
O serviço da psicologia na qualidade de vida em paciente renal crônico

Lucas Simião de Barros, Nathália Schuenquener e Elisa Alves da Silva
Afiliação institucional: Faculdade Estácio de Sá Goias – Graduação em Psicologia.
E-mail: elisapsi@gmail.com.

RESUMO

Esta pesquisa avaliou o serviço da psicologia na qualidade de vida (QV) de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, por meio da realização do estágio obrigatório em psicologia, levantando a percepção dos indivíduos sobre as limitações e a atuação da psicologia na clínica de hemodiálise. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo que utilizou o questionário de QV SF-36 e uma entrevista semiestruturada elaborada pelos pesquisadores. Realizada em uma clínica de diálise em Goiânia-GO, participaram da pesquisa quatro sujeitos, com idades de 34 a 46 anos. Observou-se o comprometimento da saúde física e mental dos pacientes nos domínios do SF-36, podendo-se concluir que o tratamento leva a uma redução da QV, que se configura como possível foco de intervenção do psicólogo hospitalar. A partir da entrevista semiestruturada, percebeu-se que o trabalho do psicólogo junto a esta população é considerado relevante, porém ainda encontra limitações para ser plenamente realizado.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica; Hemodiálise; Qualidade de Vida; Atendimento Psicológico

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas devido à morbimortalidade da população mundial, atingindo não somente idosos, como também a população jovem com idade produtiva (Martins & Cesarino, 2005). Qualquer estado patológico que apresente uma ou mais das seguintes características é distinguido como doença crônica: ser permanente, deixar incapacidade residual, requerer reabilitação ou a necessidade de períodos longos de observação, controle e cuidados (Zozaya, 1985 apud Simão, 2012).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) consiste na diminuição lenta e progressiva da função renal, resultando no acúmulo de produtos da degradação metabólica no sangue. Podendo ser causada também por outras enfermidades, acarretando danos irreversíveis ao órgão. No estágio inicial, os efeitos são assintomáticos e com o progresso da doença, o indivíduo apresenta sintomas como fadiga, cansaço, espasmos musculares e câimbras, anemia, retenção de líquidos no corpo, redução do volume de urina, falta de ar, inchaço, hipertensão, falta de apetite, náusea, vômitos, coma e confusão mental (Godoy et al. 2006).

A Doença Renal Crônica (DRC) consiste em perda progressiva, lenta e irreversível da função dos rins, que é um órgão vital, regulador, que elimina e conservam água, assim como diversas substâncias químicas. Em sua fase mais avançada, esses órgãos já não conseguem mais manter a normalidade no meio interno do paciente (Júnior, 2004).

O tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares de apoio: diagnóstico precoce da doença; encaminhamento imediato para tratamento nefrológico; e implementação de medidas para preservar a função renal (Bastos & Kirsztajn, 2011). Pacientes com insuficiência renal crônica precisam aderir ao tratamento dialítico (diálise peritoneal ou hemodiálise) e, quando possível, se submeterem ao transplante.

O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito. Assim, o paciente precisará se adaptar à sua nova condição, sendo o principal responsável pelo sucesso do tratamento, seguindo rigorosamente as instruções passadas pela equipe médica, como o controle do peso, a quantidade de líquidos ingeridos, uma alimentação equilibrada e higiene pessoal, podendo ainda, continuar fazendo o que gosta, desde que

não prejudique o tratamento (Martins & Cesarino, 2005).

A cada ano, cerca de 21.000 brasileiros portadores de insuficiência renal crônica precisam se submeter a algum tratamento dialítico, sendo que apenas 2.700 desses indivíduos fazem um transplante renal, correspondendo a menos de 13% do número de novos casos diagnosticados por ano (Simão, 2012). Entre os tratamentos disponíveis para as doenças renais crônicas estão a diálise peritoneal e a hemodiálise, que substituem parcialmente a função renal, minimizando os sintomas da doença, preservando e contribuindo para o aumento da sobrevida desses pacientes. Porém, não são soluções curativas, cabendo ressaltar ainda que o tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, resultando na limitação de suas atividades de vida diária, após o início do tratamento, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional (Martins & Cesarino, 2005).

A doença é uma manifestação do corpo, na qual o homem se esbarra e a subjetividade é abalada. É quando o psicólogo hospitalar entra em cena e se oferece para escutar esse indivíduo a falar de si, da doença, da vida e da morte, do que pensa ou sente, do que teme, do que deseja, reconstruindo o seu lugar de sujeito (Moretto, 2001 apud Simonetti, 2011).

Dimensões psicológicas abrangem os aspectos ligados à personalidade do ser humano, e no que diz respeito à DRC, há graves alterações na vida dos indivíduos, dentre elas: fisiológicas e físicas, psicológicas e psicossociais. Uma dessas dimensões refere-se ao corpo; o paciente precisa se adaptar à sua nova condição física, visto que seu corpo passa a ter cicatrizes geradas pelas fístulas, cateteres e cirurgias, manchas hemorrágicas, pele pálida e seca (Cuker & Fragnani, 2010).

A outra dimensão diz respeito à sexualidade, podendo causar perda de libido, infertilidade e dificuldade hormonal. O homem passa a ter dificuldades na ereção e a mulher para atingir o orgasmo, em virtude do excesso de medicamentos e também pela própria aparência modificada, fazendo com que o indivíduo se sinta diferente em relação ao parceiro (Cuker & Fragnani, 2010).

Ainda sobre as dimensões, pode-se citar a dieta alimentar, que necessita de mudanças significativas nos hábitos e no padrão comportamental do paciente. Vários alimentos serão restritos pela equipe médica, sendo substituídos por outros, tornando este um dos grandes desafios. Com re-

lação às atividades físicas, sua diminuição pode ocasionar estresse, porém, se prescritas adequadamente, auxiliam no controle da hipertensão arterial, capacidade funcional, função cardíaca, força muscular e, conseqüentemente, melhora a QV (Cuker & Fragnani, 2010).

Podem ser mencionados também os aspectos emocionais vivenciados por esse paciente, que estão intimamente relacionados à doença e se tornam uma ameaça, adquirindo um sentido dentro da história de vida. O paciente renal crônico passa por diversas mudanças quando vai para a hemodiálise; enquanto uma melhora clínica é promovida em seu quadro de saúde, em contrapartida, ocorrem algumas desordens emocionais, como medo, ansiedade, carência, sentimentos de inferioridade e insegurança (Cuker & Fragnani, 2010).

Assim, os portadores de insuficiência renal crônica passam também por mudanças radicais em sua rotina, refletindo diretamente na QV, pois são comuns as complicações psiquiátricas, reações de ajustamento com sintomas de depressão e ansiedade, disfunção sexual e distorções da imagem corporal. A forma como esse paciente vai reagir diante da nova situação depende de variáveis como personalidade pré-mórbida, apoio da família e dos amigos, dos rígidos regimes médicos e das restrições de ordem sociais e econômicas decorrentes da doença.

Diante disso, a QV tem se tornado um importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde, visando uma evolução nas condições de vida do paciente renal crônico, como fator relevante no cenário da terapia substitutiva dos rins (Martins & Cesarino, 2005). O Termo QV tem recebido um grande número de conceitos no decorrer dos anos, suscitando pesquisas e crescendo a sua utilização nas práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, por equipes profissionais que trabalham junto a usuários acometidos por enfermidades diversas.

Desta maneira, ao focalizar-se na saúde, o termo QV coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de ultrapassar as dificuldades resultantes dos estados ou condições de morbidade (Minayo et al. 2000). Outras convicções perpassam um conceito multidimensional, refletindo a avaliação subjetiva de satisfação pessoal em relação ao bem-estar físico, funcional, emocional e social (Fernandes et al. 2009).

Todavia, independente do tipo de tratamento, alguns pacientes terão mais sucesso que outros, em

termos de adaptação e reabilitação, devido à personalidade do indivíduo e ao suporte familiar, itens importantes que influenciam na forma de enfrentar a doença e as complicações; considerando que, mesmo diante de variáveis iguais, alguns reagem de modo distinto (Simão, 2012).

Assim sendo, o psicólogo em uma clínica de hemodiálise poderá ofertar suporte emocional para o paciente com insuficiência renal crônica e proporcionar uma melhor adaptação ao tratamento, promovendo a reabilitação social desse indivíduo. Além disso, pode auxiliar os familiares para o processo de hospitalização, no decorrer do tratamento, para uma melhora da QV, contribuindo, portanto, em todos os aspectos para o enfrentamento da doença.

Desse modo, os objetivos dessa investigação são: averiguar a importância da influência do psicólogo na QV do paciente renal crônico; identificar quais alterações físicas e psicológicas que ocorreram na vida da pessoa e que comprometeram as atividades cotidianas provenientes da doença.

MÉTODO

Esta investigação, realizada no período de agosto/2015 a outubro/2015, teve como método a abordagem quanti-qualitativo, com pacientes em tratamento em uma Clínica de Hemodiálise em Goiânia-GO. O estudo quanti-qualitativo é caracterizado pelo uso de duas ferramentas: o método da quantificação, baseado na coleta de dados estatísticos para apurar o resultado; e o qualitativo, que parte do princípio de que a pesquisa considera informações colhidas pelo pesquisador, não sendo expressamente números, mas sim opinião e compreensão do entrevistado acerca da temática (Dalfovo et al. 2008).

Para o início do trabalho de campo, foi feito contato com a Coordenação da clínica, com o intuito de informar sobre a pesquisa. Foram convidados a participar da pesquisa quatro indivíduos que fazem acompanhamento no local, ajustados nos critérios de inclusão. A seleção foi realizada de forma aleatória. Os participantes receberam orientações detalhadas quanto à participação voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, construído de acordo a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: estar mais de três meses em tratamento; capacidade cognitiva para responder o questionário; parâmetros hemodinâmicos estáveis; e não apresentar nenhum tipo de deficiência física ou mental. Os pacientes deveriam estar na fase adulta e ter entre 18 (dezoito) e 70 (setenta) anos de idade, podendo ser de ambos os sexos. Foi explicado sobre a garantia de sigilo, privacidade e confidencialidade, firmando o

compromisso de não fazer identificações particulares e ter cuidado com o material gravado (apagado após a transcrição). Como critérios de exclusão, foi adotado o fato de não estar dentro das especificações dos critérios de inclusão.

Destaca-se também que esse estudo está vinculado ao curso de Psicologia da Faculdade Estácio de Sá de Goiás (FESGO), por meio do estágio obrigatório, que possui em suas instalações o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA), apresentando, assim, condições de acolher e prestar atendimento psicológico quando se fizer necessário.

Os instrumentos utilizados foram: o Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-

36 e a entrevista semiestruturada, elaborada pelos pesquisadores. Os dois instrumentos tiveram uma duração média de 20 minutos de aplicação e foram empregados em dias diferentes, mas, devido à intercorrências, não se alcançou o tempo previsto, extrapolando o limite pré-estabelecido. Os dados foram colhidos no leito dos pacientes, durante a sessão de hemodiálise – considerando esta uma das dificuldades que o psicólogo hospitalar enfrenta na sua rotina de trabalho, que é justamente a falta de um espaço propício para atendimento individual, tendo que estabelecer um setting no leito, no momento do atendimento.

O SF-36 é um instrumento que consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, a fim de mensurar a QV por meio da avaliação de dois componentes: a saúde física e a saúde mental (Martins & Cesarino, 2005). Apresentam ainda, as seguintes escalas ou domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental; seguindo os critérios que foram estabelecidos conforme o processo de validade do questionário.

Como indicadores de Saúde Física, o SF-36 propõe as seguintes análises: da capacidade funcional, que reflete a habilidade do indivíduo em realizar tarefas instrumentais de seu cotidiano, garantindo assim, a sua autonomia; das limitações por aspectos físicos, envolvendo o comprometimento no desenvolvimento das atividades de vida diária; da dor, que é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada aos danos reais ou potenciais em tecidos; e do estado geral de saúde, abrangendo o bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças.

Como indicadores de Saúde Mental, o SF-36 se estrutura a partir da compreensão da vitalidade que se refere à aptidão para a vida, força vital, energia

e entusiasmo. Os aspectos sociais, que estão relacionados a atividades sociais junto à família, amigos e outros grupos. Os aspectos emocionais, que estão ligados aos sentimentos em relação ao enfrentamento da doença. E a percepção da saúde mental, que é o equilíbrio emocional entre exigências internas e externas.

A tabulação dos dados do SF-36 se deu inicialmente, através da equivalência de cada item ou questão à sua concernente pontuação na Escala de Ponderação dos Dados. Na etapa seguinte, recorreu-se ao cálculo do Raw Scale, que é a transformação de cada escore numa escala de zero a 100 (0 = pior; 100 = melhor resultado), empregando equações específicas para cada um dos oito domínios, cujos valores finais não mostram nenhuma unidade de medida.

Para a obtenção desses valores é necessária uma tabela, para uso e correção dos cálculos e escores utilizados nessa análise, na qual valores de limite inferior e de variação (Score Range) são fixos e já estão estipulados. Por fim, os escores dos indivíduos foram agrupados e, posteriormente, calculadas as médias relacionadas a cada aspecto, foram colocados em uma Planilha de Dados do SF-36, com a finalidade de examinar os dados objetivos sobre a QV dos indivíduos (Nogueira et al. 2010). Os cálculos foram feitos com o auxílio de uma planilha eletrônica do programa Microsoft Office Excel 2007, sendo que a análise estatística teve como obje-

tivo identificar as variáveis que interferem na QV de pacientes renais crônicos.

Após a coleta de dados do questionário SF-36, foram aplicadas as entrevistas semiestruturadas, com a pretensão de levantar informações relacionadas à atuação do profissional da Psicologia e contribuir para a QV dos pacientes. As entrevistas e o questionário foram aplicados pelos estagiários. Para analisar os dados qualitativos das entrevistas, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), que se propõe a evidenciar opiniões, críticas, julgamentos, reações afetivas nos relatos e vivências dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise dos dados, verificou-se que, na amostra estudada, a média de idade foi de 39,2, variando de 34 a 46 anos. Já com relação ao tempo médio de tratamento de hemodiálise, 6,5 anos. Os dados coletados durante a aplicação do Questionário SF-36 foram tabulados e organizados conforme os critérios pré-estabelecidos.

Do mesmo modo, os dados apresentados na Tabela 1 foram agrupados de acordo com os critérios de análise, referentes aos impactos na saúde física e impactos percebidos na saúde mental.

Tabela 1 – Resultados do questionário SF-36 dos pacientes em diálise

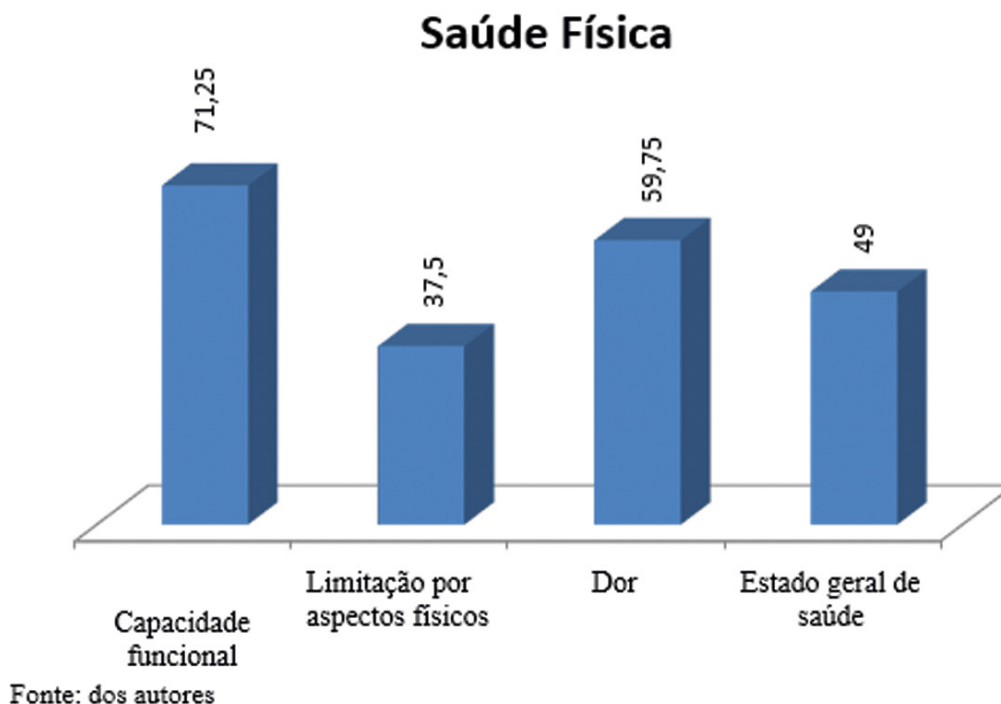
Componente	Escala / Domínio	Média (%)
Saúde Física	Capacidade funcional	71,25
	Limitação por aspectos físicos	37,5
	Dor	59,75
	Estado geral de saúde	49
Saúde Mental	Vitalidade	58,75
	Aspectos sociais	71,88
	Aspectos emocionais	58,3
	Saúde mental	66

Fonte: dos autores (2015).

Segundo os resultados apresentados no Gráfico 1, o SF-36 apresentou que a diálise manteve em 71,25% a capacidade funcional, limitando em 37,5% os aspectos físicos. Contudo, expôs ainda que 59,75% dos entrevistados sentem dor e o estado geral de saúde desses pacientes reduziu para 49%; ou seja, menos da

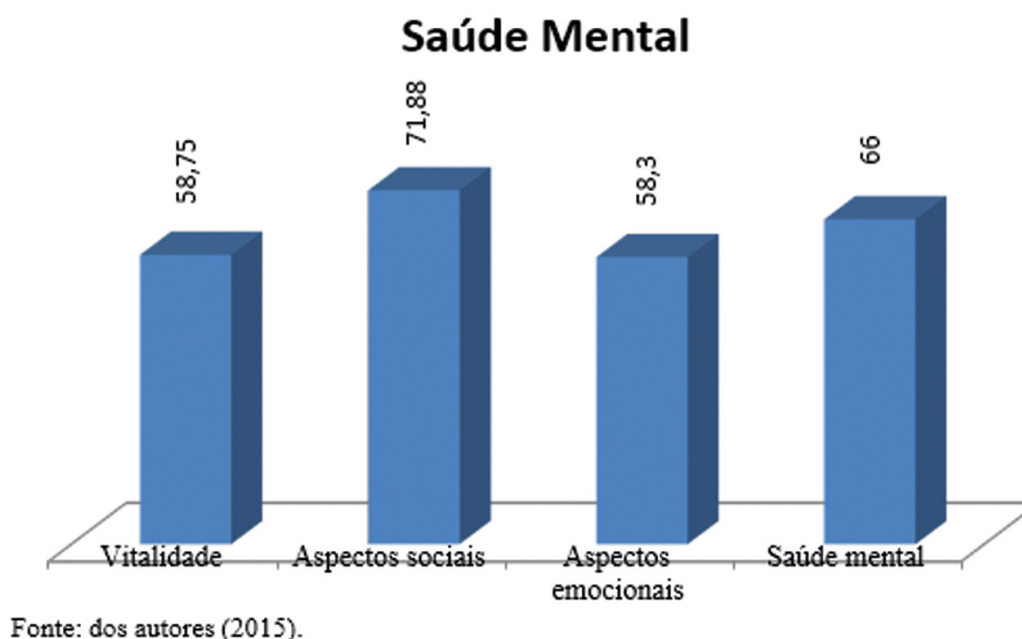
metade. O referido estudo desenvolvido dentro dessa população, relativo à saúde física, mostrou também que esses pacientes obtiveram uma redução na capacidade funcional de 28,75%, refletindo negativamente em seu estado geral de saúde, a partir do momento que foram submetidos ao tratamento hemodialítico.

Gráfico 1 – Resultados referentes ao componente Saúde Física



Ao analisar resultados apresentados no Gráfico 2, percebe-se que houve uma manutenção de 58,75% da vitalidade entre os pacientes de diálise – refletindo na redução de 41,25% nos aspectos relacionados à força vital, energia e entusiasmo. As atividades sociais com a família e os amigos se mantiveram em 71,88%, tendo comprometimento da interação social de 28,12%. As atividades de rotina por consequência dos aspectos emocionais foram conser-

vadas em 58,3% dos participantes, com diminuição de 41,70% dessas atividades, o que repercute no enfrentamento da doença. A percepção geral da saúde mental foi afetada em 66%, tendo uma limitação de 34% no equilíbrio emocional das exigências internas e externas. Portanto, observou-se que houve uma redução e comprometimento em todos os itens (domínios) do questionário, relacionados ao componente saúde mental.



Nesse âmbito, torna-se fundamental a perspectiva do indivíduo que avalia como vê e sente a interferência da doença na sua vida pessoal, familiar e profissional. É importante e necessário que o enfoque dos profissionais da área da saúde, atuantes neste serviço, não esteja centrado somente na doença, mas em todo o contexto social destas pessoas e seus aspectos psicológicos, integrando o paciente e seus familiares, bem como a maneira como eles percebem e lidam com sintomas e problemas decorrentes da doença e do tratamento. Essa atenção propiciará aos pacientes um tratamento voltado para a melhoria da QV, colocando-os inseridos num contexto sociocultural (Nifa, 2010).

Os dados do SF-36 mostram que o processo de diálise teve influências negativas na saúde física e mental dos pacientes, pois aspectos importantes para o bem-estar físico e emocional sofreram declínio, corroborando com outros estudos já realizados na área. Com isso, em meio a perdas da capacidade física e emocionais, pela vivência de muitas situações estressantes, o indivíduo não consegue administrar esses eventos. No que se refere à QV geral desses pacientes, traduzida através dos valores dos escores, deduz-se que os mesmos apresentam QV regular ou mesmo ruim, visto que os resultados apresentados não atendem ao ideal. Tem-se então, o que se considera um valor intermediário, demonstrando clara redução da QV de pacientes renais crônicos e demandando dos profissionais de saúde uma maior atenção.

Dessa forma, conclui-se que o tratamento da IRC com terapia substitutiva, mesmo aumentando o tempo de sobrevida do paciente, em geral, não reduz o impacto causado pela doença, afetando consi-

deravelmente a QV (Sousa et al. 2011). A QV, em casos de pacientes crônicos, está relacionada com aspectos do tratamento, como adesão, aceitação, suporte familiar recebido e orientações da equipe de saúde que o assiste. Mediante a avaliação dos pacientes, relacionados aos efeitos da doença e do tratamento sobre a sua vida diária e seu nível de satisfação e bem-estar, é possível obter um parâmetro seguro para a prática de atividades clínicas com maior impacto positivo na vida do renal crônico (Mendonça, 2007).

Os resultados apresentados pelo SF-36 levam à segunda etapa desse estudo, no qual foi realizada a aplicação de um questionário semiestruturado, para avaliação da opinião dos pacientes sobre a atuação do Psicólogo, que se apresenta como membro integrante da equipe assistencial, buscando auxiliar o paciente na adaptação ao tratamento e no resgate-manutenção da QV. Através dos resultados obtidos pelo SF-36, perceberam-se alterações na vida dos pacientes renais crônicos.

A análise dos dados evidenciou categorias que diz respeito a contribuições da atuação do Psicólogo para aceitação e adesão ao tratamento na clínica de hemodiálise; a importância das intervenções do Psicólogo durante as sessões de hemodiálise; a avaliação do serviço de Psicologia na unidade de hemodiálise; o suporte emocional que a Psicologia oferta à família; e a contribuição da Psicologia na melhoria da QV. Assim, foram organizadas categorias temáticas com indicadores/temas apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Contribuições, avaliações e suporte do serviço de Psicologia na Clínica de Hemodiálise

CATEGORIAS	PACIENTES	INDICADORES / TEMAS
Atuação do Psicólogo para adesão ao tratamento na Clínica de Hemodiálise	1	O acolhimento me deu força para prosseguir com o tratamento.
	2	Primeiro contato com o profissional não foi uma experiência muito boa. Falava coisas desnecessárias para o momento.
	3	Contribui sim. Ajuda a minimizar a ansiedade, fico mais tranquilo e confiante para conversar.
	4	Ajuda sim, e muito. As conversas, a escuta, os aconselhamentos nos auxiliam a enxergar, enfrentar e aderir o tratamento de outra forma.

CATEGORIAS	PACIENTES	INDICADORES / TEMAS
Importância das intervenções do Psicólogo nas sessões de Hemodiálise	1	Na atenção para expormos algum problema e conflito, eu confio muito no trabalho da Psicologia, são preparados para nos escutar e ajudar.
	2	Na clínica, são muitos pacientes para apenas um Psicólogo, então não sinto amparada.
	3	Sinto-me mais tranquilo e animado nas sessões.
	4	Acho importante, principalmente no início do tratamento de hemodiálise, para obter informações e nos acolhimentos.
Avaliação do serviço de Psicologia na Unidade de Hemodiálise	1	Já foi melhor, hoje falta atenção. Mudou muito de profissional na área da Psicologia, dificultando o vínculo.
	2	Não considero que tenham me ajudado durante o meu tratamento.
	3	O suporte que temos é muito importante e essencial na vida do renal crônico.
	4	É preciso inovar, fazer atividades dinâmicas, pinturas, musicoterapia, trazer palestras com informações sobre a IRC.
Suporte da Psicologia à Família	1	No início do meu tratamento, minha esposa teve ajuda, porém, hoje não tem mais nenhum amparo.
	2	Nunca deram nenhum suporte, somos somente eu e meu esposo nessa batalha, ficamos totalmente fragilizados.
	3	Acharia muito interessante ter, a família precisa de suporte porque adocece também, tudo é novo e muda toda a dinâmica familiar.
	4	Sentimos muita falta desse suporte, a família sofre mais que nós durante esse processo.
Contribuições da Psicologia na Qualidade de Vida	1	Nas orientações e atenção para o paciente expor suas dificuldades, ajudando na adesão e aceitação.
	2	Na escuta, porque, às vezes, não podemos falar com pessoas mais próximas e o profissional nos ajuda a ter uma melhor aderência ao tratamento.
	3	O diálogo, independente de ser sobre a doença, nos incentiva a continuar com o tratamento.
	4	As terapias, pois ficamos muito ansiosos, e o trabalho da Psicologia nos ajuda em relação à adesão e aceitação.

Fonte: dos autores (2015).

Com relação à categoria Atuação do Psicólogo para adesão na Clínica de Hemodiálise, a maioria dos pacientes relatou que o profissional é de muita importância no contexto e tratamento, sendo relevante a sua presença na clínica, contribuindo para melhora do quadro de saúde em geral. Para tanto, é necessária a intervenção no acolhimento e na ajuda ao enfrentamento e adesão, mudando a forma do paciente enxergar o tratamento. Quando o paciente vai para a hemodiálise, ele sofre algumas mudanças e se desestrutura emocionalmente e psicologicamente. Toda a dinâmica da sua vida é mudada; o trabalho, a família, e todo o seu contexto social.

Observou-se na realidade de pacientes portadores de IRC, a necessidade de pesquisas e intervenções direcionadas à avaliação e compreensão da diversidade de interpretações sobre o adoecimento, sendo fundamental a presença de um Psicólogo na equipe clínica da Hemodiálise. O atendimento da Psicologia auxilia a quebrar tabus e preconceitos, incentivando os indivíduos a desenvolverem capacidades, levando-as a verem a doença e o tratamento sob outras vertentes, promovendo atendimento integral e gerando mais QV aos pacientes (Resende et al., 2007).

Sobre a categoria Importância das Intervenções do Psicólogo nas sessões de Hemodiálise, alguns pacientes afirmaram ser de grande valia as intervenções durante as sessões, ressaltando que se sentem mais tranquilos, inclusive diminuindo a ansiedade. Relataram que esse profissional tem o dom da escuta e da palavra, que está preparado para ouvir as demandas oriundas dos problemas vinculados aos pacientes. Um dos entrevistados, porém, relatou que não avalia como importante o atendimento psicológico, pois sua frequência reduzida (devido ao grande número de pacientes e somente um psicólogo para atender toda a demanda) não promove o amparo desejado.

Nesse déficit, observa-se a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 154, de 15 de Junho de 2004 (Brasil, 2004), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise, que estabelece para cada serviço de diálise o mínimo de um Psicólogo, porém não define os critérios e limites de atendimento. Exige-se a presença do profissional nas unidades de hemodiálise, todavia não asseguram condições de trabalho adequadas, facultando a um único profissional a responsabilidade pelo atendimento de toda população em tratamento na unidade.

Santos and Vieira (2012) destacam que o campo da atuação e intervenção se amplia a cada nova demanda que aparece dentro do ambiente hospitalar, e o profissional esbarra em um ambiente não controlável, como na clínica. Pois além do paciente-terapeuta, há uma equipe inteira, a qual é preciso se integrar. Ademais, todo o trabalho está inserido em um contexto institucional, com seus objetivos característicos. Portanto, é trabalho do Psicólogo integrar-se a essa equipe, com uma nova especificidade, possibilitando uma visão mais ampla do indivíduo, não focalizada na doença e sim no paciente que está doente, além de contornar os problemas e dificuldades inerentes a cada instituição.

Referente à Avaliação do serviço de Psicologia na Unidade de Hemodiálise, os entrevistados fizeram algumas ponderações válidas, atentando-se para uma reflexão de como melhorar esse serviço. Os entrevistados relataram a dificuldade que tiveram em manter um vínculo com esse profissional, devido à alta rotatividade dos profissionais da área. Salientaram ainda, algumas estratégias diferenciadas, sobre inovação no atendimento, para que o paciente possa realmente ser integrado ao ambiente, ter uma visão mais positiva do tratamento, estando totalmente tranquilo para o processo de diálise. É referido também que o suporte psicológico é importante na vida deles. O Psicólogo se integra a essa equipe com um papel relevante e, muitas vezes, não percebe o quanto suas intervenções podem mudar a vida dos pacientes.

O ambiente hospitalar é adverso à atividade de psicoterapia, não impedindo que esse profissional encontre uma postura diferenciada e criativa, objetivando contornar dificuldades e obstáculos. É preciso reconhecer que o local de atendimento em Psicologia Hospitalar é onde o paciente está, e não a sala do Psicólogo, que muitas vezes não existe pela falta de espaço físico (Simonetti, 2011).

Com relação às respostas fornecidas pelos entrevistados ao Suporte da Psicologia à Família, os pacientes pontuaram que os familiares não recebem amparo psicológico necessário, mas que seria muito importante se o serviço de Psicologia pudesse acolher e trabalhar com eles, pois essa mudança na rotina afeta todo o contexto familiar. Há uma percepção de que o início do processo de diálise é muito traumático, tanto para o paciente quanto para os familiares. Nesse sentido, o trabalho do Psicólogo com a família pode minimizar o sofrimento e os impactos da diálise na estrutura do lar, uma vez que passam por um processo de

luto, assim como o paciente.

As famílias de paciente renal crônico sofrem alguns desajustes com relação à doença. Toda a dinâmica familiar é alterada, tendo em vista que o processo de hospitalização requer um suporte necessário para que o paciente esteja totalmente integrado ao tratamento. A equipe multiprofissional favorece a participação dos familiares, pois estes ficam desamparados, à medida que a doença e esse processo doloroso passam a fazer parte do dia a dia dessas pessoas. De acordo com Fernandes (2012), o suporte familiar, as competências de cada integrante da família, o nível de explicação e a qualidade do diálogo com a equipe de saúde, influenciam, de certa forma, no manejo da doença pelo paciente.

Segundo Ramos (2012), paciente-família é um binômio indivisível, e deve ser atendido e trabalhado no contexto hospitalar, levantando as implicações emocionais que um processo de hospitalização provoca no núcleo familiar e incluindo os familiares no processo de responsabilização pela QV e adesão. Para tanto, a família deve ser vista como um integrante da “equipe”, sendo incentivadora do paciente no esquema terapêutico, criando assim, as possibilidades de refinamento das informações sobre a doença com a qual convivem. Nesse contexto, as vivências, sentimentos e pensamentos podem ser compartilhados, facilitando todo o desenvolvimento do tratamento.

Concernente ao foco principal dessa investigação, o qual trata das Contribuições da Psicologia na Qualidade de Vida do paciente renal crônico, os participantes relataram que a atuação deste profissional tem eficácia na evolução de situações como: enfrentamento da doença, aceitação e adesão ao tratamento. Todos os entrevistados afirmaram que o Psicólogo pode ajudar, com orientações, durante o diálogo e principalmente na escuta, sendo a fala uma das maiores necessidades do paciente, e o ouvir uma dádiva desse profissional. Diante das respostas apresentadas pelos entrevistados, fortalecem-se os achados da literatura sobre a importância da atuação do Psicólogo com sujeitos em situação de adoecimento.

Com o objetivo de propiciar uma melhor QV ao paciente, o Psicólogo precisa estar, de forma genuína, envolvido com o doente, para que este sinta a confiança necessária para seguir o tratamento. A IRC, apesar de estagnar a vida do paciente dentro da circunstância da história de vida

e suas limitações, demonstra que o indivíduo, mesmo diante do sofrimento e da dor, não perde a capacidade de se abrir e decidir livremente acerca de suas possibilidades (Rezende, 2006).

Essa capacidade de manter uma atitude cooperativa frente às dificuldades da doença exige condições individuais de força interior. O paciente portador de IRC necessita que essa força seja estimulada por um ambiente de acolhimento compatível com suas expectativas, proporcionado tanto pelo Psicólogo como por toda equipe multidisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a contribuição de outros estudos sobre o tema QV, nos entendimentos adquiridos com a presente pesquisa, quanto às alterações físicas e de saúde mental ocasionadas aos pacientes pelo tratamento renal substitutivo e do Serviço da atuação da Psicologia na QV destes pacientes, observou-se a importância e possibilidades de atuação do Psicólogo Hospitalar.

Desse modo, constatou-se que o paciente submetido à hemodiálise terá uma melhora na QV quando for informado acerca de sua doença e tratamento, quando existir um sólido sistema de suporte familiar e bom suporte dos serviços de saúde, sendo oferecidas estratégias de reabilitação ao renal crônico, para que este seja capaz de levar uma vida ativa, produtiva e autossuficiente. O Psicólogo terá sua atuação pautada nestes aspectos, mediando o relacionamento do paciente com a equipe, facilitando seu processo de adaptação e aceitação do tratamento e auxiliando-o no desenvolvimento de recursos de enfrentamento para nova realidade.

Embora esta pesquisa tenha gerado dados relevantes, observa-se como possibilidade a expansão da amostra que, neste estudo, foi reduzida a quatro pacientes, devido ao limite de tempo e a característica da coleta de dados combinada (quantitativa e qualitativa), o que demandou maior cuidado na avaliação. Por se tratar de pacientes em hemodiálise, a coleta de dados foi feita no leito do paciente, que muitas vezes se encontrava indisposto ou diante de intervenções da equipe de Enfermagem e Médica, sendo necessário, muitas vezes, aguardar ou reagendar a abordagem.

Contudo, apesar da pequena amostra, observou-se relevância do tema dentro do contexto de atuação do Psicólogo Hospitalar, permitindo o desdobramento dos temas levantados e dos itens sinalizados pelo SF-36 como principais comprometedores da QV dos pacientes. Por meio deste

estudo, pode-se retomar a discussão acerca das limitações da atuação do Psicólogo em ambiente hospitalar, no que tange à falta de uma legislação específica, delimitando as condições da atuação a fim de resguardar o profissional, possibilitando assim, o bom exercício do seu trabalho.

Até o momento, a flexibilidade da atuação deste profissional é o que se faz possível e, a partir disso, pode-se pensar em outros modelos de intervenção que atenda a demanda ou que, pelo menos, se aproxime de um cenário ideal. Abordagens em grupos, grupos de familiares, algumas técnicas de relaxamento antes da sessão, dentre outras atividades, possibilitam o alcance de um maior número de pacientes e possíveis demandas em comum pelo profissional.

Sugere-se, como possibilidade de estudo posterior, os formatos de trabalho em grupo, possíveis de serem realizados em unidades de terapia renal substitutiva, considerando-se também, as possibilidades de intervenções realizadas na instituição, e de outros aspectos, como o tempo despendido pelos pacientes no tratamento e a dificuldade em comparecer a atividades fora deste horário estabelecido.

Tendo em vista a conclusão da referente pesquisa, a qual permitiu um amplo conhecimento aos pesquisadores, devido à inserção neste campo e à contribuição para um melhor atendimento aos pacientes, busca-se a consolidação e estruturação da Psicologia nesse cenário. Entretanto, adverte-se para a necessidade de uma maior dedicação na realização de novos estudos e investigações que abordem esta temática, visando aprimorar e consolidar tal prática, consistindo assim, numa excelente oportunidade para o engajamento de futuros profissionais nessa área.

REFERÊNCIAS

Angerami-Camon VA et al 2013. *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. 2ª ed. Revista e Ampliada, São Paulo: Cengage Learning.

Bardin L 1977. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Perso-na Edições.

Bastos MG, Kirsztajn GM 2011. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108.

Brasil 2004. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 154, de 15 de junho de 2004, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. ANVISA.

Cuker GM, Fragnani ECSF 2010. *As Dimensões Psicológicas da Doença renal crônica*. Monografia de Conclusão de Curso Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma-SC.

Dalfovo MS; Lana RA; Silveira A 2008. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*. Blume-nau, v. 2, n. 4, p. 01-13, Sem II.

Fernandes IIB; Vasconcelos KC; Silva LLL 2009. A análise da qualidade de vida segundo o questionário SF-36 nos funcionários da gerência de assistência nutricional (GAN) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade da Amazônia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Belém.

Ferreira PL; Anes EJ 2010. Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crônicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Rev. Port. Sau. Pub.*, Lisboa, v. 28, n. 1, p. 31-39.

Franco MLPB 2003. *Análise de conteúdo*. Brasília: Plano Editora.

Godoy MR; Neto GBa; Ribeiro EP 2006. Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no Brasil. Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Guedes KD; Guedes HM 2012. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. *Ciência & Saúde*, v. 5, n. 1, p. 48-53.

Junior JER 2004. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 1-3.

Martins CTB; Junior ER; Martins JPL 2010. *Diálise de A a Z*. São Paulo: Rcn.

Martins MRI; Cesarino CB 2005. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento

- hemodialítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676.
- Mendonça DP 2007. Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Tese de Doutorado. Goiás (GO): Universidade Católica de Goiás, 164 p.
- Minayo MCS; Hartz ZMA; Buss MN 2000. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 5, n. 1, p. 7-18. Acesso em: 03 dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>>.
- Nifa S; Rudnicki T 2010. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Revista da SBPH*, v. 13, n. 1, p. 64-75.
- Nogueira IDB et al 2010. Correlação entre qualidade de vida e capacidade funcional na insuficiência cardíaca. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 95, n. 2, p. 238-43.
- Ramos BL 2012. Participação da família junto ao paciente em tratamento dialítico. Recife: Ed. do Autor.
- Resende, MC et al 2007. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica*, v. 19, n. 2, p. 87-99.
- Rezende, MAZ 2006. Tentando compreender o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico a partir da fenomenologia existencial. Trabalho de conclusão de curso de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde: psicologia hospitalar. Pontifícia Universidade Católica-PUC, São Paulo.
- Santos LJ; Vieira MJ 2012. Atuação do psicólogo nos hospitais e nas maternidades do estado de Sergipe. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5.
- Simão GK 2012. O doente renal crônico sob a ótica de senex. In: BILOTTA, Fernanda Aprile; AMORIM, Sandra (Org.). *A Psicologia Junguiana entra no Hospital: diálogos entre corpo e psique*. São Paulo: Vetor, 2012.
- Simonetti A 2011. *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. 6ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sousa MNA; Sarmiento TC; Alchieri JC 2011. Estudo quantitativo sobre a qualidade de vida de pacientes hemodialíticos da Paraíba, Brasil. *Revista CES Psicologia*, v. 4, n. 2, p. 1-14.