

A ausência de sintoma e sua relação com o processo de enfrentamento de pacientes cardiopatas cirúrgicos

The absence of symptoms and their relationship with the coping process of cardiac surgical patients

Júlia Fernandes Caldas Frayha¹

Simone Kelly Niklis Guidugli²

Silvia Maria Cury Ismael³

Hospital do Coração – São Paulo - SP

Juliana dos Santos Batista⁴

Hospital do Coração (2009 a 2015) e Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo – SP

RESUMO

As doenças cardiovasculares são as que mais causam mortes prematuras em todo o mundo e todos os anos milhares de pessoas são acometidas por alguma cardiopatia. Muitas vezes este diagnóstico vem acompanhado da necessidade de intervenção cirúrgica, o que mobiliza no paciente as mais diversas angústias, dentre elas as suscitadas pela ausência de sintoma. O presente trabalho teve como objetivo principal avaliar a relação entre a ausência de sintoma e o processo de enfrentamento de pacientes cardiopatas cirúrgicos frente ao diagnóstico, à intervenção cirúrgica e ao pós-operatório. O método escolhido para essa pesquisa foi o qualitativo de caráter compreensivo. A coleta de dados se deu a partir da aplicação do teste Desenho da Figura Humana e de entrevistas semiestruturadas em três pacientes cardíacos adultos, assintomáticos, no pós-cirúrgico, internados em um hospital cardiológico em São Paulo/SP. Os resultados foram analisados, respectivamente, a partir da Técnica de Machover e da Análise de Conteúdo de Bardin, à luz da psicanálise. Este trabalho demonstrou que a apropriação do adoecimento é prejudicada pela ausência de sintoma, o que aponta para uma importante relação desta ausência com o processo de enfrentamento dos pacientes avaliados, principalmente no que concerne o diagnóstico e à intervenção cirúrgica.

Palavras-chave: pacientes cardiopatas cirúrgicos; ausência de sintoma; enfrentamento.

¹ Hospital do Coração – São Paulo – SP. E-mail: jufraya22@gmail.com.

² Hospital do Coração – São Paulo – SP: E-mail: simone.niklis@hotmail.com.

³ Hospital do Coração – São Paulo – SP. E-mail: sismael@hcor.com.br.

⁴ Hospital do Coração (2009 a 2015) e Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo – SP. E-mail: ju.santosbatista@gmail.com.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the major causes of premature death worldwide, and every year thousands of people are affected by heart diseases. Often this diagnosis comes with the need for surgical intervention, which creates many anguishes for the patients, among them, those related to the absence of symptoms. This study aims to evaluate the relationship between the absence of symptoms and the coping process of cardiac surgical patients, regarding diagnosis, surgical and postoperative intervention. The method chosen for this research was a qualitative one. Data collection occurred through semi-structured interviews and the application of the Human Figure Drawing test in three post-surgical, asymptomatic, cardiac patients admitted to a cardiology hospital in São Paulo / SP. The results were analyzed based on Machover Technique and Bardin's Content Analysis, in the light of psychoanalysis. This study has demonstrated that the appropriation of the disease is hampered by the absence of symptoms, which points to an important relationship between such absence and the coping process of the observed patients, especially regarding the diagnosis and surgical intervention.

Keywords: cardiac surgical patients; absence of symptoms; coping.

As doenças cardiovasculares são as que mais causam mortes prematuras em todo o mundo e todos os anos milhares de pessoas são acometidas por alguma cardiopatia (www.world-heart-federation.org). Muitas vezes este diagnóstico vem acompanhado da necessidade de intervenção cirúrgica, o que mobiliza no paciente as mais diversas angústias, dentre elas as suscitadas pela ausência de sintoma.

Toda cirurgia cardíaca desperta no paciente fantasias em relação ao procedimento em si e ao período pós-operatório, gerando medo e ansiedade frente ao desconhecido e à falta de controle (Fighera, 2006). Estes sentimentos podem ganhar uma dimensão maior por ser o coração o órgão que está doente.

Considera-se que o coração, enquanto órgão, possui significados que ultrapassam sua função anatômica se tornando, também, segundo Fighera (2006), o centro das emoções, do sentimento e da vida. Nesse contexto, pode-se compreender como as afecções cardíacas exercem forte impacto sobre os sentimentos e comportamentos humanos (Wottrich, Quintana, Camargo, Leite & Quadros, 2010).

Quintana e Kalil (2012) enfatizam, portanto, a importância de se ter uma equipe preparada para identificar como o paciente lida com a cirurgia cardíaca

e quais mecanismos de defesa se apresentam como resposta a esta situação angustiante. O objetivo seria o de promover uma assistência integral que resultasse em uma recuperação mais efetiva (Wottrich, 2011).

As cardiopatias podem ser sintomáticas ou assintomáticas e, cada uma à sua maneira, provoca reações nos pacientes em relação ao processo de enfrentamento de seu adoecimento e do sentido que dão a ele. Segundo Fighera (2006), existem diferenças significativas entre um paciente que apresenta sintomas da doença e outro que não apresenta, no que diz respeito à aceitação da necessidade de cirurgia.

O corpo, o sintoma e sua ausência

A palavra corpo deriva do latim *corpus* e pode ter vários significados, dentre os quais refere-se àquilo que tem extensão limitada e que é perceptível pelos sentidos, em oposição àquilo que o sentido dos homens não pode captar (Fontes, 2004).

A ciência considera o corpo na sua dimensão biológica, “constituída de partes articuladas e regradas por certos princípios funcionais de autoconservação. Esse corpo orgânico é dotado de uma organização que não visa ao sujeito do inconsciente” (Soares, 1999, p. 106). No entanto, o mesmo autor defende que o corpo não pode ser reduzido apenas à sua estrutura anatômica, pois este fala, diz de si e requer seu deciframento simbólico.

Para a psicanálise, o corpo é a sede dos conflitos pulsionais e isto implica dizer que existe uma diferenciação entre corpo anatômico e corpo libidinal (Fighera, 2006). Este corpo da psicanálise é a junção dos aspectos biológicos e das representações imaginárias que o vinculam a uma ordem cultural e linguística (Volich, 2010). Segundo Garcia-Roza (1984), o conceito de corpo perpassa sua constituição anátomo-patológica devendo ser compreendido como um corpo fantasmático, constituído a partir da interação com o outro.

No hospital, este corpo é tratado pela equipe de saúde apenas no seu aspecto biológico, sendo manipulado enquanto objeto e constituído sem o olhar do outro. A subjetividade é deixada de lado enquanto as atenções se voltam

para a cura e a eliminação do sofrimento físico (Fighera, 2006). No entanto, McDougall (1991, citado por Wottrich, 2011) explica que não existe sofrimento que não seja psíquico, na medida em que é necessário que exista uma decodificação simbólica e, portanto, da ordem da palavra, para que seja concebido como tal.

Pode-se afirmar, portanto, que o corpo – e o sofrimento corporal – apenas existe para o sujeito na medida em que se faz representar psiquicamente (McDougall, 1991, citado por Wottrich, 2011). Quando o sujeito adoece é este corpo, a princípio, que padece e que sinaliza, através dos sinais vistos e dos sintomas ditos, que algo não vai bem.

Segundo Pimenta e Ferreira (2003), os sinais são manifestações objetivas das doenças e podem ser detectados por diversos meios. Já os sintomas são os distúrbios subjetivos relatados pelo paciente, por exemplo, as dores e incômodos, dos quais o médico toma conhecimento, sobretudo através da anamnese. “Nesse sentido, o relato de sintomas envolve vários componentes, dentre eles: sinalizações do corpo, fatores psicológicos e fatores situacionais” (Brink, Karlson & Hallberg, 2002, citado por Wottrich, 2011, p.171).

Mesmo que não seja determinante, a presença de um sintoma aponta concretamente para o paciente que algo não vai bem. Portanto, apresentar sintomas pode fazer com que o paciente tenha uma representação da doença e construa fantasias a seu respeito, sendo uma forma de conter a angústia causada pelo diagnóstico (Fighera, 2006).

Dizer que um paciente é assintomático implica dizer, portanto, que ele não reconhece em si sensações e percepções que apontem para uma possível doença, o que não significa que ele esteja livre dela. No momento em que este paciente recebe o diagnóstico, pode haver um descompasso entre o autorelato de sintomas e a significação da gravidade da doença (Hirani, Pugsley & Newman, 2006, citado por Wottrich, 2011). Os pacientes assintomáticos podem ficar, então, sem a representação da doença, o que pode dificultar a produção de fantasias em virtude da falta de sintoma (Fighera, 2006).

Em muitos casos, estes pacientes assintomáticos, junto com o diagnóstico, recebem a notícia de que vão precisar passar por um

procedimento cirúrgico invasivo de caráter muitas vezes imediato. Não há tempo nem para a elaboração psíquica do diagnóstico nem para a necessidade de cirurgia. Não há nenhuma marca evidente no corpo que indique o adoecimento, de maneira que o processo da cirurgia é a prova concreta para que o paciente se aproprie do quadro que vivencia (Camponogara *et al.*, 2012). Pode-se imaginar a angústia vivenciada por estes pacientes já que, segundo Fighera (2006), é preciso representar o corpo doente para poder suportar a intervenção cirúrgica.

Quando o coração adoce: possibilidades de enfrentamento do paciente frente à crise

Segundo Freud (1930/1987), o adoecimento é fonte de desamparo, cujo conceito remete à ausência de defesas para lidar com a angústia que invade o sujeito e que não encontra representação disponível para sua simbolização. O paciente hospitalizado se vê destituído de tudo o que lhe era familiar e que lhe proporcionava a ilusória sensação de proteção (Bento, 2008), tendo que recorrer a explicações muitas vezes irrealis para dar conta do real da sua condição. Diante disso, o que pode fazer a diferença na maneira como este paciente é afetado pela doença são as formas de enfrentamento de que ele dispõe para lidar com sua nova realidade.

Enfrentamento pode ser entendido como um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas, de maneira inconsciente, para se adaptarem à circunstâncias adversas, estabelecendo formas de lidar com conflitos (Antoniazzi, Del'Aglio & Bandeira, 1998).

Dentre as formas de enfrentamento têm-se os mecanismos de defesa. Segundo Volpi (2008), os mecanismos de defesa são um conjunto de operações que permitem reduzir ou suprimir qualquer manifestação que possa causar desprazer, colocando em perigo a integridade do Ego. Estes mecanismos são utilizados por todas as pessoas e seu uso é vital para o funcionamento psíquico, contribuindo para o ajustamento, a adaptação e o equilíbrio do sujeito a situações de crise (Chvatal, Bottcher-Luiz & Turato, 2009).

No caso de pacientes cardiopatas, a descoberta da patologia pode remeter estes indivíduos a uma situação em que se sintam vulneráveis, provocando um desequilíbrio na autopercepção e na imagem corporal (Romano, 2001). Segundo Botega (2006), é neste momento que podem emergir alguns destes mecanismos de defesa, que permitem que os sujeitos mantenham-se psiquicamente íntegros. Um dos mecanismos mais encontrados em pacientes cardiopatas é o da negação, que seria uma tentativa consciente de se afastar do que causa desprazer.

O paciente cardiopata tem na negação o instrumento de domínio e conservação da imagem que faz de si mesmo e, para manter esta imagem, freqüentemente desafia a doença e sua concretude, tentando burlar ou desconsiderar os cuidados com relação à reabilitação, tais como a aceitação e respeito às prescrições médicas, o abandono dos hábitos prejudiciais e a revisão de atitudes (Ongaro, 2002, citado por Wottrich *et al.*, 2010, p.4).

Dentre os mecanismos que têm como objetivo evitar a angústia, a racionalização merece especial atenção. Ao usar o discurso racional, o paciente se atemà uma elaboração lógica que explica o adoecimento, seu comportamento, o dos outros e seus sentimentos de maneira tão deformada que evita a angústia decorrente da sua realidade (Ebaid & Andreis, 1990).

Muitos pacientes hospitalizados e submetidos a procedimentos cirúrgicos vivenciam um fenômeno que Botega (2006) descreveu como um mecanismo regressivo, isto é, a atualização de um modo de funcionamento ligado a etapas mais precoces do desenvolvimento. Este assujeitamento, usando as palavras do autor, é necessário para que o sujeito dê conta de se colocar nas mãos da equipe médica e deixar-se cuidar. No entanto, o prolongamento desta postura pode ser prejudicial à recuperação, na medida em que retarda a convalescença.

De acordo com Hirani *et al.* (2006), citado por Wottrich (2011), estas defesas podem ser ainda mais fortes mediante a ausência de sintomas, o que pode prejudicar a adesão ao tratamento de doenças cardíacas. O primeiro entrave a esta adesão é o fato de que muitas cardiopatias inicialmente são

silenciosas, o que leva a pessoa a não valorizar a necessidade de tratamento (Silva & Pimentel, 2010).

A adesão corresponde ao grau de seguimento dos pacientes à orientação médica e relaciona-se à maneira como o indivíduo vivencia e enfrenta o adoecimento (Lustosa, Alcaires & Costa, 2011). A adesão ao tratamento é um processo que depende de três fatores, a saber, a noção de doença que o paciente possui, a idéia de cura ou de melhora que se espera e o lugar do médico no imaginário do doente (Botega, 2006).

Os pacientes assintomáticos apresentam um problema logo no início deste processo, que diz respeito à noção da doença e da importância do tratamento, o que torna sua adesão desafiadora (Machado, 2008). Para alguns destes pacientes, pode-se pensar que a consciência do adoecimento só se dá após o procedimento, sendo que o primeiro contato com a realidade concreta da cirurgia acontece no momento em que visualiza e sente as cicatrizes em seu corpo.

Wottrich *et al.* (2010) defende que as mudanças psíquicas do paciente submetido à uma cirurgia não acompanham as mudanças que ocorrem em seu corpo, precisando, portanto, de mais tempo para serem elaboradas. Tal processo deve, idealmente, culminar em uma realidade em que se possa ressignificar a cirurgia em seus aspectos limitadores e de potencialidades, devendo o êxito cirúrgico ser medido pelo sucesso da correção anatômica e também pela reconstrução lenta e processual da qualidade de vida através da elaboração e adaptação à sua nova realidade (Wottrich *et al.*, 2010).

Objetivos

A pesquisa teve como objetivo principal avaliar se a ausência de sintomas interfere no processo de enfrentamento de pacientes cardiopatas frente ao diagnóstico, à intervenção cirúrgica e ao pós-operatório. Procurou-se, também, verificar a existência de outros fatores de interferência neste processo de enfrentamento que não fosse a ausência de sintoma e avaliar se esta ausência dificulta a adesão ao tratamento.

Método

O método escolhido para esta pesquisa foi o qualitativo de caráter compreensivo, que buscou compreender como cada paciente vivenciou o adoecimento e suas implicações, principalmente no que diz respeito à ausência de sintoma, ao diagnóstico e à cirurgia cardíaca.

Segundo Minayo (2013, p. 57), “o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

As Teorias Compreensivas dentro da pesquisa qualitativa, que têm em Dilthey um dos seus principais expoentes, privilegiam a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais (Minayo, 2013). Segundo a autora, Dilthey afirma que os fatos humanos não são suscetíveis de quantificação e de objetificação porque cada um deles tem sentido próprio e identidade peculiar, exigindo uma compreensão específica e concreta.

Para tanto foram abordados três pacientes adultos internados em um hospital cardiológico de São Paulo/SP, de ambos os sexos, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: cardiopatas não congênitos, com diagnóstico recente da doença, assintomáticos tanto do ponto de vista do paciente, quanto do ponto de vista médico e no período pós-operatório.

Alguns critérios de exclusão foram adotados, a saber: pacientes cardiopatas crônicos; transplantados; que tenham se submetido a outras cirurgias ou com histórico de transtorno psiquiátrico recente.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados na coleta de dados para esta pesquisa foram o teste Desenho da Figura Humana (DFH), segundo Van Kolck (1984), e a entrevista semiestruturada. O DFH configura-se como uma das técnicas mais utilizadas e conhecidas no Brasil (Saur, Pasian & Loureiro, 2010) e propõe-se a estudar a personalidade a partir do desenho da figura humana, tendo como

base a dinâmica de conduta de personalidade proposta por Freud (1925/1980) e dos mecanismos de projeção (Oliveira, 2008).

A entrevista semiestruturada caracteriza-se pela coleta de dados do participante a partir de questões norteadoras. Estas questões servem como um direcionamento da entrevista no caminho desejado pelo pesquisador sem, no entanto, torná-la inflexível. Esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas (Manzini, 2004).

Coleta de dados

Os pacientes escolhidos para participar da pesquisa atenderam aos critérios de inclusão e foram pré-selecionados pela psicóloga responsável ou pela equipe de enfermagem do setor, previamente notificadas quanto ao perfil procurado. Estes pacientes foram convidados a participar da pesquisa e, ao acordarem com a proposta, assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados se deu em dois dias subsequentes. Em um primeiro momento foi realizada a entrevista semiestruturada, que constou de 6 (seis) perguntas norteadoras, na qual o paciente pôde discorrer sobre as questões propostas relacionadas ao seu adoecimento. Esta entrevista foi gravada mediante autorização do participante.

Em um segundo momento, foi aplicado o teste Desenho da Figura Humana, no qual foi pedido que o paciente desenhasse uma pessoa e, após este desenho, foi solicitado que desenhasse uma pessoa do sexo oposto ao que havia desenhado. Ao final, foi estimulado a responder um inquérito acerca da figura correspondente ao seu sexo.

Análise dos resultados

A partir da transcrição da entrevista, foi realizada a Análise de Conteúdo, conforme a técnica proposta por Bardin (1979), e os resultados obtidos foram divididos em unidades de análise e foram, posteriormente, categorizados.

Podemos caracterizar as categorias como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau

de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (Campos, 2004, p. 614).

O teste Desenho da Figura Humana foi avaliado a partir da Técnica de Machover em adaptação de Van Kolck (1984), no qual foram analisados aspectos gerais, formais e de conteúdo do desenho. Como complementação à avaliação do teste, foi utilizada a análise da Figura Humana encontrada no teste projetivo HTP, a partir do Manual e Guia de Interpretação de Buck (2003). Já o conteúdo do inquérito foi avaliado a partir da teoria psicanalítica.

Resultados e Discussão

A partir da Análise de Conteúdo das entrevistas, foram criadas seis categorias temáticas, que possuíam, também, subcategorias, a saber: 1. Descoberta do diagnóstico (apropriação a partir do outro; o desejo do outro; dificuldade de apropriação). 2. Reações frente ao adoecimento (racionalização; identificação com o sofrimento do outro; distanciamento; formação reativa; rigidez superegógica). 3. Negação (do sintoma; do papel de paciente; do saber; dos sentimentos). 4. Onipotência x impotência (“comigo não”; resistência; o imperativo do adoecimento; angústia de morte; ameaça de aniquilamento; raiva). 5. Significado da cirurgia (“a salvação”; “sem saída”). 6. Consequências (sentimento de culpa; a batalha do autocuidado). Estas categorias foram criadas a partir da recorrência e importância dos temas no contexto do adoecimento e do processo de enfrentamento dos pacientes entrevistados.

A análise do DFH mostrou que a maioria dos pacientes se identificou explicitamente à figura humana desenhada, o que possibilitou inferir mais diretamente que aquilo que foi dito sobre esta é, na verdade, uma projeção das características, sentimentos e impressões dos próprios pacientes. *“Tentei desenhar aqui eu um pouco mais novo”, “...o que eu te respondi que quer dizer com esse personagem que sou eu” (Paciente M). “No caso seria eu?”, “Tô achando que é comigo” (com quem se parece a personagem) (Paciente O).*

Tanto a análise do DFH, quanto a análise da entrevista mostraram que todos os pacientes abordados apresentam uma relação conflituosa com o próprio corpo, provenientes da dificuldade de lidar com os sentimentos e impulsos que fogem ao seu controle e que provocam ansiedade e apreensão. Para a maioria dos pacientes, este conflito se associou a uma valorização dos aspectos intelectuais, o que pode indicar, também, problemas de autoestima, principalmente no que diz respeito à imagem corporal: *“...comparando com as pessoas que eu tenho como círculo, percebo que penso melhor” (Paciente M).*

Se a relação com o próprio corpo já é difícil para estes pacientes em condições normais, pode-se pensar como esta dificuldade é potencializada pelo adoecimento, que traz à tona este corpo adormecido, ou até mesmo desconhecido, de maneira arrebatadora. Para dar conta deste real que se apresenta, todos os pacientes utilizaram, de maneira inconsciente, algumas estratégias que inibem ou mascaram os sentimentos provocados por sua nova condição, auxiliando-os no processo de enfrentamento do adoecer.

Um importante preditor de como o paciente enfrenta o adoecimento está relacionado à maneira como o diagnóstico é descoberto. Para dois dos três pacientes entrevistados, o diagnóstico da cardiopatia só foi possível graças a insistência de familiares para que procurassem um médico ou fizessem exames, o que suscita a reflexão de que o diagnóstico só foi possível a partir do desejo do outro. Esta reflexão pode apontar para uma dificuldade destes pacientes de estarem em contato com o próprio corpo e suas necessidades e de buscarem ativamente o autocuidado:

“Porque o meu marido, ele teve infarto, mas só que o dele começou com dor no braço e quando foi ver chegou no hospital e deu infarto lá. Se tivesse dado em casa ele não tinha resistido. E aí, meu filho passou por tudo aquilo, ele ficou muito mal, ficou batendo a perna, os braços, aí deram o choque e ele voltou. Ficou 40 dias internado. E por meio disso, meu filho quis que eu fizesse todos os exames” (Paciente O).

Esta desconexão pode ser explicada pelo receio dos pacientes de saber da existência da doença, que pode provocar sentimentos de angústia e desamparo. Pode-se pensar, no entanto, que outra explicação possível diz respeito ao fato destes pacientes serem assintomáticos, o que tende a

prejudicar a aceitação e a compreensão do adoecimento, já que não há nenhuma marca evidente em seu corpo que aponte para a presença da enfermidade.

Todos os pacientes entrevistados relataram não ter apresentado sintomas antes do diagnóstico, o que reforça a hipótese acima. No entanto, um dos pacientes (M), apesar de se considerar assintomático, relatou em sua entrevista a presença de sintomas, o que pode apontar para uma negação dos mesmos pelo paciente e, conseqüentemente, uma negação da possibilidade de adoecimento. Mesmo apresentando sintomas, o paciente M foi avaliado enquanto assintomático e não foi excluído da pesquisa, pois se levou em consideração a concepção de que os sintomas são distúrbios subjetivos relatados pelo sujeito, ou seja, a noção que este tem das dores e incômodos do próprio corpo. O paciente M, portanto, não identificou em si percepções e sensações que apontassem para uma possível doença, mesmo que em seu discurso perceba-se o contrário. A dificuldade de reconhecer o próprio sintoma é um reflexo da dificuldade de reconhecer a existência do corpo. *“A mesma dor. Eu sei qual dor é. A mesma dor começou a dar agora, dois meses atrás. Ai era a mesma dor, só que eu achei que tava doendo um pouco demais e que tava demorando para passar”* (Paciente M).

Negar o sintoma significa negar a possibilidade de doença. Portanto, saber do sintoma implica em saber da doença, o que em si já é fonte de angústia ao expor este sujeito à sua impotência frente a própria vida. Katz, Tarasoutchi e Grinberg (2010) explicam que muitos pacientes que se consideram assintomáticos são, na verdade, sintomáticos, porém mascaram os sintomas adaptando-se às limitações impostas por ele, em um movimento que tanto pode ser consciente quanto inconsciente. Nesse caso existiu, portanto, um descompasso entre a sinalização do sintoma e a percepção do seu significado.

A explicação deste descompasso remete à relação conflituosa, previamente discutida, que todos os pacientes apresentaram com relação ao próprio corpo e o que ele mobiliza em cada sujeito. Tem-se, então, que a percepção alienada deste corpo juntamente com a ausência de um sintoma

que concretize o adoecimento podem dificultar a apropriação e o enfrentamento do diagnóstico e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento, pois ser capaz de representar o corpo, doente, para estes pacientes, é fundamental para a conscientização da realidade.

O adoecimento, ao colocar o corpo em cena, propicia a conexão com sentimentos e impulsos indesejados e coloca em risco a integridade psíquica do paciente, confrontando-o com a própria fragilidade. Uma das estratégias utilizadas, inconscientemente, por estes pacientes para lidar com a existência deste corpo que tanto incomoda é a negação daquilo que possa mantê-los conectados a ele, no caso em questão, a doença.

O mecanismo de defesa conhecido como negação foi a estratégia mais utilizada pelos pacientes avaliados em todas as esferas que abarcam o diagnóstico, tratamento cirúrgico e recuperação e consiste no bloqueio de certas percepções do mundo externo que causam extremo desprazer ou angústia. Segundo Freud (1925/2011), estas percepções encontram um meio de chegar até a consciência sob a condição de ser negado, o que é possível graças a um processo que dissocia a sua representação, consciente, do seu afeto, que permanece deslocado, protegendo, dessa maneira, a organização psíquica destes sujeitos.

Os pacientes avaliados encontraram diversas formas de negar o adoecimento e de, conseqüentemente, evitar entrar em contato com o próprio corpo, seja a partir da negação do sintoma, do papel de paciente, dos sentimentos envolvidos até a negação de qualquer saber sobre a doença e o tratamento. A partir deste mecanismo, estes pacientes buscaram manter a imagem que têm de si, anterior ao diagnóstico, preservando-se de entrar em contato com a realidade, o que demonstra que saber sobre a sua condição pode ser desestruturante.

“Mas é impressionante o que o corpo da gente faz. Ai no sábado eu achava que ia ficar três meses, no domingo achava que eu ia ficar um mês. Na segunda-feira achei que amanhã já dava para ir embora e agora to perdendo tempo” (Paciente M).

“Mas aí eu fiquei calma né, fiquei super calma. Eu entrei no centro cirúrgico e não vi nada. Saí, não vi nada. Então foi tudo bem (Paciente O).

“Como ele falou que precisava fazer, eu não assustei não. Se precisar fazer, vamos fazer. Mas não fiquei apavorado, nada. Fiquei normal, como estou conversando com você aqui. Não tive nada apavorante não” (Paciente S).

Outras estratégias foram encontradas na análise do DFH e da entrevista, com destaque para a identificação com o sofrimento do outro, utilizada por dois dos três pacientes. Reconhecer-se no sofrimento do outro foi o meio encontrado por estes pacientes para conseguirem, minimamente, entrar em contato com os sentimentos suscitados pelo próprio adoecimento, visto que acessá-los diretamente seria muito doloroso. Os pacientes conseguiram, a partir dessa identificação, suporte para encarar a enfermidade e ressignificá-la, atribuindo sentido à experiência.

O adoecimento representou também, para todos os pacientes, um rompimento com a pressuposta onipotência em relação às suas vidas, o que pôde fazer com que entrassem em contato com sentimentos de vulnerabilidade. Este rompimento teve como consequência a percepção da impotência em relação à si mesmo e aos seus corpos, o que provocou angústia.

A maioria dos pacientes percebeu o adoecimento como algo que lhes foi imposto e que fugiu ao seu controle, adquirindo um caráter autoritário e aprisionador. Esta percepção dificultou, mais uma vez, a apropriação por parte destes pacientes da sua condição de enfermo.

Com relação ao significado da cirurgia, pode-se perceber que para dois dos três pacientes entrevistados a cirurgia representou a salvação de suas vidas, pois concretizou em seu corpo uma ameaça silenciosa que poderia ter tido consequências irreversíveis.

O processo da cirurgia foi importante para que estes pacientes pudessem começar a se apropriar de sua condição, que até então dependia de um outro, seja a palavra de um médico ou o resultado de um exame, para se tornar real. Pode-se pensar que a marca deixada no corpo pela cirurgia também apresentou uma vertente simbólica de possibilitar a apropriação e a ressignificação deste evento traumático.

Pode-se observar, em dois dos três entrevistados, a presença de sentimentos de culpa referentes à sua condição, o que permitiu inferir que

estes sujeitos reconheceram-se enquanto participantes ativos do processo que culminou com o surgimento da enfermidade. Este reconhecimento pode representar uma tentativa de elaboração e de apropriação destes pacientes, tão alienados de si durante quase todo o processo, principalmente no momento pós-cirúrgico, quando a presença da cicatriz e das dores torna este abstrato adoecer, concretamente real. *“Essa coisa de ser muito displicente. A vida é dura né” (Paciente M).*

Com relação à adesão ao tratamento, pode-se inferir que a ausência de sintoma prejudicou este processo, principalmente nos momentos que antecederam a cirurgia, já que para aderir, faz-se necessário a representação desta doença para o paciente, o que, na maioria das vezes, se inicia com a presença e a percepção dos sintomas. Percebeu-se que esta adesão foi, inicialmente, atravessada pelo outro, seja o médico ou algum familiar, que se conscientizou da importância do tratamento antes que o paciente o tivesse feito.

Pode-se perceber, portanto, que o processo de enfrentamento destes pacientes cardiopatas frente ao súbito adoecimento, a necessidade de tratamento cirúrgico e a emergência deste corpo silenciado se deu, principalmente, a partir da negação de aspectos relacionados ao adoecer que os fizessem entrar em contato com sentimentos de angústia e impotência advindos desta realidade. Observa-se que para a maioria destes pacientes só foi possível lidar com o adoecimento a partir da identificação com o sofrimento do outro, sendo esta uma forma indireta de lidar com o próprio sofrimento.

Independente da forma adotada, o que se percebeu foi uma desapropriação por parte destes sujeitos da sua condição de enfermo, dificultada pela ausência de sintomas que pudessem apontar no corpo destes pacientes o que os médicos e os exames já haviam indicado.

Conclusões

A presente pesquisa constatou que as formas de enfrentamento mais utilizadas pelos pacientes entrevistados foram a negação e a identificação com o sofrimento do outro. Estas formas mantiveram os pacientes afastados de si e

do adoecimento, preservando-os de entrar em contato direto com sentimentos potencialmente desestruturantes.

A negação do corpo e dos aspectos relacionados à doença, ao tratamento e à própria recuperação apontou para uma desapropriação do adoecimento. Se para estes pacientes apropriar-se da existência do corpo saudável já é difícil, pode-se pensar como esta conexão tornou-se quase impossível sem a presença de sinais que apontassem concretamente para estes sujeitos que seu corpo estava doente. Neste sentido pode-se pensar que a ausência de sintoma prejudicou a percepção e posterior apropriação da condição de doente e da necessidade de tratamento, interferindo, portanto, no processo de enfrentamento do paciente cardiopata frente ao adoecimento, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico e a necessidade de intervenção cirúrgica.

Com relação ao pós-operatório, o que se observou foi que estes pacientes apresentaram um movimento inicial de apropriação e aceitação da sua condição de doente. A cirurgia, ao representar a salvação e ao colocar o corpo em cena, ajudou a concretizar o adoecimento, possibilitando a correspondência do diagnóstico com o seu efeito no corpo. A presença de sentimentos de culpa destes pacientes durante a recuperação apontou para um reconhecimento enquanto participantes ativos do processo de adoecimento, o que representou um fortalecimento desta apropriação iniciada com a cirurgia.

A análise deste trabalho indicou, também, a existência de outros fatores de interferência no processo de enfrentamento e apropriação do adoecimento, com destaque para a relação conflituosa destes pacientes com o próprio corpo, o que dificultou o manejo e a aceitação do diagnóstico e dos sentimentos suscitados pelo mesmo. Outros fatores como a percepção do adoecimento enquanto impositivo e invasivo e da impotência frente ao próprio corpo contribuíram para esta desapropriação.

Com relação à adesão ao tratamento, pode-se concluir que a ausência de sintoma prejudicou este processo, pois os pacientes tiveram dificuldade de perceber e, conseqüentemente, representar a doença, dificultando sua vinculação a ela.

Esta pesquisa demonstrou que existe uma importante relação entre a ausência de sintoma e o processo de enfrentamento dos pacientes cardiopatas frente ao diagnóstico, ao tratamento e à recuperação.

REFERÊNCIAS

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70.
- Bento, M. (2008). Corpo estranho – narcisismo e desamparo no contexto hospitalar. *Revista da SBPH*, 11(1), 101-111.
- Botega, N. J. (2006). Reação à doença e à hospitalização. In: Botega, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. (pp. 49-66). Porto Alegre: Artmed.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. São Paulo: Vetor.
- Camponogara, S., Soares, S. G. A., Silveira, M., Viero, C. M., Barros, C. S. & Cielo, C. (2012). Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(3), 382-390.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-4.
- Chvatal, V. L. S., Bottcher-Luiz, F., & Turato, E. R. (2009). Resposta ao adoecimento: mecanismos de defesa utilizados por mulheres com síndrome de Turner e variantes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(2), 43-7.
- Ebaid, C., & Andreis, M. (1990). A intervenção dos psicólogos junto à pacientes cardiopatas. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 55(2), 133-135.
- Figuera, J. (2006). *Angústia e fantasias relacionadas ao paciente cardíaco cirúrgico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Fac. Psicologia PUCRS. Porto Alegre.
- Figuera, J., & Viero, E. V. (2005). Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Revista da SBPH*, 8(2), 51-63.
- Fontes, J. B. (2004). O corpo e sua sombra [Prefácio à segunda edição]. In: Soares, C. L. (org). *Corpo e história*. Campinas: Autores associados.

- Freud, S. (1980). *O Id e o Ego*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (1987). *O mal-estar na civilização*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (2011). *A negação*. Obras completas, volume 16: O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925) / Sigmund Freud; tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1925).
- Garcia-Roza, L. A. (1984). *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Katz, M., Tarasoutchi, F., & Grinberg, M. (2010). Estenose aórtica grave em pacientes assintomáticos: o dilema do tratamento clínico versus cirúrgico. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 95(4), 541-546.
- Lustosa, M. A., Alcaires, J., & Costa, J. C. (2011). Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 27-49.
- Machado, C. A. (2008). Adesão ao tratamento: Tema cada vez mais atual. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 15(4), 220-221.
- Manzini, E. J. (2004). Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos, 2. A pesquisa qualitativa em debate. Anais. Bauru: SIPEQ, 58-59.
- Minayo, M. C. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, A. (2008). *Evidências de validade de instrumentos para avaliação de inteligência, personalidade e atenção*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia na Universidade São Francisco, Itatiba.
- Pimenta, A. C., & Ferreira, R. A. (2003). O Sintoma na Medicina e na Psicanálise: Notas Preliminares. *Revista Médica de Minas Gerais*, 13(3), 221-8.
- Quintana, J. F., & Kalil, R. A. K. (2012). Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicologia Hospitalar*, 10(2), 16-32.
- Romano, B. W. (2001). Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. In B. W. Romano. *Psicologia e Cardiologia: encontros possíveis* (pp. 111-144). Casa do Psicólogo: São Paulo.

- Saur, A. M., Pasian, S. R., & Loureiro, S. R. (2010). Desenho da Figura Humana e a avaliação da imagem corporal. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 497-507.
- Silva, A. L. M., & Pimentel, W. S. (2010). A influência das emoções nas doenças cardíacas. In: Knobel, E. (Org.). *Coração... é emoção* (pp. 9-18). Ed. Atheneu: São Paulo.
- Soares, C. P. (1999). Há uma psicanálise do corpo? In: Moura, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital*. (pp. 105-115). Rio de Janeiro: Revinter.
- Van Kolck, O. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.
- Volich, R. M. (2010). *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Volpi, J. H. (2008). Mecanismos de defesa. *Artigo do curso de Especialização em Psicologia Corporal*. Centro Reichiano. Curitiba.
- World Heart Federation (2014). Recuperado de www.world-heart-federation.org.
- Wottrich, S. H., Quintana, A. M., Camargo, V. P., Leite, C. T., & Quadros, C. O. P. (2010). Enfrentamento da cirurgia cardíaca: atribuições de significados por pacientes pós-cirúrgicos. *Trabalho de Pesquisa UFSM*. Rio Grande do Sul.
- Wottrich, S. (2011). *Manifestos do coração: significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré e pós-cirúrgicos*. Tese de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul.