

RELATO DE EXPERIÊNCIA: UMA ESTUDANTE DE PSICOLOGIA, A ADESÃO E OS MECANISMOS DE DEFESA DE DOENTES CRÔNICOS

Alencássia de Abreu Gama*

Dorinaldo de Freitas Cintra Junior**

RESUMO

Minimizar as doenças crônicas da população em geral faz parte das estratégias de saúde. O objetivo deste relato de experiência é mostrar com a ótica subjetiva da Psicologia e da vivência como acompanhante de doente crônico em uma enfermaria, como se dá a adesão e de que modo agem os mecanismos de defesa inconscientemente de pacientes crônicos, burlando o tratamento médico. Os métodos utilizados foram a observação não participante e o levantamento bibliográfico, para evidenciar as modalidades de adesão de pacientes crônicos hospitalizados e como agem os mecanismos de defesa sob a perspectiva psicanalítica. A adesão de pacientes crônicos hospitalizados se dá em leito de maneira desejosa e havendo o mecanismo de fuga da situação aniquiladora da doença. A adesão de fato em leito é como uma preaceitação e circunstância para uma mudança e continuidade das prescrições médicas fora do hospital. É possível identificar por meio das repetições de cada paciente, como agem os mecanismos de defesa, sabotando inconscientemente o tratamento e traçar de maneira terapêutica junto aos doentes, táticas para deslocar e sublimar para objetos sadios os comportamentos destrutivos, podendo a equipe auxiliar o paciente a se adaptar ao tratamento, o defrontando com as possibilidades, minimizando a redução da qualidade de vida e evitando mortes antes dos 70 anos.

Palavras-chave: Pacientes crônicos. Adesão. Mecanismos de defesa.

SUMMARY

Minimize the chronic diseases in the general population is part of the health strategies. The objective of this report is to show experience with the subjective perspective of psychology and experience as an escort of chronic patient in an infirmary, how membership and how they act the defence mechanisms of chronic patients, unconsciously breaking medical treatment. The methods used were participant observation and the bibliographic survey, to show the procedures for accession of chronic patients hospitalized and as acting defense mechanisms in the psychoanalytic perspective. The accession of chronic patients hospitalized in bed in a manner looking forward and going on the escape mechanism of the situation doomer of the disease. Membership in bed is like a preacceptation and circumstance for a change and continuity of medical prescriptions outside the hospital. It is possible to identify through repetitions of each patient, as acting defense mechanisms, sabotaging unwittingly the treatment and trace of therapeutic way along to patients, to shift tactics and sublimate to destructive behaviour, sound objects and the team

* Graduando do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Mauricio de Nassau de Fortaleza.
E-mail: cassiamaranguape@hotmail.com

** Mestre em Psicologia Professor Dorinaldo de Freitas Cintra Junior.
E-mail: dorinaldojr@gmail.com

help the patient adapt to the treatment, the facing opportunities, minimizing the reduction of quality of life and avoiding deaths before the age of 70 years.

Keywords: Chronic patients. Adhesion. Defense mechanisms.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2014), as enfermidades não transmissíveis (ENT), comumente chamadas de doenças crônicas não contagiosas, normalmente, têm duração prolongada e seu progresso comumente é lento. Estão, entre os problemas crônicos mais frequentes, os cardiovasculares (ataques cardíacos e acidente vascular cerebral), cânceros, doenças respiratórias crônicas (como a doença crônica obstrutiva pulmonar e asma), diabetes e doenças renais. O surgimento de tais enfermidades pode estar relacionado a causas danosas, como o uso de tabaco, consumo de álcool, da obesidade, consideráveis índices de colesterol, carência na alimentação de frutas, de verduras e ausência de atividades físicas.

No momento em que o enfermo se mostra doente, em vários pontos, acontecimentos da infância ressurgem, ocasionalmente um instante de conexão direto com dissabor e angústia, as aflições da infância se atualizam. Na existência de movimentos energéticos e ininterruptos, se fazem indispensáveis estratégias de adaptações e acomodações dos mecanismos de defesa com a finalidade de inteiração das pressões, viabilizando a restauração do corpo e mente do ser doente (PEREZ, 2005).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde OMS (2014) sobre doenças crônicas, a situação mundial destaca um crescente aumento de mortes relacionadas às enfermidades não transmissíveis (ENT), caracterizando um problema social de grande proporção, à medida que exige um enfrentamento da área da saúde para redução em até 25% das mortes prematuras. De 38 milhões de óbitos causados por doenças não transmissíveis registradas em 2012, mais de 40% delas (16 milhões) foram mortes prematuras ocorridas antes dos 70 anos de idade, a maioria dessas evitáveis. Este informe exprime dados demonstrativos de mortalidade prematura por ENT, realmente, pode se reduzir de modo considerável em todo o mundo.

Seguindo a tendência mundial, o Portal da Saúde em 2013 assinala que as doenças crônicas não transmissíveis DCNT são responsáveis por 72,6% das mortes de acordo com Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM, 2015). Isso corresponde à alteração do peso das doenças crônicas, tornando-as o mais novo foco de prevenção dos responsáveis na área de saúde, fortemente pela influência dessas doenças quanto às mortes e na qualidade de vida das pessoas afetadas, com maior probabilidade de decesso vital prematuro e adversidade financeira para as famílias, comunidade e sociedade (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão no rol dos problemas de saúde de grande preocupação são responsáveis por cerca de 70% das *causa-mortis*. As doenças cardiopatias, cânceres, diabetes, doenças respiratórias crônicas e neuropsiquiátricas estão entre as principais DCNT, como a causa do expressivo índice de falecimentos antes dos 70 anos e pela redução da qualidade de vida, o que resulta em sujeitos com certas incapacidades e com alta dificuldade para realizar suas rotinas laborais e de lazer (IBGE, 2014).

As doenças crônico-degenerativas crescem mais do que as enfermidades infectocontagiosas. Está é uma realidade clínica que não considerada a cura como meta, mas que aufere reconhecimento pelos indícios que determinam o surgimento da doença, contribui para a adesão ao tratamento e a adoção de estratégias possibilitadas da crescente condição psicológica, cognitiva e social da pessoa (ANDREOLI et al, 2013).

A adesão ao tratamento, para esses autores, está intimamente ligada a fatores como acreditar nas recomendações médicas e essa ser como uma pré-aceitação do tratamento, como compreender o tratamento de modo exato, ter capacidade cumprir o que é prescrito, ter paciência quanto ao tempo de terapia, ter condições psicológica e psiquiátrica, contar com o apoio familiar e social (ANDREOLI et al, 2013). Consoante Souza e Yamaguchi (2014), a adesão também ocorre em virtude do ao grau de conhecimento do paciente e comportamento ante as recomendações dos profissionais e prescrições terapêuticas propostas.

Klein e Goncalves (2005) evidenciam o fato de predominância na adesão terapêutica proeminente da Psicologia da saúde. De fato, aderir ao tratamento pode ser ato esperado igual a uma conduta paralela à saúde/doença,

de modo que o entendimento das influências que destinam as pessoas a aceitarem ou rejeitarem as orientações dos profissionais da saúde, dentro de tal modalidade, é compreendido pela área da Psicologia.

A Organização Mundial de Saúde OMS (2003) acentua que o assentimento à terapia compreende uma série de ações, como tomar medicamentos, ganhar imunidade, ir ao médico periodicamente e ter hábitos de vida saudáveis.

Outros apontam a concordância terapêutica como um processo multifatorial. Pires e Mussi (2008), por exemplo, apontaram um predomínio das crenças sobre benefícios e a visão voltada para menor valor dessas em realidades socioeconômicas menos favorecidas.

A aderência do paciente ao tratamento médico está numa relação direta com as recomendações de mudança no estilo de vida, a requerer habilidades que envolvem o autocuidado, como, por exemplo, o acompanhamento do peso, evitar consumo de sódio e de bebidas alcoólicas, reclamando, também, a prática de atividade física (CASTRO et al, 2010).

Há autores, como Drotar e Riekert (2000), que pesquisaram sobre a não aderência ao tratamento e seus influxos sobre os resultados das doenças crônicas. A concordância problemática pode levar a graves complicações médicas e aumentar o perigo de morbidade, relacionada às doenças crônicas, e mortalidade, em alguns casos. O não acordo de perfil grave pode contribuir para vários problemas, como por exemplo, a cetoacidose, pois a quantidade de cetoácidos aumenta quando o corpo é forçado a consumir proteínas para se manter, em decorrência de falta de glicose e gordura recorrente em diabetes juvenil, estado funcional comprometido e a mortalidade em casos de asma. Em outros eventos pode explicar as recaídas sem explicações, como perdas de transplantes renais. Alguns médicos julgam a não adesão ao tratamento como ameaça significativa à saúde de muitos adolescentes com câncer.

As influências financeiras negativas da não adesão ao tratamento médico de crianças são pouco evidenciadas, mas, em adultos, aparecem relacionados aos aumentos de despesas médicas decorrentes de internações hospitalares, duração, estada e despesas de saúde (DROTAR; RIEKERT, 2000).

O comportamento não aderente está além das metas desviadas na terapêutica, como a reação de não ir a uma consulta, o caso de se esquecer de

tomar os remédios receitados, desconhecer o nome da medicação a ser ingesta, consumir o remédio fora do horário prescrito, encerrar a terapêutica antecedendo o término etc. Acrescentamos, contudo, a esquiva da preservação de atividades sadias aconselhadas pela equipe de saúde, tais como se alimentar corretamente, executar práticas físicas, evitar ingestão de álcool, rejeitar o fumo e suspender o estresse (KLEIN; GONCALVES, 2005).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e tem caráter bibliográfico-exploratório. Preocupamo-nos, na sua realização, com o aprofundamento e o entendimento dos doentes crônicos hospitalizados em um hospital universitário de Fortaleza. Evidenciamos como sucede a adesão e de que maneira agem sob a perspectiva psicanalítica os mecanismos de defesa, de acordo com o relato de experiência, correlacionando os comportamentos dos doentes. Os dados se apoiaram em investigações variadas, na abordagem psicanalítica, em livros, bibliotecas virtuais, recursos periódicos, como CAPES, sites como o Google acadêmico, Scielo e bvs.

O relato de experiência resulta de uma observação não participante na posição de acompanhante em um leito hospitalar, em particular, de um familiar doente renal crônico, bem como da exploração do caso de morte de uma paciente com Crohn que estava em tratamento na mesma enfermaria, além dos resultados de pesquisas na área, que ensejaram possibilidades de intervenções quanto à adesão ao tratamento médico.

O método utilizado foi a observação simples ou não participante, sendo a mais adequada por estar na posição de familiar-acompanhante em uma enfermaria, e não possuir vínculo algum com hospital, embora possuía um conhecimento específico por ser uma graduanda de psicologia, o que resultou em sugestões de intervenções a serem realizadas pela equipe multidisciplinar. Para operar esta metodologia, os pesquisadores se mantêm neutros perante objetos de pesquisa e observam de maneira espontânea os acontecimentos que surgem. Posteriormente, se posicionam de maneira científica e utilizam a observação além da obtenção de fatos (GIL, 2008).

Nosso objetivo é exibir a maneira como o conhecimento de uma estudante de Psicologia em uma enfermaria de hospital universitário pode reunir

aspectos significativos quanto à adesão ao tratamento médico e a atuação dos mecanismos de defesa sob a perspectiva psicanalítica.

3 ADESÃO E TRATAMENTO DE PACIENTES CRÔNICOS

A experiência como acompanhante de uma paciente com doença renal crônica em tratamento em uma enfermaria, bem como a observação de vários pacientes crônicos que estavam no mesmo hospital universitário, resultaram no interesse e aprofundamento de como ocorre a adesão e como agem os mecanismos de defesa de pacientes crônicos em terapia médico-hospitalar.

Os levantamentos teóricos mostraram possíveis direções a serem seguidas e aprofundadas, com vistas aos pacientes crônicos aderirem de fato ao tratamento médico e assim reduzirmos as mortes.

Na perspectiva de Romano (1999), quando do tratamento hospitalar, no desenvolvimento adaptativo correspondente ao psicológico do paciente, o aparecimento de aspectos patológicos psíquicos reage correlacionado a inúmeras causas: por exemplo, faixa etária, sexo, parecer médico do enfermo, apoio dos membros familiares, grau de instrução e do momento em que a pessoa vive e produz e onde está inserido o doente.

Já Campos (1995) acentua que é significativo pensar nas pressões psíquicas e ocorrências de momentos perturbadores na existência de enfermidades, no doente e em seus parentes. Os enfermos passando por cuidados e hospitalizações, demonstram afastamento e rompimento nas ligações afetuosas no meio onde vivem.

A maneira como cada pessoa escolhe viver no mundo é também o modo que ela tem de encarar a doença, é algo particular do ego, da possibilidade de suportar frustrações, dos ganhos secundários e perdas na posição de doente, para mais, dos seus laços de relacionamentos e projeto de vida (BOTEGA, 2006).

A Portaria nº 483 da Organização Mundial da Saúde (2014), redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidados, a qual considera como doentes crônicos aqueles que denotam início gradual da doença, com tempo estendido ou incerto, num todo que tem diversas causas, e que a terapêutica exige alteração no modo de viver,

o tratamento há de ser com atenção continuada as doenças crônicas, que normalmente, não tem cura.

O SUS tem como princípio básico aos doentes crônicos o acolhimento dos usuários em toda a rede de saúde, a humanização e o tratamento centrados nos doentes e nas suas necessidades, de acordo com a etnia, raça, social e religião dentro de sua cultura local, o atendimento é focado no paciente por uma equipe multiprofissional. A mesma portaria instiga a participação popular e o controle social, objetivando a contribuição no estabelecimento de técnicas na área de atenção das doenças crônicas como maneiras de adesão ao tratamento (PORTARIA nº 483 OMS, 2014).

Para Drotar e Riekert (2000), a adesão ao tratamento é definida como o cumprimento de medidas que influenciam a condução investigativa da doença e orientam a gestão hospitalar, ou como uma ação que corresponda a ceder a um pedido, desejo ou a demanda e ao reconhecimento de valor a se empregar. Uma das necessidades importantes negligenciadas em pesquisa e prática na adesão ao tratamento é o desenvolvimento de modelos conceituais que informam e orientam acerca dessas atividades. O entendimento hospitalar e modelos de trabalho dos profissionais de adesão podem orientar os objetivos de interação hospitalar.

É importante medir os comportamentos de adesão, desde tomar os medicamentos, seguir dietas ou adotar mudanças no estilo de vida de acordo com os conselhos médicos específicos para cada situação. É possível, assim, entender como acontece a adesão ao tratamento médico. Os pacientes submetidos a mudanças simples, como tomar comprimidos, aderem melhor ao tratamento do que os que precisam fazer dieta e controlar glicose (QUITTNER et al, 2008).

A Organização Pan-Americana de Saúde (2010) e a Associação Americana de Diabetes (American Diabetes Association – ADA), nas linhas de cuidados: hipertensão arterial e diabetes, classificam o diabetes em tipos clínicos, TIPO1, TIPO2, gestacional e outros mais específicos. Para mais, existe a conhecida pré-diabetes ou como enquadrada na categoria de risco aumentado do *Diabetes Mellitus* (DM), que junto constitui antes a chamada “glicemia de jejum alterada” e/ou “tolerância diminuída à glicose”; e a doença autoimune latente

adulta (LADA), classificada como *Diabetes Mellitus* do TIPO2 (DM2) que surge tardiamente.

A adesão ao tratamento, de acordo com a OPAS (2010), do diabetes, significa tomar a medicação prescrita, fazer dieta e mudar o estilo de vida de acordo com as orientações médicas. Para alcançar seus objetivos quanto ao tratamento, os profissionais devem informar amplamente sobre os cuidados com a saúde, acerca dos motivos da doença, natureza e resultados, quanto à importância da adesão, disponibilizar medicamentos de acordo a solicitação médica, medir os índices glicêmicos, investigar problemas de saúde em potencial vinculados à DM paralelo à medicação do tratamento e informar sobre os efeitos colaterais e como os pacientes podem amenizá-los.

Nas linhas de cuidados disponibilizados pela Organização Pan-Americana de Saúde OPAS (2010), em casos de hipertensão, a concordância com o tratamento médico ocorre por meio de mudança no estilo de vida, com medicamentos de primeira escolha nos casos de ausência de indicadores de lesão em órgãos-alvo dos hipertensos estágio 1 (140-145-90-99 mmHg) e hipertensos estágio 2 (≥ 160 -159x ≥ 100 mmHg). Caso os remédios e a mudança no estilo de vida não alcançarem a meta pressórica, o médico otimiza as dosagens ou adiciona medicamentos até a meta ser atingida. Os doentes que tomam mais de três medicamentos têm de aderir as prescrições do cardiologista.

A adesão ao tratamento médico dos hipertensos com a pressão arterial PA ($>140 \times 90$) sintomáticos deve ter acompanhamento e retorno em uma semana. Caso haja curva pressórica, o doente deve passar por outra consulta (OPAS, 2010).

Na adesão de doentes hipertensos assintomáticos ao tratamento, o acompanhamento é feito por consulta de Enfermagem e discutido o caso em equipe pelos profissionais. Não sucedendo alteração da pressórica, se dispensa o paciente, com orientações. Nesses casos, faz parte da adesão ao tratamento a obediência às orientações de dieta como consumir menos de 5 gramas de sal (1 colher de chá) por dia e temperos prontos para cozinha, evitar comidas industrializadas e lanches prontos, aumentar consumo de cereais integrais e leguminosos (feijões, ervilha, lentilha e grão de bico), reduzir o consumo de carnes, gorduras, embutidos, leite, derivados integrais, preferir óleos vegetais como de soja, canola, oliva (1 colher de chá) por dia, retirar gorduras aparentes

de carnes, pele de frango e couro de peixes antes do preparo, consumir peixes pelo menos três vezes por semana, evitar açúcar de mesa, refrigerantes e sucos artificiais, doces, guloseimas em geral e evitar o consumo de álcool (OPAS, 2010).

Algumas pesquisas evidenciam a utilização de pictogramas na tentativa de obter a adesão de doentes hipertensos não alfabetizados que exprimiam dificuldades em aderir à terapêutica. Krampen (1965) descreve os pictogramas como símbolos gráficos relacionados a uma grande variedade de imagens desenhadas, gravadas ou criadas para imitação estratégica.

Albuquerque et al (2016) empregaram em sua pesquisa modos de os doentes aderirem o tratamento farmacológico, em que usaram pictogramas. Os pacientes recebiam a medicação prescrita, antes marcada por uma cor específica, associada ao período do dia representado por pictogramas e a quantidade de círculos paralelos à quantidade de comprimidos solicitados nas recomendações médicas. Posteriormente, observaram que os doentes que não sabiam ler, passaram a aderir à medicação tomando de maneira correta, e os alfabetizados, que eram adeptos, continuaram a terapêutica e aderiram ao uso de pictogramas.

Aiolfi et al (2015) realizaram estudos sobre adesão de idosos ao tratamento médico, ressaltando que os cuidadores e os componentes familiares têm a capacidade de influenciar a adesão do tratamento farmacológico, em especial, do idoso que tem perda cognitiva.

Já a concordância com o tratamento, no caso de idosos com doenças crônicas, dependente e na faixa etária de 60 a 99 anos, para Lisboa et al (2009), se dá por intermédio de medicamentos e, em maior grau, sendo do sexo feminino, grande parte com acompanhante, baixas escolaridade e renda, possuindo mais de uma doença crônica e fazendo uso, em média, de 2-5 medicamentos variados. Assim, é indispensável à orientação constante da equipe de saúde, em razão de idosos com menores condições sociais e financeiras evidenciarem a necessidade de mais prescrições terapêuticas e cada vez mais complexas.

A adesão ao tratamento de gestantes com doenças crônicas, para Langaro e Santos (2014), se dá ao longo das participações de programas, considerando como alta adesão a permanência dessas nos dois primeiros

meses. Nos posteriores, as grávidas precisam de medidas terapêuticas cada vez mais intensas, como adoção da dieta, utilização de fármacos, frequentes consultas e internações, com aumento das variáveis a serem aceitas por essas doentes, administradas pela equipe de saúde.

Oliveira et al (2012) a seu turno constatou que a adesão de gestantes não está correlacionada a faixa etária, nem estado civil, tão pouco ao número de partos, mas sim ao nível de instrução, renda própria, ou não influenciam relevantemente a adesão ao tratamento medicamentoso em relação à quantidade de medicamentos. Além disso, maneiras de ajudar a lembrar o momento de tomar a medicação é uma oportunidade de evitar a não adesão não intencional. Devem ser explicados os processos de saúde-doença, lançar orientações quanto às reações adversas mais significativas ao tratamento medicamentoso.

Sobre a prevenção e adesão ao tratamento da população obesa, o Brasil assumiu junto a OPAS/ OMS e a FAO (Organizações das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura), o acordo de alcançar três metas: reduzir o aumento de peso da população adulta obesa, por meio das políticas entre setores de saúde e segurança alimentar e nutricional; reduzir o consumo regular de refrigerantes e sucos artificiais, no mínimo, 30%, e aumentar, pelo menos em 17,8%, o consumo de frutas e hortaliças dos adultos. Tal missão pública está relacionada a evitar a obesidade. Para combatê-la, OPAS/ OMS (2017) informam para a população aderir à base de alimentação saudável, composta de alimentos *in natura* e minimamente processados, ou seja, aqueles extraídos diretamente das plantas ou de animais, como folhas e frutos, ovos e leite, alimentos com alterações mínimas, a exemplo de grãos secos, limpos ou moídos como farinhas, cortes de carnes resfriados ou congelados e leite pasteurizado. Os alimentos ultraprocessados estão incisivamente ligados a sobrepeso, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis.

3.1 Uma paciente renal sob a perspectiva psicanalítica

Acompanhamos uma paciente em leito de um hospital universitário de Fortaleza com doença renal crônica (DRC) para tratamento, que ocorreu nos meses de julho e agosto de 2016. Realizamos uma observação não participante por se situar em uma enfermaria na posição de familiar-acompanhante, que se

deu no horário de 18h00min. às 21h00min., em dias alternados e aos finais de semana em tempo integral. No tratamento, foram utilizados antibióticos por vias oral, intravenosa e gasosa. Também se fez necessária a introdução de sonda antes do procedimento cirúrgico, que produziu desconfortos relatados pela paciente, com agravamento do quadro de doença renal para aguda. Ela foi submetida ao procedimento cirúrgico, minimamente invasivo, para retirada de edemas e necessitou ser transferida para uma unidade de terapia intensiva (UTI).

A doença renal crônica é caracterizada pelo desenvolvimento da perda da atividade renal em meses ou anos. Em decurso avançado da doença, é necessária diálise ou até transplante renal. Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde OPAS e a Organização Mundial de Saúde OMS (2017), as modalidades de prevenção coincidem com a adoção de atividade física, não fumar, fazer uma dieta e reduzir o consumo de sal e o de açúcar, isso ajuda a evitar uma lesão nos rins e o surgimento de comorbidades.

A Organização Pan-Americana de Saúde (2016) cita a doença crônica renal (DCR), especificamente, como perda progressiva da função dos rins durante meses ou anos. Os rins têm milhares de músculos-filtro, denominados néfrons. Caso os néfrons sejam danificados, esses param de funcionar. A DCR, inicialmente, não expressa sinais ou sintomas. Para obter a melhora, impõem-se ajuda e tratamento e o diagnóstico precoce possibilita maiores chances de uma terapêutica eficaz. Os exames que identificam as disfunções renais são os de sangue e urina. As doenças renais - convêm crescer – são comuns, pois de 8 a 10% da população adulta possuem um tipo de lesão renal e, a cada ano, ocorrem milhares de óbitos prematuros consequentes desses problemas.

A paciente renal sob estudo, após receber alta da UTI foi, encaminhada para recuperação e continuação do tratamento em uma enfermaria. Ela rejeitava a alimentação prescrita, relatava querer fazer o tratamento, mas sentia medo dos procedimentos cirúrgicos, que poderiam levá-la a falecer, e de se alimentar, em virtude do inchaço consequente do comprometimento dos rins. Realizamos uma intervenção, sondamos a intenção da paciente, perguntamos o que ele desejava comer. A isso respondeu que tomaria um suco de goiaba. De imediato, foram consultadas a nutricionista e os médicos, que liberaram a alimentação, visto que o hospital tinha disponível a polpa da fruta e que o alimento poderia fazer parte da

dieta, sem riscos de danos. Assim, retiramos o mecanismo de defesa de formação reativa que a fazia se comportar de maneira contrária ao que se intentava, que era aderir à terapêutica. Deslocamos, então, o comportamento de rejeição ao alimento por parte da paciente, transferindo para outro alimento aceitável e possível, o que abriu espaço para outras adaptações no tratamento.

A paciente renal se recuperou e recebeu alta, uma vez ao ano faz exames para verificar o funcionamento dos rins.

De acordo com o Portal de Diálise (2016), a doença crônica renal não tem cura, mas o tratamento em fase inicial retarda ou cessa o desenvolvimento de mais doenças. O tratamento consiste em aderir a quatro etapas, algumas delas simultâneas. Intervenções de proteção dos rins são aplicadas, com vistas a evitar avanço e piora de sua função renal. É de grande relevância controlar o diabetes para evitar a insuficiência renal crônica (IRC), como também utilizar medidas de proteção cardiovascular, em evidência o controle da hipertensão arterial (HTA), dosar o consumo de sal, evitar o aumento anormal da taxa de lipídios, ou seja, de gordura no sangue, que eleva o colesterol e/ ou os triglicerídeos, podendo causar obstrução das artérias (hiperlipidemia) e suspender o consumo de cigarro.

Durante a evolução da insuficiência renal crônica (IRC), especificamente no terceiro estágio (no qual a função é cerca de 30ml/min.) surgirão desorganizações que necessitam de intervenções; a anemia é combatida com eritropoetina e ferro; a doença óssea com quelantes do fósforo, cálcio, vitamina D ou cinacalcet; e a acidose metabólica com bicarbonato de sódio oral. Na HTA poderá ser necessário o uso de medicamentos, ao passo que na diminuição da capacidade de excreção da água, é indicado o emprego dos diuréticos de abertura, que auxiliam, baixando a HTA, reduzindo o volume e diminuindo a hipercaliemia ($\geq 5,5$ mmol/ L) disposição de potássio no sangue que provoca disfunções. No quarto estágio, havendo evidências de necessidade de substituir os rins (função renal em cerca de 15ml/ min.), devem ser sugeridas opções de tratamento ao paciente, como hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal, embora nem todos os doentes estejam aptos às três opções, contudo, sendo possível, há o direito de escolha. O doente deve estar preparado para a modalidade que escolher, por meio da feitura de acesso vascular, que é uma passagem como tubo, canal anormal que liga um órgão ao exterior, onde circulam materiais orgânicos (as fístulas de Brescia-cimino) ou a instalação de um cateter intraperitoneal (cateter de Tenckhoff).

Quando a DCR evolui ao quinto estágio, é preciso um transplante renal ou iniciar a diálise, embora, nessa última, a troca da função seja apenas parcial, como a hemodiálise (HD) ou a diálise peritoneal (DP) a algumas funções renais. Além dessas técnicas, não existe outra que substitua por completo a função dos rins (PORTAL DE DIALISE, 2016).

No estágio inicial da doença crônica renal, é necessária a adesão de uma dieta baseada em fármacos, que pode ajudar a manter o equilíbrio das funções renais. Se o paciente possui, no entanto, insuficiência renal, resíduos e fluídos que se acumulam em seu corpo, é necessária a diálise para remover essas impurezas. A retirada pode ser feita pela máquina (hemodiálise) ou usando fluído no abdômen (peritoneal diálise). Já nos doentes que se enquadram, o transplante renal paralelo ao uso de medicamentos e de uma dieta saudável pode restaurar a função renal normal, embora seja uma terapia substitutiva. O transplante renal é evidenciado como a melhor opção para pacientes com doença crônica de insuficiência renal grave. A qualidade de vida e sobrevivência é melhor do que a dos doentes que fazem diálise. Embora haja uma escassez de órgãos disponíveis para doação, o rim pode ser oferecido por um doador vivo ou cadáver, por um membro familiar ou cônjuge. Apenas um rim é necessário para sobreviver (WORLD KIDNEY DAY, 2016).

De acordo com manual da Associação Brasileira de Transplante Renal (ABTO); o manual de transplante renal pós-operatório criado pela Associação Brasileira de Nefrologia (ABN), o paciente renal crônico transplantado normalmente adere ao tratamento e fica em recuperação pós-transplante, de cinco a sete dias. Nesse momento, o paciente pode precisar passar de um ou dois dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ou na unidade semi-intensiva hospitalar, apenas quando necessário. Posteriormente, ele é encaminhado à enfermaria geral, permanecendo por cerca de uma semana. Quando recebe alta hospitalar, é encaminhado para acompanhamento na enfermaria. Após o transplante, o paciente dispõe da equipe multidisciplinar pelas 24 horas do dia, recebe esclarecimentos sobre o transplante e é acompanhado com aparelhos adequados, sendo observado seu estado clínico, realizados exames laboratoriais e verificadas suas funções vitais, se estão estáveis; a respiração é checada e, em casos raros, pode ser preciso manter a respiração por aparelho após a cirurgia de transplante renal, mas a maioria dos transplantados não

necessita dessa intervenção. A alimentação deve ser suspensa por oito a 12 horas. Depois é liberada, com dietas leves, administração de medicação intravenosa de soros e remédios para evitar dor, infecção e rejeição. *A posteriori*, por via oral, haverá a colocação de um dreno (pequeno tubo) na incisão, para eliminar sangue e líquidos acumulados. Durante a cirurgia, é inserida uma sonda vesical para facilitar a eliminação da urina, que cuja quantidade será computada diariamente, sendo retirada por volta do 5º ao 7º dia caso não seja mais necessária. Fica em alerta para os sinais de infecção pós-operatórios, que são febre (acima de 380 C), inchaço, calor, vermelhidão (rubor) no local operado, ardor ao urinar, tosse, dificuldade para respirar e diarreia (GRUPO LOPSO).

O manual da Associação Brasileira de Transplante Renal (ABTO) afirma que esses cuidados médicos irão durar por toda a vida do transplantado, exames clínicos, laboratoriais e de imagens são feitos de acordo com o protocolo de cada serviço e de acordo com a necessidade de cada caso, ocorrem visitas diárias de médicos, cirurgiões, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas. A alta ocorre após uma semana da cirurgia, dependendo da recuperação de cada sujeito. A enfermeira é responsável pelas orientações relacionadas ao acompanhamento ambulatorial, informando dos cuidados peculiares, quanto à medicação prescrita, exames laboratoriais, datas de retorno em consulta, etc. Para que não haja rejeição do transplante, é crucial a adesão que todas orientações (GRUPO LOPSO).

3.1.1 Uma paciente com doença de Crohn

Conhecemos a rotina dos pacientes que estavam naquela enfermaria, todos com distintas doenças crônicas. Observamos como se dava a adesão e de que modo atuavam os mecanismos de defesa contra o tratamento médico. Alguns pacientes preferiam, até mesmo, a morte. Muitos se estressavam, quando submetidos a longos períodos de internamento e aos procedimentos terapêuticos (tomar medicação via oral, intravenosa ou gasosa, assepsias como banho e troca de roupa, dieta alimentar rígida, restrita ou suspensa, consumo ou suspensão de líquidos, fisioterapia, etc.), enquanto outros aderiam espontaneamente ao tratamento, somente em leito, como uma fuga da situação de tratamento hospitalar, embora fossem liberados e em poucos dias retornassem à terapia no hospital, com progressão da doença.

Dentre todos os doentes crônicos, uma paciente de 21 anos nos chamou a atenção pelo modo de rejeitar o tratamento hospitalar. A adolescente passou por inúmeras internações por ter a doença de Crohn, classificada em CID10 – K50 (0, 1, 8 e 9). Esta é uma enfermidade intestinal inflamatória e crônica, a qual atinge e afeta o revestimento do conjunto digestivo. Sua denominação advém do nome de um dos seus primeiros pesquisadores, o médico estadunidense Burril Bernard Crohn (1884-1983), que escreveu em 1932 um artigo a respeito dessa enfermidade, em coautoria com G. J. Oppenheimer e L. Ginzburg (ABCD, 2016).

A doença de Crohn é uma enfermidade que causa inflamação desacerbada do trato gastrointestinal, predominante no intestino delgado na parte inferior (íleo) e intestino grosso (cólon), embora possa afetar outras partes do trato intestinal. A doença de Crohn, normalmente, provoca diarreia, cólica abdominal, com frequência de febre, e pode causar sangramento retal. Além disso, pode ocorrer perda de apetite paralela à redução de peso. A sintomática pode variar de leve a grave, embora, em geral, os doentes de Crohn possam realizar atividades sem perdas produtivas. A doença de Crohn é crônica, ainda não se sabe qual a causa (ABCD, 2016).

A adolescente considerava que seria apenas mais uma crise que se estabilizaria. Ela andava e falava, embora tomasse medicação venosa diariamente e tivesse uma dieta alimentar regrada.

No site CARPSI, Berenice Carpigiani enfatiza em sua página a visão de adolescente em *Diálogos com Erik Erikson*, 1976.

A mente do adolescente é essencialmente uma mente do moratorium que é uma etapa psicossocial entre a infância e a idade adulta, entre a moral aprendida pela criança e a ética a ser desenvolvida no adulto. É uma mente ideológica e, de fato, é a visão ideológica de uma sociedade a que afeta mais claramente o adolescente ansioso por se afirmar perante seus iguais e que está preparado para ser confirmado pelos rituais, credos e programas que definem ao mesmo tempo o que é mau, fantástico e hostil. (ERIKSON, 1976, p.242).

A adolescente estava havia dois meses internada, aderindo ao tratamento, quando recebeu a notícia dada pela mãe sobre o fato de seu pai se negar a visitá-la, uma vez que a paciente solicitou à genitora que o convidasse. Após o ocorrido, a jovem recusou a passar por alguns procedimentos, até rejeitar totalmente as intervenções da equipe médica.

Espera-se, normalmente, é que o hospital tenha uma equipe interdisciplinar e multiprofissional, que disponha de recursos técnicos avançados e atenda de maneira rápida e ininterrupta. (CAMPOS, 1995, p.15).

Em seus últimos dias de vida, a garota se mostrava estressada com a equipe multidisciplinar. Pediu para não ser mais espetada pelas agulhas das injeções, rejeitou a medicação por via oral, as compressas e a ajuda da mãe, que era sua acompanhante única, isso resultou na evolução brusca da doença.

Na tentativa de salvar a vida da jovem, cinco médicos e residentes, sugeriram uma cirurgia para retirada do intestino grosso, destruído pela infecção (colectomia). Para a coleta das fezes, seria utilizada uma bolsa especial (sonda), - colostomia, ela recusou, e, posteriormente, veio a óbito.

Por se tratar de um hospital universitário, esse possuía uma equipe de psicologia, quanto a intervenções no intento da adesão da garota ao tratamento, não houve uma escuta após o ocorrido e nem a busca pela ajuda psicológica dessa mãe.

No livro *O ego e os mecanismos de defesa* de Freud (2006) edição traduzida por Francisco F. Settineri, sob versão original de 1936, 1937, 1964, 1966, 1969, 1975 nos termos da conversão de Berna Anna Freud, Londres, 1964, 1966, 1967, 1975 (para o novo prefácio) publicado por o acordo com Paterson Marsh Ltda e W. Ernst Freud, acentua os escritos de que os instintos impulsivos e angustiantes, que contrários ao eu do sujeito aceitável por determinada sociedade e cultura, causam sofrimento a pessoa com a pressão, de cujas forças ela se defende, e estas se repetem e são idênticas, embora os motivos que trazem sensações explosivas pulsionais possam ter mobilidade. Em certos conflitos, a pessoa pode reprimir severamente esses desejos, voltando essa pressão para o psíquico, que sofre as consequências, ou pode negar os desafios externos, como tentativa de se manter numa situação confortável e, em alguns casos, se anula no intuito de cancelar todas as experiências insuportáveis, explodindo como doenças.

A mãe relatou a angústia que a filha sentia pela ausência do pai, que a rejeitou desde que nasceu, por ser fruto de um relacionamento extraconjugal. A garota fez um pedido antes de entrar na unidade de terapia intensiva (UTI): se ela morresse, a mãe fosse buscar o seu corpo somente acompanhada de seu pai; caso contrário, a sepultasse sem velório. Era notável sua angústia quando

outros pacientes recebiam visitas, enquanto, para ela, essas eram raras, apenas um parente e poucos amigos da igreja a visitavam. Ela sentava-se na cama e chorava por horas à beira do leito, em silêncio.

No livro, *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à Psicanálise e outros textos 1930-1936* de Freud (2010), sob edição original dos escritos em Alemão, publicados em Frankfurt por Fischer Verlag, 2000, especificamente no capítulo Angústia e Instintos, ele ressalta que o desenvolvimento da angústia surge como repetição de uma experiência traumática; demarca-se a um sinal e a situação antiga pode surgir, adequando-se a uma atual de perigo, tomando como medida a fuga ou uso dos mecanismos de defesa. Em muitos casos, a situação antiga se sobressai, levando toda reação ao esgotamento, estagnando o estado afetivo.

3.2 Formações dos sintomas e os mecanismos de defesa

Sobre a formação dos sintomas e a doença crônica, é possível fazer ligação com o que Freud (2010) investigou, descrevendo no capítulo Angústia e Instintos. Ele constatou que a causa mais comum da neurose de angústia é a excitação frustrada. Essa, sendo de fonte libidinal é desperta e não satisfeita, isto é, não aplicada, embora existam mecanismos como uma saída. Deslocar, satisfazendo de modo aceitável pelo próprio sujeito e sua sociedade, ou sublimar seriam opções. Quando se nega esse desvio de sua aplicação, surge o sintoma, justificando a insatisfação. A angústia e a formação do sintoma estão em relação estreita, um fato que pode representar o outro. Essa estratégia de defesa da angústia com o sintoma pode se harmonizar às neuroses infantis, que se repetem em situações novas de enfrentamento.

Chiattonne (1992) explica que estão relacionadas, às atitudes de desistência, as sensações de fracasso e cansaço para com a vida, tendo ocorrido conflitos e aniquilamentos importantes anteriores à doença. Intimamente interligados, estresse e doença propõem a maneira de vivenciar perdas ou ameaças de perdas, que traçam acontecimentos e vicissitudes muito estressantes, sufocam o sistema de defesa contra enfermidades do paciente, desarticulando os mecanismos biológicos contra as doenças. As profundidades de alguns quadros instalados evoluem mais pelo modo de o doente encarar a enfermidade do que pelo ambiente hospitalar. Mesmo com o crescimento

tecnológico, paralelamente, aumentou a incompreensão dos sentimentos expostos pelo doente.

Para Drottart e Riekert (2000), a utilização de um modelo conceitual de adesão ao tratamento pode nortear os objetivos das relações clínicas, definir as expectativas dos pacientes e proporcionar um entendimento das razões da não adesão e visualizar barreiras em potencial contra o tratamento.

Os modelos de aceitação as terapias são úteis para os pesquisadores, que precisam visualizar e medir potenciais barreiras contra o tratamento. Para eles, o modelo conceitual ideal de tratamento de doenças crônicas deve especificar: a) o que influencia a adesão ao tratamento; b) quais são os componentes de adesão ao tratamento; c) qual o sentido das influências sobre o doente ou a resposta da família para o tratamento; e d) evidenciar as intervenções cabíveis que ajudam a melhorar a adesão. Assim, o modelo conceitual terá utilidade para novas pesquisas e prática de adesão ao tratamento, que necessita englobar o grupo multifacetado e multidimensional, detalhando as inter-relações, especificar as influências e os vários domínios, como medicação, dietas, rotinas terapêuticas etc. (DROTTAR; RIEKERT 2000).

Freud (2006) ensina, no livro, *O Ego e os Mecanismos de Defesa*, especificamente no capítulo Teoria dos Mecanismos de Defesa, que os mecanismos funcionam como estratégias de alívio, as quais entram em ação ante sintomas de ansiedade que surgentes das pressões internas e possuidores de uma ligação estreita como modos defensivos de determinadas doenças. Esses são incansavelmente ordinários na Psicanálise - regressão, recalque, formação reativa, isolamento, anulação, projeção, introjeção, inversão contra o ego ou reversão, sublimação e deslocamento.

A regressão é a retirada de afetos ou desejos perturbadores, permitindo regredir a comportamentos infantis. O recalque não foi, desde sempre, um mecanismo de defesa, pois ele se faz à medida que tenta o aniquilamento de lembranças, por exemplo, recordações de prazer que, posteriormente, podem surgir censuradas, mais claras no psiquismo, na tentativa de manter a integridade do eu (o ego). O eu do sujeito pode agir, pois, de modo reativo, aparecendo na configuração de isolamento, oposto ao que se intenta, seja de aderir ao tratamento ou de outros expedientes (FREUD, 2006).

Freud (2006) descreve a projeção feito um mecanismo de defesa, no qual a pessoa dá os próprios sentimentos e comportamentos inaceitáveis a outras, sem disso se dar conta. Em se reportando ao método de racionalização, o sujeito tende a substituir a real causa de comportamentos por explicações aceitáveis e convincentes. Quanto à negação, esta é um importante mecanismo contra as afecções morbidas. Ocorre a retirada, da percepção da pessoa de perturbações, porém se perde a compreensão de como enfrentar as dificuldades externas e de adotar mecanismos de sobrevivência apropriados.

Ela leciona que introjeção ou identificação é um relevante mecanismo de defesa que permite introjetar ou tomar para si características de outras pessoas para resolver dificuldades emocionais, embora nem sempre a escolha introjetada seja positiva. Uma defesa muito observável é a negação, tomando como objetivo a eliminação de experiência desprazerosa, pois o sujeito tende a agir na maneira de fuga, negando encarar as dificuldades e a rejeita (FREUD, 2006).

Para aliviar certos anseios, o décimo mecanismo - a sublimação ou deslocamentos das angústias - é a substituição de um impulso não aceito por um que foi validado pelo sujeito e pela sociedade de suas relações. Por sua vez, a tarefa dos profissionais que cuidam dos doentes seria testar esses mecanismos, se surgem como resistência no sujeito, a fim se protegerem e de formação de sintomas (FREUD, 2006).

A autora austríaca (op. cit.) assinala que, seja defesa de uma ameaça externa ou de uma libidinal, não há como singularizar, portanto apenas se sabe ser de uma essência destrutiva ou de uma eliminação. Com isso, os mecanismos de defesa entram em ação contra tudo o que se opõe a esses limites. Observamos essas táticas de proteção, sempre que uma força inesperada ameaça a homeostase psíquica (FREUD, 2006).

Na transferência, é notória na compreensão dessas substituições encontrarmos resistências ao tratamento e pela pessoa do médico. As repetições denunciam o fato de que o doente precisa de tratamento em extensão, não apenas por impulsos inconscientes, como também pelas maneiras defensivas contra as pulsões. Com efeito, o paciente transfere impulsos infantis primitivos e indeformados do inconsciente que se formaram objeto de proibição por parte do ego adulto; em casos severos, esse movimento pode não aparecer na transferência, embora sim na defesa

peculiar tomada pelo ego contra algum posicionamento positivo ou negativo desses desejos libidinais, como, por exemplo, a reação de fuga de modos variados (FREUD, 2006).

Segundo Freud (2006), essa força contra as pulsões que se dá como fuga de situações aniquiladoras é a angústia do superego, advinda de lei, moral, costumes, cultura, religião. Ela é autora de todas as neuroses, espécie de o castrador que impede o ego, ou seja, (o eu da pessoa) de entrar em acordo com seus desejos; fixa um padrão ideal, impedindo o ego de satisfazer as próprias vontades, ditadas por um código moral rígido, o que origina agressividade. Na criança, então, essa força deve ser posta para fora, a criação deve ser branda e sem excessos, pois reconhecemos, assim, posteriormente, pessoas livres da angústia que adoece.

O pai da Psicanálise contribuiu para o entendimento da estrutura libidinal, no livro *Psicologia das Massas e Análise do Eu e outros textos (1920-1923)*, na reedição de (2011), os textos deste volume foram traduzidos de *Gesammelte Werke*, volumes XII, XIII E XVII (Londres: Imago, 1941, 1940 e 1941). A edição Alemã referida é *Studienausgabe*, Frankfurt: Fischer, 2000. Os títulos originais estão na página inicial de cada texto. A outra edição alemã referida é *Studienausgabe*, Frankfurt: Fischer, 2000. No capítulo *Um Grau no Interior do Eu*. Ele menciona a diferenciação do eu e do ideal do eu que se quer, e o do duplo modo de ligação nessa possibilitada - nomear e direcionar o objeto no lugar ideal do eu.

Para ele, essas distinções psíquicas são um problema da função psíquica, quebram a homeostase, e é provável se tornarem um gatilho funcional, despertando um adoecimento. No curso do nosso desenvolvimento, efetuamos uma separação, em nossa existência psíquica, entre o eu coerente e uma parte reprimida inconsciente, deixada de fora dele. A estabilidade dessa nova conquista está sujeita a constantes abalos (FREUD, 2011). Quando o sujeito não tem os desejos satisfeitos e a pulsão esvaziada, o que é reprimido se volta para o corpo que responde com os comportamentos destrutivos e sintomas.

A angústia pode surgir ou ser despertada por situações externas, extravasando como sintomas ou se agravando. O ganho que se tem com isso está em pensar se proteger do perigo, salvando-se, fugindo desse que é interno. Sendo um emprego difícil, a angústia está a serviço da autoconservação, e é

sinal de algo ameaçador. Ela aparece da libido que, de alguma maneira, se tornou inutilizável, acrescentando a repressão (FREUD, 2011).

A doença está ligada ao funcionamento biológico, e seu grau corresponde ao da agressão aos mecanismos de defesa do organismo. O estresse prolongado ataca o funcionamento sistêmico de defesa do ser humano e seus agentes protetores contra contágio e outras doenças (BOTEGA, 2006).

Na leitura de reprodução do pensamento de Perez (2005), colhemos a informação de que quando o sujeito está doente pode se sentir desamparado e angústiado. Sugere-se que seja trabalhado o fortalecimento dos vínculos e relações que o paciente tem, pois se fazem essenciais à demonstração de afeto e preocupação por parte dos membros familiares e cuidadores, por intermédio de visitas, mensagens escritas, ligações, mensagens de voz, produção de vídeos, cartas, bilhetes e versos para o paciente em leito. A equipe multidisciplinar também deve demonstrar preocupação para com o doente, trabalhando esse ser fragilizado no período de internamento, para que ele dê vazão ao sentimento de insegurança e desamparo, mediante escuta e explicações da terapêutica para o doente e os componentes familiares e cuidadores.

De acordo com a OMS (2014); Portal da Saúde (2014); IBGE (2014); Andreoli et al (2013), as doenças crônicas assumem ampla preocupação da área de saúde, em decorrência do elevado índice de morte antes dos 70 anos, tendo como principais causas das doenças crônicas, carência de frutas e verduras, sedentarismo, consumo de álcool e tabaco, sal em exagero e estresse. Dependendo do comportamento destrutivo do paciente, é indicado que sejam observados os mecanismos de defesa atuantes, e que a equipe de saúde intervenha, buscando substitutos sadios de acordo com o desejo do paciente, deslocamento ou sublimação, de modo a ser preservada a vida da pessoa. O nutricionista, nesse aspecto, precisa ser como um investigador e estrategista, a fim de identificar os comportamentos alimentares destrutivos e elaborar, junto ao paciente, uma dieta cabível para o doente, e a família também há de fazer em parte, a aderência da dieta, por entender a sua importância. O paciente indica ao nutricionista o que gosta de comer e beber. Então, o profissional considera se for saudável e acrescenta sugestões, consensuando com o desejo, do doente de acordo com o que esse exprimi gostar e ter condições de consumir. O fisioterapeuta deverá atuar de maneira ativa, ensinando modos de o paciente e

de seus membros familiares e acompanhantes ajudarem o doente a se exercitar em leito e, posteriormente, praticar alguma atividade física a fim de prevenir o agravamento e afastar a possibilidade de aquisição de outras doenças.

No Pensamento de Klein e Gonçalves (2005) o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar é de enorme importância e a adesão, por parte dos pacientes diante de intervenções psicológicas, é melhor, porque os profissionais compreendem os processos psíquicos e trabalham com esse conhecimento para com os pacientes. É proposto que a equipe multidisciplinar possa ser esclarecida do funcionamento dos mecanismos de defesa que podem sabotar a adesão, de fato, além do leito hospitalar, e os profissionais tenham a possibilidade de intervir junto ao paciente com maneiras de deslocar os comportamentos destrutivos para atitudes sadias de preservação a vida.

Andreoli et al (2013); Souza e Yamaguchi (2015); OMS (2003); Pires e Mussi (2008); Castro et al (2010), Krampem (1965); Albuquerque et al (2016) destacam a noção de que adesão está ligada ao conhecimento que o paciente tem sobre o seu problema de saúde e também por acreditar nas recomendações da equipe multidisciplinar e do suporte psicológico. A equipe multidisciplinar, conhecendo por meio de treinamentos os mecanismos de defesa, terão como atuar com intervenções mais eficazes. Sugere-se, também, adotar pictogramas e distribuir frascos personalizados para separação de medicamentos, de acordo com a terapêutica dos pacientes idosos, para os não alfabetizados e que tenham algum tipo de dificuldade para tomar as medicações necessárias, conforme as prescrições médicas.

Drotar e Riekert (2000) e Klein e Gonçalves (2005) ressaltaram as complicações quanto à não adesão ao tratamento de fato dos pacientes crônicos, como aumentos de despesas financeiras, redução na qualidade de vida, recorrência de internações e risco de morte. O ideal é que a equipe de saúde possa esclarecer ao paciente, membros da família e cuidadores, por escrito, a terapêutica a ser aderida dos riscos e complicações da não adesão e retornos aos leitos, assim como os custos da internação.

A medicação traz, em alguns casos, efeitos colaterais agressivos, levando a muitos pacientes desistirem do tratamento por conta dos efeitos colaterais ou por esquecerem de tomar a medicação, por não compreenderem as prescrições ou orientações que parecem extensas, cansativas e complicadas, em que o

paciente não assimila por completo as orientações, confunde dosagens, horários e tempo das recomendações; a escrita dos profissionais de saúde parece não legível, além de, os profissionais ainda utilizarem termos específicos para explicações e o paciente não compreende por falta de clareza das palavras ou por dificuldades cognitivas do próprio doente, da família e dos cuidadores, mas diz que entendeu, em razão da vergonha de expressar que não compreendeu (BOTEGA, 2006). A sugestão é de que as instituições preparem e alertem os profissionais, a fim perceberem pontos simplistas como esses, mas que são subjetivos de cada paciente e envolvidos no tratamento, e com um peso em particular, como fato a somar para aderência ao tratamento. Vale lembrar o fato de que o profissional da área de saúde ocupa lugar no qual as palavras ditas soam, causando influências quando ouvidas pelos pacientes, dependendo do estado de debilitação, de modo a contribuir para elevar as expectativas dos doentes quanto à recuperação ou desistência do tratamento.

A terapia é dividida como algo caro, quando exige uma alimentação diferenciada e o uso de medicamentos. Em si, a medicação exige um investimento financeiro e pode ser vista por alguns como um desperdício (BOTEGA, 2006). Cabe os profissionais de saúde ressaltar a importância dos benefícios do uso da medicação, as consequências do não uso e ajudar a procurar opções quando o SUS não tem a medicação (BOTEGA, 2006). Havendo dificuldade financeira extrema, o psicólogo ou assistente social deve ajudar o enfermo a conseguir parcerias e auxílio com a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), é uma ajuda no valor de um salário-mínimo mensal destinada a pessoas com deficiência comprovada por mais de dois anos e ao idoso de 65 anos ou mais, comprovando não possuir renda financeira para sobreviver, tão pouco ajuda advinda da família e inserção em outros programas.

O fato de alguns pacientes ter que usar a medicação por um período ou por toda a vida pode ser encarado como algo para ser negado (BOTEGA, 2006). Nesse aspecto, deve ser explicado tanto a respeito das melhoras que o doente pode ter quanto dos efeitos no organismo de cada sujeito e das consequências que ocorrem em tomar ou por encerrar a terapêutica antes do término.

Para os doentes com destrutíveis comportamentos, as restrições médicas em alguns casos podem ser consideradas insurportáveis pela privação de hábitos satisfatórios para o paciente que, normalmente, se repetem - como

fumar, beber álcool, comer compulsivamente ou ingerir alimentos de baixos índices de proteínas e exageradamente calóricos. Nesses casos, vale frisar as doenças procedentes dos maus hábitos e comportamentos, como o agravamento no quadro atual e doenças associadas (BOTEGA, 2006).

4 CONCLUSÃO

Por intermédio dos dados bibliográficos e da experiência de acompanharmos um familiar com doença crônica hospitalizado em uma enfermaria para tratamento médico, no decorrer dos meses de julho e agosto de 2016, nos horários da noite em dias alternados e nos finais de semana em tempo integral, observamos como sucede a adesão de pacientes crônicos hospitalizados e como agem os mecanismos de defesa no tratamento médico sob a perspectiva psicanalítica.

Neste trabalho, proporciamos sinteticamente a exposição dos modos de adesão ao tratamento de alguns pacientes crônicos hospitalizados e propiciar uma familiarização com o modo dos mecanismos de defesa agirem no âmbito da perspectiva psicanalítica. Criamos possibilidades de a equipe multidisciplinar identificar os mecanismos de defesa e investigar a história de vida do sujeito por via da observação dos comportamentos perante o tratamento em leito e traçar junto aos pacientes, a própria adaptação à terapia.

Para alcançarmos esse objetivo, optamos por explorar, por meio de pesquisa como ocorre a adesão ao tratamento médico, com suporte em vários autores, e como atuam os mecanismos de defesa de modo inconsciente sabotando o tratamento em leito.

Mortes prematuras como a da adolescente de 21 anos citada no caso, com doença de Crohn, podem ser evitadas através da escuta e observação dos pacientes, deslocamento e sublimando as pulsões de morte geradoras de conflitos.

Os resultados da busca atenderam as necessidades de expor táticas de adesão ao tratamento médico, por meio de investigação e dos relatos de experiência, enfatizando exemplos de como os mecanismos de defesa atuam burlando a adesão de fato.

Por via do conhecimento, na qualidade estudante de Psicologia e da experiência em uma enfermaria de um hospital universitário acompanhando

doentes crônicos, foi possível evidenciar aspectos relevantes da adesão ao tratamento médico e expor o modo como atuam os mecanismos de defesa sob o prisma psicanalítico. Produzimos conhecimentos aplicáveis à realidade de cada doente. Atentamos para a abertura da observação e da escuta dos pacientes hospitalizados e o modo de os mecanismos de defesa agirem criando, possibilidades de intervenções da área de saúde e da população em geral.

Consideramos, contudo, a necessidade de se proceder a investigações semelhantes na área e/ ou estabelecer medidas que identifiquem a adesão de fato em leito e além do espaço de hospitalização. Levamos em conta, enfim, a importância de se reduzir o crescente número de doentes crônicos e mortes prematuras.

REFERÊNCIAS

AIOLFI, C. R. et al. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** 2015, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 2, p. 397-404, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200397&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: dez. 2016.

ALBUQUERQUE, G. S. C. et al. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. **Trab. educ. saúde.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 611-624, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200611&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: dez. 2016.

ANDREOLI, P.B.A.; CAIUBY, A.V.S.; LACERDA, S.S. Intervenção em pacientes crônicos. In: KARAM, C.H., **Psicologia hospitalar**. Barueri. Manole, 2013.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn ABCD. **Sobre a doença de Crohn**. Disponível em: <<http://abcd.org.br/sobre-a-doenca-de-crohn>>. Acesso em: dez. 2016.

BERGOLD, H. GRUPO LOPSO. ABTO – **Associação brasileira de transplantes de órgãos, Manual de transplantes renal período pós-operatório**. São Paulo, Grupo Lopso de comunicação, Tiragem: 5.000 exemplares. Disponível em: <https://sbn.org.br/app/uploads/manual_pos.pdf>. Acesso em: mai.2017.

BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**. A doença crônica. In: BOTEGA, N. J., 3ª ed., Porto Alegre, Artmed, 2006. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/330971310/BOTEGA-N-J-Pratica-Psiquiatrica-No-Hospital-Geral-Interconsulta-E-Emergencia>>. Acesso em: nov. 2016.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar**. São Paulo: EPU, 1995.

CASTRO R.A., ALITI G.B., LINHARES J.C, RABELO E.R. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Rio Grande do Sul, 2010, n.02, vol.31, p.225-228, jan.-mai., 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11911>>. Acesso em: nov. 2016.

CHIATTONE, H. B. C.; SEBASTIANI, R. W. **Introdução à psicologia hospitalar**. 6ª edição. São Paulo: Nêmeton, 1998.

CHIATTONE, H.B.C. **O doente, a Psicologia e o Hospital**. Uma vida para o câncer. In: ANGERAMI, V. A. C.; CHIATTONE, H. B. C.; NICOLETTI, E. A. 2ª ed., São Paulo: Pioneira, 1992.

DROTAR, D.; RIEKERT, K.A. Adherence to medical treatment in pediatric chronic illness: critical issues and answered question. In: KRISTIN A. RICKERT; DROTAR DENNIS, **Promoting adherence to medical treatment in choronic childhood illness**; editor: Dennis Drotar, editora: Lawrence Erlbaum Associates 2000.

FREUD, A. O ego e os mecanismos de defesa. In: FREUD ANNA. **Teoria dos mecanismos de defesa**. Tradução: Francisco F. Settineri, Artmed, 2006.

FREUD, S. O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à Psicanálise e outros textos 1930-1936. In: **Angústia e instintos**. FREUD SIGMUND. Tradução Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu e outros textos 1920-1923. In: **Um grau no interior no eu**. FREUD SIGMUND. Tradução Paulo César de Souza — São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. In: Observação/ Antônio Carlos Gil. – 6ª ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE, _ Pesquisa Nacional de Saúde 2013: **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas** - Rio de Janeiro, IBGE. 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: nov. 2016.

KLEIN, J. M.; GONCALVES, A. G. A. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF** (Impr.) [online]. 2005, vol.10, n.2, pp.113-120. ISSN 2175-3563. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712005000200002>>. Acesso em: dez. 2016.

KRAMPEN, M. Signs and symbols in visual communication. In: **Design quarterly**. Vol. 62, 1965.

LANGARO, F.; SANTOS, A. H. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. **Psicol. Cienc. prof., Brasília**, v. 34, n. 3, p. 625-642, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300625&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: dez. 2016.

LISBOA, J.R.; ALVARENGA M.R.M.; RENOVATO R.D. Índice de complexidade de farmacoterapia do idoso dependente para autocuidado na atenção primária, 2009. SBGG – **Revista de geriatria e gerontologia**, vol. 7, núm. 1, jan. - fev. 2013. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2013-1.pdf>>. Acesso em: mar. 2017.

OLIVEIRA F., A. D. et al. Aderência autorreferida a medicamentos prescritos durante a gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 2012, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 147-152, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE OMS. **Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014**. In: Resumen de orientación. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=>>. Acesso em: dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE OMS 2003. **Adherence to long-term therapies: evidence for actions**. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/>>. Acessos em: dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE OMS. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014. **Diário Oficial da União**. Brasília: Gabinete do Ministro, 2014. Seção 1, p. 50-52. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE OPAS. Linhas de cuidados: **hipertensão arterial e diabetes**. In: Resultados de Diadema para a Avaliação do Cuidado às Doenças Crônicas (ACIC). Brasília: OPAS, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf>. Acesso em: dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PAHO 2017. **Em eventos OPAS/OMS, Brasil assume metas para frear o crescimento da obesidade até 2019**. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5366:em-evento-na-opasoms-brasil-assume-metas-para-frear-crescimento-da-obesidade-ate-2019&Itemid=821>. Acesso em: mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PAHO. Dia mundial do rim 2016: **agir cedo para prevenir**. Disponível em: <http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=321:dia-mundial-do-rim-2016-agir-cedo-para-prevenir&Itemid=>>, Acessos em: abr. 2017.

PEREZ, G. H. O Psicólogo na unidade de emergência. In: ISMAEL, S. M. C. **Org. A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciências saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2257-2267, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900030>. Acesso em: dez. 2016.

PORTAL DA DIÁLISE – **Insuficiência renal**. GUIMARÃES SERAFIM- Disponível em:<<https://www.portaldadialise.com/portal/insuficiencia-renal>>. Acesso em: abr. 2017.

PORTAL DA SAÚDE – Ministério da Saúde – **Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Criado 2014. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>, Acesso em: nov. 2016.

PORTAL WORLD KIDNEY DAY – **Kidney disease and obesity healthy lifestyle for healthy lifestyle for healthy kidneys**. Initiative: IFKF & ISN. Marco 2017. Disponível em: < <http://www.worldkidneyday.org/faqs/chronic-kidney-disease/>>, Acesso em: abr. 2017.

QUITTNER, A.L. et al. “Evidence-Based Assessment of Adherence to Medical Treatments in Pediatric Psychology.” **Journal of Pediatric Psychology**, out. 2008. Disponível em: < <https://academic.oup.com/jpepsy/article-lookup/doi/10.1093/jpepsy/jsm064>>. Acesso em: mar. 2017.

ROMANO B. W. **Princípios para prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SERVIÇOS EM PSICOLOGIA SAÚDE E GESTÃO – CAPSI. **Erik H. Erikson - Teoria do desenvolvimento psicossocial**. Dra. Berenice Carpigiane. Newstetter, Edição 7, agosto de 2010. Disponível em:<http://www.carpsi.com.br/Newsletter_7_ago-10.pdf>. Acesso em: maio 2017.

SOUZA, A. O.; YAMAGUCHI, M. U. Adesão e não Adesão dos Idosos ao Tratamento Anti-Hipertensivo. Out. 2014. **Saúde e pesquisa**, v. 8, p. 113-122, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3769> >. Acesso em: dez. 2016.