

A PSICOLOGIA E O PROCESSO DE ADOECIMENTO NOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS¹

PSYCHOLOGY AND THE ILLNESS PROCESS IN CHRONIC KIDNEY PATIENTS

Raquel Melchiades da Silva² e Roberta Fin Motta³

RESUMO

Pesquisou-se o processo de adoecimento em pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em programa de hemodiálise, entrevistando sete pacientes. Foram entrevistas narrativas, analisadas pela Análise de Conteúdo. Observou-se que a maioria dos pacientes descobriu a doença por sintomas gerais, sem saber que apresentava IRC. Os sentimentos iniciais foram de negação na maioria dos pacientes. Posteriormente, passaram a adequar-se às exigências da doença, aceitando a nova realidade, as modificações em suas rotinas e as restrições físicas, sociais e ocupacionais. As estratégias de enfrentamento foram tomar consciência da doença, apoiar-se na fé em Deus e buscar auxílio nas redes de apoio. Os pacientes relataram o importante papel desempenhado por seus familiares e pelos profissionais da área da saúde, e a identificação com seus companheiros de tratamento. Percebe-se a importância da Psicologia nesse contexto, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: insuficiência renal, adoecer, auxílio psicológico.

ABSTRACT

It is searched the illness process in patients with Chronic Kidney Disease (CKD) on a hemodialysis program by interviewing seven of them. These are narrative interviews which are analyzed through content analysis. It was observed that most patients discovered the disease by some general symptoms, without knowing it was CKD. The initial feelings were of denial for most patients. Later, they began to adapt to the demands of the illness, accepting the new reality, the changes in their routines and the physical, social and occupational restrictions. The strategies for facing it were becoming aware of the disease, relying on their faith in God, and seeking assistance in support networks. The patients reported the important role played by their family members and health professionals, and the identification with other people also undergoing treatment. The importance of Psychology is high in this context, in order to improve their quality of life.

Keywords: kidney failure, getting sick, psychological aid.

¹ Trabalho Final de Graduação - TFG.

² Acadêmica do Curso de Psicologia - Centro Universitário Franciscano. E-mail: raquelmspsico@gmail.com

³ Orientadora - Centro Universitário Franciscano. E-mail: roberta.fm@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O presente artigo refere-se aos aspectos psicológicos no processo de adoecimento em pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) que realizam sessões de hemodiálise regularmente, em uma clínica privada, localizada em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Romão Júnior (2004) descreve a IRC como dividida em seis estágios, de acordo com o grau de função renal que o paciente apresenta e com os devidos sintomas de cada etapa.

O primeiro é o estágio de função renal normal ou sem lesão, que inclui as pessoas dos grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal, mas que ainda não desenvolveram lesão renal. O segundo estágio de lesão com função renal normal inclui as fases iniciais da lesão renal, nas quais o ritmo de filtração glomerular encontra-se acima de 90ml/min. O terceiro estágio de insuficiência renal funcional ou leve corresponde ao início da perda da função renal. Não há sintomas clínicos de insuficiência renal, somente métodos de avaliação apurados irão detectar alguma anormalidade. O ritmo da filtração glomerular encontra-se entre 60 e 89ml/min.

No quarto estágio de insuficiência renal laboratorial ou moderada, mesmo que os sinais e sintomas da uremia estejam presentes, o paciente mantém-se clinicamente bem. Normalmente, apresenta sinais e sintomas ligados à causa básica, como, por exemplo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias, entre outros. O ritmo de filtração glomerular encontra-se entre 30 e 59ml/min. No quinto estágio de insuficiência renal clínica ou severa, o paciente já apresenta disfunção renal, com sinais e sintomas de uremia. Os sintomas iniciais comuns são: anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza, mal-estar e sintomas digestivos. O ritmo de filtração glomerular encontra-se entre 15 e 29ml/min. Por fim, o sexto estágio terminal de insuficiência renal crônica corresponde à faixa de função renal, na qual os rins perderam o controle do meio interno. O paciente encontra-se com sintomas intensos, tendo como opções de tratamento a depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) e o transplante renal. O ritmo de filtração glomerular é inferior a 15ml/min. Já a IRC, conforme Thomas e Alchieri (2005), refere-se a uma patologia crônica e insidiosa, que além de comprometer as funções vitais, causa uma debilitação e impõe restrições físicas e psicológicas ao exigir um esforço muito grande dos pacientes para tolerarem e se adaptarem às mudanças de vida e à gradual perda da qualidade desta.

Pesquisas mostram que a DRC possui alta morbidade e mortalidade. Além disso, o número de pacientes com IRC avançada aumenta de maneira progressiva no Brasil e em todo o mundo (SESSO, 2005). Romão Júnior (2004) relata que a DRC é vista como um problema de Saúde Pública, pois no Brasil o número de pacientes em programas de hemodiálise crônica dobrou nos últimos oito anos e, além disso, a incidência de novos casos aumenta em torno de 8% ao ano. Com o aumento do número de pacientes com DRC, cresce também o número de pesquisas nessa área. Na Psicologia existe um considerável número de estudos, sendo que a maioria preocupa-se em avaliar os pacientes que já se encontram no estágio terminal de IRC (CASTRO; DIAS, 2009). Nesse sentido, cabe ressaltar

a Psicologia da Saúde, uma área extremamente ampla, que possui inúmeras possibilidades de intervenções, dentre elas o atendimento aos pacientes renais, os quais necessitam de muito auxílio, em especial no momento inicial da doença, que é de grandes mudanças em suas vidas. De acordo com Angerami-Camon (2000), a Psicologia da Saúde atua fazendo uma integração da saúde mental, física e social dos pacientes, levando em consideração sua historicidade.

Resende et al. (2007) relata em sua pesquisa a importância da atuação constante da Psicologia em clínicas de hemodiálise, com o objetivo de trabalhar na promoção da melhoria da adesão dos pacientes ao tratamento e na contribuição do entendimento e do enfrentamento dos mesmos frente à doença. O psicólogo deverá atuar com o objetivo de diminuir o impacto que a doença gera no paciente e em seus familiares, desempenhando seu papel tanto na reestruturação psíquica dos acometidos pela IRC, como na manutenção do tratamento.

As pessoas com IRC avançada necessitam realizar sessões de hemodiálise como uma forma de manutenção de suas vidas, geralmente três vezes por semana, sendo que cada sessão dura em torno de quatro horas. Devido à doença, esses pacientes acabam tendo que mudar drasticamente sua rotina, deixando de fazer coisas que faziam anteriormente, como por exemplo, viajar ou até mesmo trabalhar, passando a ter uma vida com novos limites e restrições.

Desse modo, a presente pesquisa justifica-se pela importância de observar os aspectos psicológicos dessa parcela da população. Além disso, ainda são incipientes as discussões sobre o assunto e a inserção de psicólogos em hospitais ou em clínicas de hemodiálise, com o intuito de proporcionar um olhar e uma escuta diferenciada a esse grupo de pacientes. Esta abordagem terá como finalidade melhorar sua adesão ao tratamento e oferecer-lhes um novo olhar para o processo de adoecer, objetivando o descobrimento das possibilidades que têm, apesar da doença.

MÉTODOS

O presente artigo caracteriza-se como uma pesquisa do tipo exploratório, estruturada a partir de uma abordagem qualitativa. Para Minayo (2010), o método qualitativo aplica-se ao estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões referentes às interpretações das pessoas sobre o modo como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, como se sentem e o que pensam.

Já a pesquisa exploratória, foi utilizada por ter sido notada a escassez de referências na área. Portanto, tem o propósito de proporcionar maior familiaridade com o tema e de ampliar o conhecimento, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2010).

Os participantes da pesquisa foram sete pacientes com IRC avançada, em tratamento em uma Clínica Renal de uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram realizadas durante as sessões de hemodiálise, sendo incluídos pacientes que estavam em adequadas condições de compreender os questionamentos e verbalizar suas respostas. O número de participantes foi suficiente para

satisfazer ao critério de saturação dos dados. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), a amostragem por saturação é muito utilizada em investigações qualitativas em diferentes áreas da saúde, entre outras.

Utiliza-se a fim de estabelecer o tamanho final da amostra em estudo, interrompendo-se a contribuição de novos participantes quando se atinge o número suficiente. A seguir, é apresentada a tabela 1, referente às características demográficas e clínicas dos entrevistados:

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas dos pacientes entrevistados.

Nome	Gênero	Idade (anos)	Estado Civil	Tempo de doença (anos)	Tempo de Hemodiálise (anos)
Francisco	Masculino	68	Casado	17	17
Paulo	Masculino	38	Casado	3,5	3
Deise	Feminino	66	Casada	18	3,5
Roberto	Masculino	49	Solteiro	28	27
Magda	Feminino	52	Separada	11	11
Marcos	Masculino	51	Solteiro	23	22
Luiz	Masculino	59	Casado	4,5	2,5

Para a realização da pesquisa, o projeto foi apresentado inicialmente à Clínica onde foram feitas as entrevistas, e posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP - Centro Universitário Franciscano), a fim de ser avaliado. As entrevistas com os participantes iniciaram somente após a autorização da Clínica e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP - Centro Universitário Franciscano), sob registro nº 382.2010.2. Posteriormente, foi apresentado aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando os objetivos e procedimentos do estudo. É importante destacar que essa pesquisa possibilitou uma maior compreensão e aprofundamento do tema proposto, além de assegurar aos entrevistados o sigilo de suas identidades durante todo o processo.

As entrevistas foram realizadas individualmente, precedidas de uma breve explicação da pesquisadora, após a leitura e assinatura do TCLE, foram gravadas em áudio e, depois de transcritas, foram desgravadas.

Os dados foram coletados por meio de entrevista narrativa. Para Jovchelovitch e Bauer (2008), a entrevista narrativa é aquela que tem em vista uma situação que encoraje e estimule o entrevistado a falar sobre algum acontecimento marcante de sua vida e do contexto social. De acordo com Lira, Catrib e Nations (2003), a técnica de pesquisa narrativa é muito utilizada no contexto da metodologia da pesquisa social em saúde, pois possibilita o acesso aos sentidos atribuídos e à experiência dos indivíduos e de seus esquemas de interpretação referentes à realidade da vida cotidiana, tendo como foco o fenômeno do adoecimento humano.

Esse estudo pode ser entendido como sendo de risco mínimo, já que investigou aspectos que poderiam suscitar sentimentos nos participantes, em decorrência de suas histórias pregressas. Contudo, a pesquisadora estava habilitada a, caso fossem identificadas situações de desconforto psicológico, durante a realização das entrevistas, interromper a entrevista e avaliar a situação, e se houvesse necessidade de atendimento psicológico, o entrevistado seria encaminhado ao Laboratório de Práticas da Psicologia do Centro Universitário Franciscano, o que acabou não se fazendo necessário.

Foram consideradas as diretrizes de pesquisa com seres humanos para proteção dos direitos dos envolvidos na pesquisa, conforme os aspectos éticos, como os critérios de sigilo, autonomia para participar ou não, liberdade para abandonar a pesquisa e explicações claras em relação ao estudo apontadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996).

As informações obtidas durante as entrevistas, depois de transcritas, foram categorizadas e posteriormente analisadas. O meio utilizado para análise das entrevistas foi a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2007). Conforme a autora, “a análise de conteúdo é um método muito empírico, dependente do tipo de <<fala>> a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objecto” (BARDIN, 2007, p. 26).

Esse método se organiza em diferentes fases, em torno dos seguintes polos cronológicos: a pré-análise (operacionalização e sistematização das ideias iniciais), a exploração do material (transformação dos dados do texto em representação do seu conteúdo) e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003).

Com o intuito de preservar as identidades dos pacientes entrevistados, foram escolhidos nomes fictícios para identificá-los, descritos a seguir: Francisco, Paulo, Deise, Roberto, Magda, Marcos e Luiz. Por fim, para a realização da análise dos dados, foram criadas três categorias de análise: 1) Descoberta e sentimentos frente à doença; 2) Dificuldades e limitações; 3) Estratégias de enfrentamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DESCOBERTA E SENTIMENTOS FRENTE À DOENÇA

Em relação aos sintomas referentes à descoberta da doença, a maioria dos pacientes entrevistados relatou ter buscado atendimento devido a sintomas gerais, sem saber que eram portadores de Doença Renal Crônica (DRC), nem de Insuficiência Renal Crônica (IRC). Isso pode ser vislumbrado pelos seguintes relatos: os entrevistados Francisco e Luiz descobriram que eram diabéticos, Paulo e Deise relataram que apresentavam inchaço nos pés e nas mãos. Por outro lado, os entrevistados Francisco e Magda relataram que foi constatada alteração na dosagem de creatinina, que é um dos principais marcadores de função renal normal ou alterada.

São inúmeros os sinais e sintomas ocasionados quando a pessoa começa a ter problemas renais. Alguns destes são mais frequentes, mesmo não sendo necessariamente consequentes de problemas renais, tais como: alteração na cor da urina, dor ou ardência ao urinar, urinar a toda hora, levantar mais de uma vez à noite para urinar, inchaço nos tornozelos ou ao redor dos olhos, dor lombar, pressão sanguínea elevada, anemia, fraqueza e desânimo constante, náuseas e vômitos frequentes pela parte da manhã. Porém, até que haja a perda de 50% da função renal, os pacientes encontram-se praticamente sem a presença de sintomas. Depois disso, podem surgir sintomas e sinais que nem sempre causam incômodo aos pacientes, como: anemia leve, pressão alta, inchaço nos olhos e pés, mudança nos hábitos de urinar, bem como no aspecto da urina. Desse ponto em diante, até que os rins estejam funcionando entre 10 ou 12% da função renal normal, os tratamentos existentes são medicamentosos e por meio de dieta. Quando a função renal diminui ainda mais, torna-se necessário a utilização de outros métodos de tratamento, como a hemodiálise ou o transplante renal (Sociedade Brasileira de Nefrologia, [19--]).

Já em relação aos sentimentos frente à descoberta da doença, pode-se dizer que ocorre a despersonalização do paciente, que de acordo com Angerami-Camon (2003, p. 16), “deixa de ter o seu próprio nome e passa a ser um número de leito, ou então alguém portador de uma determinada patologia [...]. Deixa de ter significado próprio para significar a partir de diagnósticos realizados sobre sua patologia.” Para Rozenbaum (2008, p. 11), “ao ser internado, o paciente traz consigo sua história. Sofre um processo de despersonalização, [...]”. Essa despersonalização é exemplificada pela seguinte fala: “- Sentimentos [...] sentimento de não poder fazer muitas coisas, de perda [...] perdi tudo, a juventude, perdi o que eu tinha que viver, passei a depender dessas máquinas, é isso aí.” (Roberto).

Sabe-se que a descoberta da doença suscita inúmeros sentimentos nos pacientes, pois trata-se de um momento desconhecido para eles e também para seus familiares, gerando, normalmente, sentimentos de negação, angústia, ansiedade, tristeza, incapacidade, dentre outros. No que diz respeito aos sentimentos frente à doença, Francisco relata que:

Foi o pior possível [...] eu participava de tudo [...] tinha uma vida ativa, hábitos, filhos, os amigos [...] tem a parte do médico, das enfermeiras, mas a tática é minha, eu que tenho que mudar a cabeça [...] mas que desabou, eu me desesperei [...] o impacto assim a primeira coisa, caiu o mundo, parecia que tivesse carregando o mundo nos ombros [...] depois tem o somatório de coisas boas e tal, a ajuda da família, tudo, então amenizou um pouco, eu procurei me ajustar e tal, refazer a minha cabeça e procuro seguir assim.

Ao analisar a fala acima, pode-se perceber que inicialmente, ao descobrir a doença, os sentimentos de perda se fizeram presentes, mas com o passar do tempo, percebe-se que esses sentimentos foram modificando-se e transformando-se em sentimentos de aceitação, por exemplo, quando o paciente passou a se conformar com sua nova situação. Nesse sentido, podemos analisar os mecanismos de defesa utilizados. Volpi (2008) descreve o mecanismo de negação como a tentativa de não aceitar na consci-

ência alguma situação perturbadora para o Ego. Já a aceitação da doença é caracterizada pela maneira única de cada pessoa em lidar com a enfermidade, com o tratamento e com o impacto que provoca na sua vida e das pessoas de seu convívio (LIMA; GUALDA, 2001).

O paciente renal é descrito por Lima, Filho e Diniz (2002) como aquele deserdado da garantia de um bem supremo, a saúde. A vida passa a girar em função da doença, passando assim a enxergar o mundo externo e as atividades que antes geravam prazer, como desinteressantes. Muitas vezes, o paciente renal crônico, por não se ver como paciente, tenta negar a doença, burlando o tratamento, saindo de sua dieta, para assim tentar afirmar que não está doente. Os autores citam ainda, que o paciente renal crônico se vê imerso no meio de máquinas, intervenções cirúrgicas, medicamentos, dietas, entre outros procedimentos que não lhe dão a certeza de cura. Nem mesmo o transplante renal, que é o procedimento final, proporciona essa certeza. O desenvolvimento da doença gera consequentes perdas, deixando o paciente repleto de cicatrizes devido às fístulas, cateteres, exames e cirurgias. Por isso, a Insuficiência Renal é uma doença cuja cura não existe. Isso se observa pelos seguintes relatos: “nunca levei a doença como um susto [...] achava que tinha condições, que sarasse e até, portanto, que nem o remédio muito eu não tomei, eu cansei de levar remédio do posto e botar fora [...]” (Luiz). Já para o participante Marcos: “[...] a única alternativa que teria era fazer um transplante [...] de cadáver eu nunca quis fazer [...] e eu vi uns que estavam bem e fizeram o de cadáver e teve gente que não saiu do hospital [...]”. Ainda, para Graça, Burd e Mello Filho (2000), existem outros sentimentos vivenciados por pacientes que possuem uma doença crônica, dentre eles a regressão, a perda da autoestima, a insegurança, a ansiedade, a negação da situação presente e a depressão.

Em relação ao diagnóstico, Lima, Filho e Diniz (2002), referem que nos pacientes com IRC, o diagnóstico da doença não possui uma expectativa de cura ou a devolução de um estado saudável, mas sim, é visto como um marco de passagem para o mundo dos doentes. Estes passam a ter uma fisionomia característica da doença e não mais características de si. Tornam-se estranhos para si mesmos. Isso é demonstrado a partir da fala a seguir: “[...] isso não tem solução [...] é um tratamento que vai se fazer até o fim da vida [...]” (Luiz).

DIFICULDADES E LIMITAÇÕES

Após a descoberta da doença, os pacientes renais passam a ter uma vida com algumas restrições e acabam modificando aquilo que antes da descoberta da doença costumavam realizar normalmente. Isso é explicitado nas falas a seguir: “Bom, a doença de fato limita, limita muito as atividades, por exemplo, sair, viajar. As coisas se tornam mais limitadas em tudo, o lazer, a alimentação, passeio, que eu tinha programado muitos passeios depois de aposentado.” (Francisco). Marcos faz o seguinte relato:

É, olha, dificuldade tem bastante. Caminhar já fica meio difícil. Pegar um peso não dá, o corpo da gente não aceita, a gente fica todo fraco, e ir numa festa, num baile também já pode ir, mas não pode abusar [...] tem que fica um pouco de tempo lá porque aí já começa a doer tudo o corpo da gente [...] beber, tu tem que se cuidar, na comida também, então, são tudo dificuldades pra gente.

Percebe-se claramente nas falas dos pacientes que estão permeadas por modificações e readaptações que tiveram de realizar em suas vidas, para assim conseguir enfrentar a doença e se adequar ao tratamento. Matos e Lopes (2009) relatam que a necessidade de realizar constantemente sessões de hemodiálise muda totalmente a rotina e desestrutura completamente a vida do paciente, o que pode determinar intenso desgaste emocional.

A maioria dos pacientes entrevistados relatou que foi preciso parar de trabalhar após iniciar o tratamento de hemodiálise e os que disseram que ainda exercem a prática profissional desempenham atividades em casa ou trabalhos autônomos. Além disso, alguns pacientes relataram sobre as mudanças ocorridas em relação ao lazer, pois pelo fato de realizarem o tratamento, acabam tendo dificuldades para algumas atividades, dentre elas viajar, a não ser que no local haja um serviço de hemodiálise. Conforme o relato de Magda “[...] tive que sair do emprego [...] continuo trabalhando, criei uma empresa pra mim que eu cuido em casa [...] pra viajar precisa marcar outro lugar [...]].”

Devido a isso, percebe-se que a adaptação às exigências da doença renal compõe um processo extremamente complexo, repleto de diversas implicações e repercussões, sendo muito importante valorizar a qualidade da sobrevivência nesse tipo de tratamento (RUDNICKI, 2007). Portanto, esta categoria é de grande importância, pois são inúmeras as dificuldades e limitações que passam a fazer parte deste grupo de pacientes após o momento de descoberta da doença, momento permeado por medo, angústias e negação devido à nova condição.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Esta categoria refere-se as estratégias utilizadas pelos pacientes entrevistados, para conseguirem readaptar suas vidas de acordo com as exigências da doença, conseguindo enfrentá-la. Conforme Slomka (2009), os pacientes com IRC que realizam tratamento dialítico sofrem inúmeras perdas, tanto físicas quanto emocionais, necessitando de uma capacidade de enfrentamento por meio de recursos psicológicos. Este recurso, a chamada resiliência do indivíduo, pode influenciar na maneira como cada paciente responde ao tratamento médico e suas condições clínicas. A resiliência, de acordo com Silva, Elsen e Lacharité (2003), trata-se da capacidade do ser humano de responder de maneira positiva frente às demandas da vida. As citações a seguir, representam o modo como alguns dos entrevistados utilizam e/ou utilizaram para enfrentar a doença:

[...] a primeira coisa é a pessoa se conscientizar que possui essa doença e o que ela nos impõe, qual é o limite que ela nos dá [...] acho que a maior conquista é a pessoa se inteirar do que é isso, do que impõem, o que ela causa, o que ela pode provocar, tudo, todos os detalhes e atitudes, tomar conhecimento, e dentro desse conhecimento procurar agir [...] procurar os recursos, tudo de orientação, fui fazendo, procurei fazer uma lavagem assim que eu ia também ter que mudar, meu procedimento, minha maneira de viver, de reagir né, tudo, tudo muda (Francisco).

Eu acho que a alternativa primeiro é dentro da cabeça da gente, é encarar o tratamento de uma forma positiva, que assim a gente não tem alternativa, é fazer o tratamento ou morrer [...] dentro da opção de querer continuar vivendo, a gente tem que se adaptar [...] e a partir daí tu vai te readaptando e fazendo a tua vida de novo do jeito que era antes agora com adaptações (Magda).

Desse modo, percebe-se a grande importância de um profissional da saúde em que no momento de descoberta da doença, auxilie estes pacientes a entenderem a doença, para assim conseguirem se adequar às mudanças exigidas pela doença e enfrentar o tratamento de maneira satisfatória. Rozenbaum (2008, p. 11) relata que “aquilo que se passa no corpo, que é uma crise objetiva, pode se transformar em uma crise subjetiva [...] como os sujeitos são constituídos de fala, eles precisam se reposicionar acerca do que lhes ocorreu.” Desse modo, percebe-se a grande importância do auxílio psicológico para que assim esses pacientes consigam enfrentar a nova realidade.

Para Thomas e Alchieri (2005), a dificuldade de adaptação do paciente pode ser verificada quando se inicia o tratamento, pois trata-se de uma situação em que a ansiedade pode estar presente, podendo persistir durante todo o período. As características pessoais podem indicar uma melhor aderência ou não ao tratamento dialítico, e a maneira como o paciente processa cognitivamente a doença e suas consequências pode predizer um melhor ou pior prognóstico, interferindo de maneira direta na sua qualidade de vida.

Outra estratégia de enfrentamento que se fez bastante presente nos discursos dos pacientes é a religiosidade. Segundo Paiva (2007), frequentemente as pessoas enfrentam as urgências pessoais ou situacionais por meio de recursos religiosos como, por exemplo, orações, promessas, peregrinações, exercícios ascéticos e rituais. Desse modo, observam-se as seguintes frases relatadas pelos pacientes e permeadas pela religiosidade: “[...] eu pelo menos tenho bastante fé [...] a fé que também me ajuda muito [...]” (Francisco); “[...] vou viver até quando der, até quando Deus quiser [...]” (Deise).

Em alguns casos percebe-se que a religiosidade pode dificultar a adesão ao tratamento, assim como é dito por Luiz: “[...] por eu achar que Deus me curava, que Deus ia me curar e eu não fiz mais o tratamento, então nós dependemos muito de Deus mas devemos respeitar o médico também.” Deste modo, Faria e Seidl (2005) descrevem que estudos mostram possíveis efeitos tanto positivos quanto negativos da religiosidade, no que se refere ao enfrentamento, o que pode ser influenciado pelos modos de lidar com eventos estressores e pelas crenças e práticas envolvidas no processo de enfrentamento.

Outro fator referente às estratégias de enfrentamento da doença são as redes de apoio. Elas englobam os familiares, amigos, equipe médica e de enfermagem, os demais pacientes que se encontram na mesma situação, ou seja, são todos aqueles que de uma forma ou outra estão próximos dos pacientes em questão; dando todo o auxílio no enfrentamento da doença sendo, desse modo, o apoio destes, considerado como outra forma de enfrentamento da doença. Durante a realização das entrevistas, a maioria dos pacientes relatou a grande importância do apoio e da presença da família com o seu tratamento. Também relataram o valor do apoio dos amigos e da equipe de enfermagem e de médicos. Francisco relata que “Graças a Deus eu tive todo o apoio, da esposa, dos filhos [...]. A estrutura da família, neste caso é tudo, é tudo [...]. Os familiares e o pessoal também daqui são ótimos, fazem tudo.”; para Paulo, “A família, isso eu não posso me queixar, graças a Deus, eu sou muito querido em casa [...] sou bem querido aqui também [...] se não fosse isso aí acho que eu não tava mais aqui né.”; já Luiz faz a seguinte descrição a respeito da equipe médica e de enfermagem “[...] me sinto muito feliz, muito tranquilo, pela amizade que tenho com a enfermagem, com os médicos [...].”

Segundo Campos (2000), o homem estabelece vínculos com seus semelhantes, de modo a compartilhar objetivos e ações, com a finalidade de receber apoio e ajuda. Durante toda a existência, os homens reúnem-se com esse objetivo, sendo a família a base da necessidade de cuidar e de ser cuidado. Este mesmo autor descreve a respeito dos grupos de suporte partindo do pressuposto de que as pessoas estejam constantemente reunidas, pois não há como dar suporte sem haver o encontro. O amor é o cerne para que possa ocorrer este vínculo, pois assim haverá carinho, acolhimento, aceitação e respeito pelo outro. Deve haver a capacidade de se colocar no lugar do outro e trocar informações de maneira transparente, de modo a esclarecer todas as questões necessárias. As pessoas que se reúnem em torno de uma mesma situação sentem-se rapidamente identificadas, pois compartilham os mesmos sentimentos, possuem as mesmas limitações e esperanças; também entre elas a troca de cuidados e de informações ocorre de modo mais eficaz. Além disso, o autor cita a equipe de saúde como uma rede de suporte, sendo que os efeitos desse suporte fazem-se presentes nos pacientes que identificam o bom relacionamento da equipe que o cuida e também se fazem presentes sobre a própria equipe que se sente capacitada a suportar as frustrações inerentes ao trabalho, sentindo-se confiante e tendo prazer no exercício de suas funções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou aproximar-se do funcionamento dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento nos pacientes com IRC que realizam sessões de hemodiálise regularmente, analisando o impacto que a doença teve em suas vidas, as possibilidades que possuem frente a esta, a percepção destes a respeito da doença, do diagnóstico e do tratamento, as estratégias utilizadas para

enfrentarem a doença e o favorecimento de diálogos e a estimulação de discussões sobre o tema Psicologia e Pacientes Renais Crônicos.

Referente à categoria descoberta e sentimentos frente à doença, na maioria dos casos, os pacientes relataram ter buscado atendimento devido a sintomas não específicos da IRC. Em relação aos sentimentos, foi possível perceber, de acordo com as falas dos pacientes, sentimentos iniciais de negação em relação à descoberta da doença. Porém, foi percebido que depois desses sentimentos iniciais de negação, os pacientes tiveram de adequar sua vida às exigências da doença, passando com o tempo a se conformar e aceitar a nova realidade.

No que diz respeito às dificuldades e limitações vivenciadas pelos pacientes devido à doença, verificou-se que eles modificaram completamente suas vidas, passando a ter restrições físicas, sociais e ocupacionais. Isso é característico dessa situação, pois a necessidade de comparecerem às sessões de hemodiálise ocupa o tempo que normalmente seria utilizado para outras atividades. O trabalho fica, na maioria dos casos, prejudicado, às vezes pelas condições clínicas e às vezes pelo tempo gasto no tratamento, de modo que muitos pacientes não conseguem trabalhar ou passam a desempenhar apenas parte das atividades que executavam anteriormente, ou ainda procuram formas alternativas de ocupação profissional que sejam compatíveis com a sua realidade atual.

Já em relação às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes entrevistados, a primeira foi a de tomar consciência da doença, buscando as devidas informações sobre o que ela impõe, quais sintomas pode provocar, o funcionamento e a evolução do tratamento, para assim adaptar-se às mudanças exigidas pela doença. Também pode-se observar em muitas falas, que outro modo de conseguirem enfrentar essa nova realidade é por meio da fé e da crença em Deus. Além disso, observou-se que para a maioria dos pacientes, o apoio da família e amigos é muito importante para o bom andamento do tratamento, bem como o valor dos cuidados que recebem da equipe de enfermagem, dos médicos e a grande identificação que possuem com seus companheiros de hemodiálise.

Após a análise dos dados, observou-se claramente a grande importância da inserção de psicólogos em clínicas de hemodiálise, para assim auxiliar esses pacientes, dando suporte necessário na nova etapa de suas vidas. O psicólogo é o profissional que poderá auxiliar os pacientes, fornecendo explicações referentes a esse momento de descoberta da doença, pois eles encontram-se permeados por inúmeras dúvidas e angústias. Assim como pode auxiliar seus familiares que também tornam-se bastante vulneráveis com esse momento de grande sofrimento e, além disso, dar o devido auxílio à equipe de profissionais, para que esta consiga lidar da melhor forma com os pacientes e com as variadas situações conflitantes e estressantes que possam enfrentar.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). O Ressignificado da Prática Clínica e suas Implicações na Realidade da Saúde. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2000.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). O psicólogo no hospital. In: Angerami-Camon, V. A.; TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W. (Org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003, p. 16.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed., Lisboa, Portugal: Ed. Edições 70 LTDA, 2007, p. 26.

BRASIL, Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

CASTRO, G. D.; DIAS, A. C. G. Vivências de portadores de doença renal crônica. In: CASTRO, G. D.; DIAS, A. C. G. XV Encontro Nacional da Abrapso, **Anais...** Maceió, 2009. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/283.%20viv%C7a%20de%20portadores%20de%20doen%C7a%20renal%20cr%D4nica.pdf>. Acesso em: 13 set. 2010.

CAMPOS, E. P. Grupos de Suporte. In: MELLO FILHO, J. **Grupo e Corpo**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul LTDA, 2000.

FARIA, J. B. de, SEIDL, E. M. F. Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 8, n. 3, p. 381-381, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a12v18n3.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J. ; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRAÇA, L. A. C; BURD, M.; MELLO FILHO, J. et al. Grupos com diabéticos. In: MELLO FILHO, J. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W; GASKELL, G. (editores); tradução de Pedrinho A. Guareschi. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

LIMA, A. M. C.; FILHO, J. B. de M. ; DINIZ, J. S. dos S. Insuficiência renal crônica - a trajetória de uma prática. In: ROMANO, B. W. (Org.). **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. **Revista Escola de Enfermagem**. USP. v. 35, n. 3, p. 235-241, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a05.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

LIRA, G. V. ; CATRIB, A. M. F. ; NATIONS, M. K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **RBPS**. v. 16, n. 1/2, p. 59-66, 2003. Disponível em: <http://hp.unifor.br/revista_saude/v16/artigo10.pdf>. Acesso em: 05 set. 2010.

MATOS, E. F.; LOPES, A. Modalidades de hemodiálise ambulatorial: breve revisão. **Acta Paul Enferm**. v. 22, p. 569-71, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/25.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010 .

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PAIVA, G. J. de. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 24, n. 1, p. 99-104, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a11.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2011.

RESENDE, M. C. de et al. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 87-99, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v19n2/a07v19n2.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

ROMÃO JÚNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 26, n. 3, Supl. 1, p. 1-3, Ago., 2004.

ROZENBAUM, R. **Psicologia Hospitalar**. Jornal Estado de Minas. Belo Horizonte, 6 jun., 2008, Opinião, p.11.

RUDINICKI, T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 24, n. 3, p. 343-351, Jul./Set., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n3/a06v24n3.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2011.

SESSO, R. de C. C. Epidemiologia da Insuficiência Renal Crônica no Brasil. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar de Nefrologia**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

SILVA, M. R. S. da; ELSESEN, I. ; LACHARITÉ, C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Paidéia**. v. 13, n. 26, p. 147-156, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v13n26/03>>. Acesso em: 21 abr. 2011.

SLOMKA, L. **Associação entre o nível de resiliência e o estado clínico de pacientes renais crônicos em hemodiálise**. Porto Alegre: PUCRS, 2009. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2911>. Acesso em: 21 abr. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Insuficiência Renal**. [19--]. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?insuficienciaRenal&menu=24>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. **Avaliação Psicológica**. v. 4, n. 1, p. 57-64, 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n1/v4n1a07.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2011.

VOLPI, J. H. **Mecanismos de defesa**. Artigo do curso de especialização em Psicologia Corporal. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Artigos/Mecanismos%20de%20Defesa.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2011.