em 66,66% dos entrevistados e a negação e a projeção em 50% deles, o que pode ser explicado em função do estágio da doença, onde nem todos participantes encontram-se em igual situação.

Análise de Discussão dos Resultados

A primeira categoria estabelecida foi a racionalização da doença. Essa categoria apareceu logo nas primeiras respostas dos participantes, quando perguntados sobre quais foram as causas do adoecimento. A racionalização é um dos mecanismos descritos pela psicanálise que diz respeito aos comportamentos que seriam inaceitáveis, sendo explicados/apresentados como recurso para evitar o conflito psíquico. É uma maneira de falsear uma ideia ou acontecimento que gera angústia, aceitando a pressão do superego e disfarçando verdadeiros motivos que seriam inaceitáveis.

Tal mecanismo ficou evidente nas falas dos pacientes, por exemplo, no relato do paciente 01: “É desagradável, mas já me conformei. É o que me mantém vivo. O problema não é a hemodiálise”. É notório aqui que o problema é, sim, a hemodiálise, mas como é ela que o mantém vivo, o

paciente não assume isso nem para ele mesmo.

Foi possível observar que racionalização é uma maneira que os pacientes desenvolveram para explicarem logicamente os motivos pelos quais acabaram adoecendo, quando, na verdade, sentem-se culpados pelo adoecimento. Na maioria dos casos, o motivo do adoecimento são alguns descuidos pessoais, tais como descontrole com a diabetes e pressão muito alta. Enfim, a racionalização é um mecanismo que funciona bastante com esses pacientes, visto que, com o uso deste, sentem-se protegidos e suas próprias explicações tornam-se plausíveis.

A negação foi o a segunda categoria analisada. Nos relatos apareceram os dois tipos de negação, a descrita pela psicanálise e a tomada por Kubler-Ross (1992) como estágio de pacientes terminais. Na negação, ocorre a tentativa de não aceitar conscientemente algum fato que perturba o Ego. É um recurso de falseamento dos fatos, segundo Fenichel (1998). Exemplos dessa situação estão presentes nos relatos quando afirmam: “queria mesmo era ir embora”, para, em seguida falarem: “Não tem outro recurso. A vida é essa!” (participantes 02 e 04).

O mecanismo de negação descrito por Kubler-Ross (1992) funciona como uma defesa perante a possibilidade da morte, mais ou menos próxima. O enfermo não quer acreditar no que está a acontecer, há uma ameaça que deve ser negada para continuar a vida. A negação não será necessariamente uma negação total do processo, mas será usada por quase todos os pacientes, ou nos primeiros estágios da doença ou logo após a constatação.

Esse mecanismo ficou observado nos dois participantes, 01 e 04, que estão em tratamento há menos de dois anos. Quando perguntados sobre o que se passa em seus pensamentos durante o processo, afirmam: “passa tudo que podia fazer e hoje não posso. Quero sair disso logo”. Dizem ainda da grande vontade em ir embora e, mesmo sabendo de suas condições e da impossibilidade de deixar o tratamento, afirmam que vão sair porque em algum momento estarão curados.

Freud (1925) diz que negar algo supõe uma afirmação. O conteúdo negado é conhecido, é sabido. O paciente aqui reconhece a doença e compromete-se com o seu tratamento: “Eu não gosto, ninguém gosta, mas é o que me mantém vivo, então eu venho e faço o tratamento.”(participante 01)

A aceitação é a última fase descrita por Kubler-Ross (1992). Nela, o paciente

terá passado pela fase de não aceitação da enfermidade e deixará de sentir raiva quanto ao seu destino. Ele terá vivenciado sua raiva e inveja pelos sadios, lamentado as perdas relacionadas a pessoas e lugares queridos, e contemplará seu fim próximo com certo grau de tranquilidade e expectativa. Geralmente, o paciente fica fraco e sente muita necessidade de dormir.

Essa fase ficou explícita nas falas dos pacientes que estão em tratamento há mais tempo (participantes 05 e 06). Uma fala que a exemplifica é a de um paciente em tratamento há nove anos: “antes era muito preocupado porque estava engordando, só pensava nisso. Vinha para hemodiálise e passava mal. Agora eu durmo e sigo no tratamento.” Outro relato que também confirma esse mecanismo é a do participante 06 em tratamento há sete anos, quando perguntado sobre suas expectativas para o futuro: “que meus meninos consigam fazer o que eu não consegui. Para mim, é o que vier.”

Merece destaque nessa fase o fato de que nos relatos dos participantes essa aceitação muitas vezes é apenas aparente, já que em uma pergunta eles a demonstram, mas logo em seguida se contradizem. Por exemplo, nos casos dos participantes 04 e 06, houve a identificação, além da fase de aceitação, com a presença também do mecanismo de

negação. Logo se vê que algumas vezes os participantes se utilizam mais de um mecanismo como uma forma de diminuir o peso do adoecimento, além do sentimento de angústia que em muitas falas ficam aparente.

Outro mecanismo apresentado pela literatura psicanalítica e que foi observado nesse trabalho é o isolamento. Este mecanismo descrito por Freud desde 1894 caracteriza-se por separar a incômoda repressão do seu afeto. Fato relevante desse mecanismo são os casos de pacientes que aceitam a análise enquanto estão deitados no divã, mas que permanecem isolados do resto do mundo.

Quando perguntado sobre o que mudou com o tratamento, um paciente afirma não ter havido mudança; apenas tem de fazer o tratamento. Para ele, nada mudou. Fora dali é tudo normal. É importante destacar que esse paciente tem dificuldades no tratamento, pois não segue corretamente as dietas. Destaca-se nesse mecanismo a separação do afeto. Geralmente os participantes falam como se estivessem descrevendo a vida de outra pessoa, se implicam pouco na fala e não gostam de demonstrar sofrimento, como eles mesmos trazem nos relatos. “Aceitar não aceita, mas não tem outro recurso. A vida nossa é essa”. Ao dizer isso, é como

se a paciente nem estivesse ali no momento. (participante 04).

Uma característica importante que foi observada em relação a esse mecanismo é a de que os pacientes, às vezes, isolam-se da própria doença; o que é o maior risco de morte, já que, quando não tomam a doença como algo seu e que precisa ser cuidado, acabam não seguindo as recomendações necessárias. Pacientes que não seguem a dieta fazem exercícios físicos de forma errônea e acabam perdendo a vida, pois o corpo não suporta tais excessos.

A projeção também apareceu nos relatos dos participantes. Nesse mecanismo, o indivíduo atribui aos outros os desejos e pensamentos que na realidade são seus. É um mecanismo de defesa por meio do qual os aspectos da personalidade de um indivíduo são deslocados de dentro deste para o meio externo. Essa característica da projeção foi a que mais se fez presente.

Os pacientes projetam na hemodiálise suas vidas, afirmam que antes podiam fazer tudo e depois da hemodiálise não podem fazer mais nada. Algumas consequências são realmente limitações da doença, mas o que se vê na pesquisa é uma paralisação de tudo em função da doença, projetando nela toda culpa por seus fracassos. Assim, a hemodiálise passa a ser

o objeto externo utilizado como depositante de toda a responsabilidade que caberia ao paciente.

Uma fala que mostra claramente essa projeção é a de uma participante de trinta e quatro anos, que está em tratamento há um ano e oito meses. Ela diz que “antes era bom, porque eu tinha uma vida normal, fazia caminhada, praticava esportes, participava mais das atividades onde vivo, das festinhas, das organizações das festas, tinha mais disposição, gostava de trabalhar como professora, ia para a escola e depois ia para faculdade. Em casa, fazia muitas coisas que hoje não faço: lavava a casa, limpava o jardim e hoje, se ficar agachada, não levanto, porque endurece as pernas e dói muito”.

A depressão, como uma das fases descrita por Kubler-Ross (1992), é outro mecanismo evidente nessa pesquisa. Ela aparece quando o paciente em fase terminal não pode mais negar sua doença. Nesse período, sua identidade começa a ficar comprometida, sonhos precisam ser adiados, geralmente perdem o emprego e sentem-se impotentes diante do adoecimento. O participante 01, em especial, é exemplo dessa fase. Ele tem cinquenta e seis anos e está em tratamento há um ano e sete meses. Afirma não mais acreditar que sairá dessa condição e seu desejo é que seus filhos consigam

conquistar o que ele não conseguiu. “Que meus meninos consigam fazer o que eu não consegui. Para mim, é o que vier.”

Algumas características que influem para o aparecimento dessa depressão são relacionadas também à questão estética. A sensação da fístula arteriovenosa, as cicatrizes nos braços devido a fístulas anteriores, os caroços que se formam nos locais do tratamento e ainda outros aspectos, como perda ou aumento de peso comprometem diretamente a autoestima dos pacientes. A visão do próprio corpo acaba entristecendo e desanimando as pessoas em tratamento, como os próprios participantes chegaram a relatar.

Considerações Finais

Para pacientes com Insuficiência Renal Crônica, o tratamento hemodialítico é indispensável, estabelecendo-se um quadro de dependência que exige atenção especial. Assim, a partir da identificação dos mecanismos de defesa utilizados por esses pacientes para suportarem tal dependência, ficou claro o quanto se faz necessário um olhar mais humano para tal situação.

Fez-se presente nos relatos dos participantes seis principais mecanismos. Desses, a racionalização, o isolamento e a

depressão estiveram presentes em todos os entrevistados.

Racionalização, principalmente quando da explicação dos motivos que levaram a doença; isolamento, como uma maneira de não demonstrarem o que estão realmente sentindo; o afeto, arrefecido diante da situação que gera sofrimento, e a depressão como uma decorrência de uma mudança brusca e de uma dependência intensa do outro.

Foi possível correlacionar essas três principais defesas: a racionalização como a primeira reação diante da doença, em seguida, após não poder mais disfarçar a doença, há certa negação dessa doença, fazendo que os pacientes neguem os sentimentos e isolem a doença. Como consequência dessas fases, tem-se a depressão. O paciente, mesmo que não queira, começa a ver as modificações corporais que aparecem com a doença, as mudanças no modo de funcionamento geral, a perda da esperança com relação à possibilidade de sair da situação e, geralmente, se afastam do convívio, buscando silêncio e descanso.

Em meio a tal diagnóstico, a temática da morte se faz presente desde o início, mas foi possível observar que no estágio da depressão é o momento em que fica mais constante o pensamento sobre tal. Os participantes não apresentam mais esperança quanto ao futuro e estão sem

forças (até mesmo física) para lutarem contra o inevitável: a finitude humana.

Voltando aos objetivos desse artigo, quais sejam a identificação e o funcionamento dos mecanismos de defesa descritos pela psicanálise, é por meio deles que entenderemos melhor o funcionamento psíquico dos pacientes. Tem-se que a utilização desses mecanismos, em especial a negação, o isolamento e a projeção, de forma irrestrita interferem diretamente no tratamento dos pacientes, havendo um distanciamento do tratamento e uma não responsabilização sobre sua própria condição.

Assim, como o disposto na Portaria nº 82, de 03 de Janeiro de 2000, da ANVISA, a presença de um Psicólogo na hemodiálise tornou-se condição indispensável para o funcionamento dos serviços. O Psicólogo, nesse ambiente, terá a função de auxiliar o paciente para que este não se perca subjetivamente, que consiga, em meio à quantidade de limitações impostas, não perder sua identidade, o aspecto principal de cada sujeito.

Alguns pontos passíveis de crítica a esse trabalho é o fato do estudo ter sido realizado com um número reduzido de participantes e, ainda, o fator ambiente, posto que as entrevistas foram realizadas durante a hemodiálise, onde a presença de

outros profissionais leva a certa restrição número de participantes e em espaço que nas falas dos entrevistados. Sugere-se a preserve o sigilo dos relatos. realização de novos estudos com maior

Bibliografia

Birman, J. (1999). *Mal Estar na Atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Relógio D'água.

Brasil, Anvisa. Legislações - Portaria 82. Em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/82_00.htm. Acesso em 20/11/2013.

Brasil, Conselho Nacional de Saúde (2012). Resolução Nº 466/2012, que estabelece e regulamenta as normas para realização de pesquisas com seres humanos. Diário Oficial, Brasília.

Fadimam, J. & Frager, R (1986). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Harbra.

Fenichel, O. (1998). *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Flores, R. V. & Thomé, E. G. (2004). Percepções do paciente em lista de espera para o transplante renal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 57 n.6, 687-90.

Freitas, P. P. W. & Cosmo, M. (2010). Atuação do Psicólogo em Hemodiálise. *Revista da SBPH*, v.13 n.1.

Freud, A (2006). *O ego e os mecanismos de defesa*. Porto Alegre: Artmed.

Freud, S. A negativa (1925/1987) In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. As neuropsicoses de defesa (1894/1987) *In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. III. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. A Repressão (1915/2010) *In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. XII (pp. 82-91). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. Além do Princípio de Prazer (1920/1987). *In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. vol. II, Rio de Janeiro, Imago.

Friedman, H. S. (2004). *Teorias da personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna*. São Paulo: Prentice Hall.

Garcia, L. M. A. (2001). *Adaptação do Insuficiente Renal Crônico à Hemodiálise: Contributos do Enfermeiro*. (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto: Portugal.

Gil, A.C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Hall, C. S.; Lindzey, G. & Campbel, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. Porto Alegre: Artmed.

Kübler-Ross, E. (1992). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Resende, M. C.; Santos, F. A.; Souza, M. M. & Marques, T. P (2007). Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Revista Psicologia Clinica*, vol.19, n.2, p.87 – 99.

Severino, A. J (2007). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de Diálise SBN 2012.Em: <http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo>. Acesso em 25/06/2013.

Velloso, R. L. M. (2000). *Efeitos da hemodiálise no campo subjetivo dos pacientes renais Crônicos*. In: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cogito/v3/v3a09.pdf>. Acesso em: 25/11/2013.

Os autores:

Andrea Aparecida Fernandes é psicóloga, graduada pela Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão. Av. Dr. Lamartine Pinto de Avelar, 1.120, Setor Universitário, CEP: 75.704-020 - CATALÃO – GO, e.mail: andreapfernandes989@yahoo.com.br

Moisés Fernandes Lemos é graduado em Psicologia (UFU), mestre em Psicologia Clínica (UFU) e doutor em Educação (UFG). Endereço: Rua Eduardo de Oliveira, 289, apto 102, CEP 38400-068, Uberlândia – MG. E.mail: moisesflemos@yahoo.com.br