

A ADESÃO DO PORTADOR DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO E A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA

RESUMO

O tratamento hemodialítico acarreta restrições físicas e psicossociais, comprometendo a qualidade de vida do paciente. Partindo dos aspectos que envolvem a doença, o tratamento e o impacto que estes exercem sobre os indivíduos, o presente estudo, contando com a contribuição da Psicologia enquanto ciência, teve como objetivo identificar os principais fatores que interferem na adesão do paciente, bem como, buscar estratégias para melhorá-la. Foi utilizado o método de levantamento bibliográfico de trabalhos escritos por outros autores de diferentes abordagens. Após leitura do material selecionado, somada à experiência profissional da autora do presente como psicóloga em unidade de diálise, foi possível concluir que para que o paciente possa ter uma boa adesão à hemodiálise, é necessário levar em consideração tanto os aspectos inerentes ao tratamento, quanto ter conhecimento da estrutura psíquica do indivíduo, observando sua capacidade de enfrentamento e adaptação às adversidades e a interação de sua rede de apoio, principalmente a família e a equipe técnica.

Palavras-chave: paciente, insuficiência renal crônica, adesão, tratamento hemodialítico

ABSTRACT

ADHERENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE TO HEMODIALYSIS TREATMENT AND PSYCHOLOGY CONTRIBUTION

The treatment of hemodialysis leads to physical and psychosocial restrictions, jeopardizing the quality of life of the patient. Within the aspects which evolve the disease and treatment and their impact on the individuals, the present study, counting on the contribution of Psychology as a science, was to identify the main

factors that interfere in the adherence of the patients, as well as, search for strategies to improve it. The method utilized was the bibliographic research of works developed by authors with different approaches. The present article was possible after reading the selected material, plus the professional experience of the author of the present as a psychologist at a dialysis unit. It was possible to conclude that, in order to get the compliance of the patient to the hemodialysis, it is necessary to take into consideration the inherent aspects of the treatment itself. Also it is essential to take knowledge of the psychic structure of the person, observing its capability of facing and adapting to adversities and the interaction of its support network, mainly the family and the technical team.

Keywords: Renal Insufficiency, Chronic; Renal Dialysis; Patient Compliance; Professional-Patient Relations; Psychology

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC), doença que tem aumentado mundialmente de forma epidêmica, consiste na perda progressiva e irreversível da função renal de tal maneira que, em suas fases avançadas, os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. Uma vez que se trata de uma doença crônica com elevada morbidade e mortalidade, na qual muitas vezes o doente permanece quase sem sintomas até que tenha perdido alta porcentagem de sua função renal, gera um impacto que altera e determina o rumo do processo de viver e estar em equilíbrio, de acordo com a capacidade e estratégias de enfrentamento utilizadas por cada pessoa¹⁻³.

Segundo Censo da SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia, aproximadamente 90% dos portadores de IRC em tratamento estão na modalidade hemodiálise⁴.

A condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e podem ocasionar problemas como: isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, limitações de locomoção e lazer, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da

imagem corporal e, ainda, um sentimento ambíguo entre o medo de viver e de morrer⁵.

Algumas vezes o próprio paciente não tem noção do quanto suas condutas interferem no seu tratamento. Entretanto, em muitas outras situações, é possível notar uma persistência em comportamentos inadequados e até autodestrutivos que comprometem diretamente sua qualidade de vida e implicam numa sobrevida menor. Em alguns casos, a própria equipe esgota seus recursos para levar o paciente a compreender o tratamento e mudar suas atitudes e cooperar, assumindo suas responsabilidades.

Este trabalho procurará contribuir para uma melhor compreensão dos diferentes aspectos que interferem na boa adesão ao tratamento por parte do portador de IRC em hemodiálise, oferecendo, a partir de então, estratégias para melhorá-la, incluindo neste cenário, o papel da psicologia.

O IMPACTO DA DOENÇA E DO TRATAMENTO

A experiência de receber o diagnóstico de doença renal crônica revela-se, em muitos casos, como um dos momentos mais difíceis para o paciente. São experimentados, entre outros sentimentos, a angústia diante do desconhecido e o medo frente à possibilidade de sofrimento e morte. Na hemodiálise, a morte e o temor a ela também estão presentes gerando no paciente um quadro de ansiedade, insegurança e certo desapego à vida, ou melhor, medo de lutar pela vida e ser traído pela morte⁶⁻⁸.

Assim, são perfeitamente previsíveis certas atitudes defensivas, sentimentos depressivos e um verdadeiro estado de luto diante da perda da saúde e da ilusão da onipotência.

A doença orgânica pode ser tomada pelo doente como punição do destino, servindo para a manutenção de certa dose de seu sofrimento. Ganhos com a doença também podem constituir verdadeiros obstáculos à recuperação do doente, caso esta condição seja vista por ele como algo que o autoriza a fugir do mundo e de suas obrigações sociais e profissionais, permitindo-lhe adotar atitudes de dependência e passividade⁹⁻¹².

Quando há falha no funcionamento do corpo, o sujeito mergulha numa série de buscas para recuperar a sua saúde. Para isto existem duas vias: a do

enfrentamento e a da evitação. De uma ou de outra forma, observa-se o comprometimento emocional e a necessidade de busca pelo equilíbrio perdido¹³⁻¹⁷.

O paciente em hemodiálise sofre mudanças de hábitos de vida, muitas vezes tendo que deixar de fazer o que lhe proporciona prazer. Enfrenta dificuldades ocupacionais com prejuízo do ganho financeiro, do interesse sexual, estigmatização, preconceito, eventuais dificuldades no relacionamento com o parceiro, alterações da imagem corporal e, conseqüentemente, queda da autoestima. Ocorre um empobrecimento da vida que pode ser tanto maior quanto mais longo for o período em tratamento¹⁸⁻²¹.

Considerando os aspectos psicológicos, estresse, enfrentamento, resiliência, fatores de risco e de proteção, podem ser destacados três períodos psicológicos distintos pelos quais o portador de IRC pode passar durante o tratamento de diálise: 1- consiste na fase de gratidão à hemodiálise pela melhora do estado clínico; 2- desânimo ao dar-se conta do estado crônico e da dependência da máquina, que se torna uma extensão de seu corpo e 3- período de adaptação e enfrentamento das limitações^{7,22,23}.

Tais limitações, bem como os demais aspectos do tratamento, consistem em importantes estressores para o paciente. Seu processo adaptativo dependerá do significado que cada um destes agentes estressores tem para o indivíduo, bem como das estratégias que utilizará para enfrentá-los²³⁻²⁴.

HEMODIÁLISE E ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS

Insegurança, angústia pelo medo de sofrer e de morrer e expectativa de melhorar, colocam o paciente diante de duas opções: o enfrentamento (postura biófila - adaptação eficaz) ou a autodestruição (postura necrófila - adaptação ineficaz). É frequente encontrar este segundo tipo de comportamento nos pacientes em hemodiálise²².

Um dos períodos mais difíceis para a maioria dos portadores de IRC é até o primeiro ano de hemodiálise, por exigir uma grande capacidade de adaptação às novas situações, resultando em uma maior prevalência de transtornos mentais. Tais transtornos mentais englobam desde quadros leves e transitórios, como a reação depressiva leve, até situações crônicas e incapacitantes, como a demência e a esquizofrenia. A depressão, quadro frequente desta população crônica, influencia de

forma negativa o modo como o paciente avalia a si mesmo e as situações da vida, causando um grande impacto em sua qualidade de vida^{22,25}.

Já após o primeiro ano de tratamento, os transtornos mentais mais frequentes são a depressão, o *delirium* e a demência. Após o transplante renal, que é bastante almejado e visto por muitos pacientes como uma salvação, a prevalência de transtornos mentais diminui com o passar dos anos. Além desses transtornos, o portador de IRC pode desenvolver também distúrbios relacionados ao uso de drogas e álcool, distúrbios de personalidade e, ocasionalmente, apresentar distúrbios psicóticos coexistentes. Dentre os transtornos mentais presentes, a depressão ocorre, em particular, naqueles que possuem maior incidência de complicações durante o tratamento dialítico (como náuseas, vômitos, cefaléia, prurido, infecção e obstrução do acesso vascular). A sequência de efeitos colaterais, sintomas e intercorrências levam, normalmente, às alterações emocionais em razão de sua característica estressora, que, por sua vez, aumentam a incidência das complicações físicas²⁶⁻²⁸.

A mortalidade por suicídio nos pacientes com IRC tem sido notada há séculos e é a mais grave complicação da depressão. Esses pacientes têm meios letais acessíveis como: sangramento, ingestão excessiva de potássio, abuso de líquidos e alimentos proibidos ou não comparecimento às sessões de diálise. Vale ressaltar que depressão não tratada é fator de risco para rejeição ou perda do transplante por não adesão com uso irregular de imunossupressor, perdas de consultas e peso corporal inadequado. A resposta imunológica, particularmente a imunidade celular, diminui durante a depressão, favorecendo o surgimento de infecções².

A equipe deve estar atenta para evidências diretas e indiretas de depressão, como discurso moroso e pouco modulado, movimentos lentos, desinteresse pelos hábitos sociais ou cuidados da casa, desejo de morte ou ideação suicida, culpa excessiva, humor deprimido por mais de duas semanas, anedonia (perda de interesse e prazer nas atividades diárias), sentimento de menos-valia, queixas de que o tratamento é muito sofrido, inútil e faltas às sessões de diálise².

Os transtornos psiquiátricos não devem ser considerados como uma consequência compreensível ou inevitável da doença renal crônica. A necessidade do tratamento se impõe pela óbvia melhora na qualidade de vida e pelo aumento da sobrevida. É preciso que tais transtornos sejam identificados para que o paciente possa ser encaminhado e devidamente tratado. O profissional psiquiatra, portanto,

exerce função primordial no tratamento do paciente que enfrenta o tratamento hemodialítico³.

ADESÃO AO TRATAMENTO

Adesão ou aderência em hemodiálise caracteriza-se por um complexo comportamental do indivíduo que realiza mudanças de estilo de vida de forma ativa e participativa nos três domínios: dieta, medicação e tratamento²⁹⁻³¹.

Antes de ser diagnosticado o problema da não-adesão ao tratamento, quando há ganho de peso interdialítico com níveis altos de potássio e fósforo, outras causas determinantes devem ser verificadas como: interações adversas de medicações, prescrição inadequada de vitamina D e fontes de hemorragia³¹.

A não-adesão ao tratamento pode afetar a incidência de enfermidade e mortalidade. Por exemplo, encurtar uma ou duas sessões de diálise em um mês não foi associado com maior mortalidade, entretanto, encurtar três ou mais sessões foi associado com um aumento de 20% na taxa de mortalidade³⁰.

A compreensão dos fatores envolvidos em tal problemática de não-adesão ao tratamento, bem como a construção de estratégias de intervenção, continuam sendo um desafio para as equipes que atuam em nefrologia.

MODOS DE AVALIAÇÃO DE ADESÃO

Podemos listar da seguinte forma os principais indicativos de que um paciente está aderindo inadequadamente ao tratamento³⁰⁻³⁴:

- Não aderir à dieta alimentar - percebido através de alteração nos exames laboratoriais. Apresentam um nível de potássio maior que 6.0 mEq/L, fósforo maior que 7.5 mg/dL;
- Não aderir à limitação hídrica - percebido através do ganho de peso interdialítico maior que 5.7% do peso corporal;
- Necessidade de diálise extra;
- Frequência ruim às sessões de diálise (faltas e/ou atrasos). Os pacientes não aderentes faltam a uma ou mais sessões por mês, diminuem uma ou mais sessões em mais de 10 minutos por mês;

- Má administração de medicação (percebida através da contagem de comprimidos e monitoramento do avião de receitas);
- Cuidado inadequado com o acesso (fístula, cateter);
- Autorrelato;
- Má resposta à terapêutica;
- Não comparecimento às consultas e exames agendados;
- Não obediência às regras da unidade;
- Comportamento reclamante insubstancial;
- Tratamento abusivo, desrespeitoso ou intimidador, verbal ou físico;
- Comportamento depressivo ou excessivamente ansioso.

FATORES QUE INTERFEREM NA ADEÇÃO

Embora o paciente seja o responsável pela sua adesão ao tratamento, existem inúmeros fatores que interferem direta ou indiretamente. O processo pode ser entendido como um trabalho conjunto com familiares, amigos, equipe de profissionais e a própria instituição de saúde.

FATORES RELACIONADOS AO PACIENTE

Listaremos a seguir alguns fatores intrínsecos ao indivíduo e que devem ser levados em consideração para compreensão da forma como o paciente lida com o tratamento^{14-16,30-32}.

- **Sexo**
O nível de adesão ao tratamento por parte das mulheres tende a ser maior, bem como seu autocuidado em geral, com idas mais frequentes ao médico e exames regulares.
- **Idade**
Em geral, quanto mais jovem, pior a adesão, em função da falta de maturidade.
- **Escolaridade**
Quanto menor o grau de instrução, maior a incidência de doenças e, principalmente, pior o nível de controle de doenças crônicas, que requerem bom entendimento, maior envolvimento e comprometimento para impedir complicações.
- **Nível sócio-econômico**

Quanto mais baixo o nível, maiores as barreiras encontradas nos cuidados com a saúde e na adoção de estilo de vida saudável, aumentando assim os fatores de risco.

- Cultura e Crenças

Dependendo da cultura na qual o indivíduo esteja inserido, a adoção de novos hábitos de vida com inúmeras limitações tornam o tratamento bastante complicado. Para um oriental, por exemplo, acostumado a ingerir grande quantidade de chá ao dia e durante as refeições, o controle hídrico é difícil. Assim como reduzir a ingestão de sopa, prato importante no cardápio oriental. O uso de *shoyu* (molho salgado de soja, de origem japonesa), fundamental na culinária oriental, é outro complicador pois contém alto nível de sódio, o que aumenta a sede, levando à ingestão maior de líquido e à maior dificuldade em reduzir o ganho de peso interdialítico.

É bastante comum vermos pacientes com menos de dois anos em programa de diálise ainda vivenciando a fase de negação da doença, buscando cura em terapias alternativas das mais diferentes: medicamentos à base de ervas indicados pela cultura popular, cromoterapia, aromaterapia, acupuntura, cirurgias espíritas, terapias de vidas passadas, dentre tantas outras existentes.

- Tipo de personalidade

Em seu desenvolvimento, a personalidade é influenciada pela expressão dos fatores biológicos e psicológicos. Observar o padrão de funcionamento do indivíduo e suas implicações em diferentes situações de vida pode ampliar a possibilidade de compreender as vicissitudes do paciente frente à adaptação em situação adversa e avaliar seu potencial de reorganização. O bem-estar psicológico pode estar relacionado a seis domínios: 1- autoaceitação - ter uma atitude positiva perante si próprio; 2- ter metas e objetivos que confirmem significado à vida; 3- estar apto a lidar com as exigências complexas da vida diária; 4- ter um sentido de desenvolvimento e crescimento pessoal contínuo e autorrealização; 5- possuir vínculos de afeto e confiança com os outros; 6- autonomia - estar apto a seguir suas próprias convicções.

- Benefícios secundários da doença

É possível que o indivíduo ao experienciar ser cuidado e receber afeto em função da condição de doente, sinta-se estimulado a permanecer numa postura passiva.

- Suporte familiar e social

Desde o diagnóstico de IRC, pacientes e familiares passam a vivenciar as exigências que o tratamento traz, usualmente evoluindo para um processo de desorganização que compromete a qualidade de vida de toda família.

O modo como as pessoas que fazem parte de sua rede familiar e social encaram a condição do doente e o apoio que oferecem na sua trajetória influenciam muito no valor que o indivíduo atribui a si próprio e à sua vida, interferindo sobremaneira no grau de assimilação e adesão ao tratamento.

- **Religião/Fé**

O suporte religioso e a fé dão a força necessária para a pessoa cuidar de si própria e não se sentir solitária na luta pela vida.

Outros aspectos importantes a serem levados em consideração:

- Hábitos de vida;
- Autoestima / Motivação / Vontade de viver;
- Capacidade de resiliência e de lidar com frustração;
- Problemas psiquiátricos;
- Prejuízo intelectual;
- Percepção dos benefícios do tratamento;
- Ausência de sintomas;
- Aspecto subjetivo da dor.

FATORES RELACIONADOS À DOENÇA E AO TRATAMENTO

É importante identificar os fatores mais estressantes inerentes à doença e ao tratamento para planejar um tratamento mais individualizado, proporcionando melhor adaptação do paciente ao regime terapêutico³⁶. Dentre eles podemos destacar:

- **Sistema de saúde**

Unidades com muitos pacientes em hemodiálise com equipe médica e de atendimento reduzida dificultam a comunicação e a atenção dedicada ao paciente, que quando recebe uma atenção individualizada tem sua adesão melhorada³⁰.

- **Característica muitas vezes assintomática da doença**

Complicador tanto para o diagnóstico, por apresentar-se tardiamente, quanto para obter o real comprometimento do paciente em tomar os cuidados necessários e ser ativo em seu tratamento³⁰.

- Aspecto crônico da doença

É um grande desmotivador para o paciente. Aderir a um tratamento com tempo curto ou determinado é completamente diferente de aderir a um tratamento que pode ser para o resto da vida do doente. Mesmo aquela pessoa mais aderente tende a vivenciar episódios de recaída pelo cansaço com o longo tempo do tratamento imposto para manter-se viva³⁰.

- Tratamento com restrições rigorosas e perda de autonomia

Tais como: restrições alimentares e hídricas, longo tempo de sessão, tempo e dificuldade de deslocamento até a clínica, sensação de mal-estar durante e pós-diálise, limitação profissional e de formas de lazer¹⁴.

- Elevado número de medicamentos

O paciente precisa lidar com várias doses diárias, efeitos colaterais e muitas vezes tem dificuldades de acesso à medicação³⁷.

- Relacionamento com a equipe

É necessário que a equipe de saúde possua sólidos conhecimentos técnico-científicos e estabeleça com o paciente um relacionamento fundamentado em confiança e compreensão³⁸.

A presença de uma equipe multiprofissional é de extrema importância para dar apoio ao paciente e familiares nos diferentes aspectos inerentes ao tratamento e à doença.

Aqueles que não aderem adequadamente ao tratamento podem estar enfrentando dificuldades importantes de comunicação com a equipe, que consiste um importante elemento da rede de apoio, pois é a equipe que mantém no cotidiano a motivação e a orientação de condutas¹⁸⁻³¹⁻³⁹.

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADESÃO

É importante que haja uma terapêutica que vise a melhoria da qualidade de vida dos portadores de IRC para ampliar suas condições de adaptação, de modo que a permanência no tratamento dialítico seja mais do que a extensão cronológica da sua vida. Desta forma, podemos listar a seguir as principais estratégias a serem empregadas no intuito de melhorar a adesão do paciente à hemodiálise^{16,20,30,32,40-45}:

- Estabelecer objetivos junto com o paciente;
- Estabelecer contrato com direitos e deveres;

- Considerar crenças, cultura e hábitos do paciente;
- Incentivar atividades para alívio do estresse

É importante que o paciente amplie suas atividades para alívio do estresse da rotina da vida diária, não se limitando a viver em função da doença e do tratamento;

- Convocar a família

O apoio de familiares e amigos proporciona força e coragem para uma atitude realista e firme frente à situação adversa. A sensação de não estar sozinho, de sentir-se apoiado por pessoas que fazem parte de seu mundo é essencial para que consiga enfrentar essa dura batalha. Interagir com a família é importante para entender melhor o paciente, pensar as possibilidades em conjunto e mostrar a importância do envolvimento e participação do cuidador/responsável;

- Flexibilidade da equipe na adoção de estratégias;
- Tolerância a pequenas reduções do tempo das sessões

Como provedores de tratamento dialítico, as clínicas de hemodiálise não podem perdoar diminuição crônica do tratamento. Entretanto, poderiam ser menos críticas em relação aos pedidos ocasionais de diminuição de sessão. Encurtar ocasionalmente as sessões (menos de três por mês) pode dar aos pacientes uma sensação de autonomia e maior controle sobre seu próprio corpo;

- Medicamentos com menos efeitos indesejáveis;
- Medicamentos com menor custo;
- Associação fixa de drogas e comodidade posológica;

Dentro do possível, diminuir a complexidade do regime de medicação usando dosagem uma vez ao dia e medicamentos com ação duradoura;

- Dar dicas dentro da rotina diária do paciente para ajudá-lo a aderir às doses de medicamento e às outras limitações;
- Questionar a respeito de circunstâncias específicas sob as quais pacientes deixam de tomar os remédios, distinguindo lapsos intencionais de despropositais, e perguntar-lhes de um jeito não julgador sobre a motivação para seu comportamento;
- Buscar compreender e não julgar;
- Mostrar ao paciente as vantagens em assumir as condutas determinadas. As estratégias para melhorar a adesão têm pouco valor se o paciente não entender e concordar que o que foi prescrito vale a pena;

- Dar retorno contínuo ao paciente sobre suas ações e como estão influenciando nos benefícios que estão tirando ou não do tratamento;
- Informar o paciente frequentemente sobre o resultado de seus exames, para que este possa acompanhar e ter clareza de seu estado clínico ;
- Reforçar comportamentos e resultados desejáveis;
- Investigar a existência de transtornos psiquiátricos;
- Combinação terapêutica (encaminhamentos necessários);
- Prescrição e orientações por escrito;
- Envolvimento interdisciplinar: médicos, equipe de enfermagem, nutricionista, assistente social e psicólogo para entender, acolher e orientar o paciente;
- Fixação da equipe de atendimento;
- Estabelecimento de vínculo com o paciente;
- Melhora na comunicação e no relacionamento com a equipe

A qualidade do relacionamento com a equipe é fator determinante na adesão. A equipe pode desenvolver um relacionamento forte de apoio com o paciente, identificar barreiras e oferecer um cuidado humanizado. É fundamental o aprimoramento da capacidade de ouvir as queixas e encontrar, junto com o paciente, estratégias que facilitem a compreensão da doença e das modificações que deverá efetuar em seus hábitos de vida. O uso de uma linguagem acessível previne complicações e não-adesão. Não basta dizer o que não pode ser feito sem que isto seja devidamente explicado, numa linguagem simples;

- Ênfase na relação médico-paciente

A importância da relação médico-paciente para uma boa adesão ao tratamento é tamanha que chega a ser mencionada por alguns autores como um "medicamento";

- Convocar os faltosos, desistentes;
- Manter um programa de educação contínua para pacientes;
- Cartilhas com regras e orientações;
- Folhetos educativos, cartazes;
- Atividades durante as sessões

Atividades lúdico-educativas junto aos pacientes durante as sessões de diálise, incluindo festas em dias comemorativos, tendem a diminuir as queixas de dor, as intercorrências diversas e a ansiedade. Levam também a uma maior

interação paciente-equipe, maior tolerância à duração da sessão e, por fim, melhor aceitação do tratamento como um todo;

- Troca de experiência com os outros pacientes

A pessoa portadora de uma patologia crônica necessita compartilhar este enfrentamento com sua família e com outras pessoas próximas. A sensação de não estar sozinho e de sentir-se apoiado por pessoas que fazem parte do seu mundo forma um vínculo de apoio entre os próprios pacientes, cuja doença os identifica como uma família, pois sensibilizam-se com o sofrimento e os conflitos vivenciados pelos seus iguais;

- Grupos de apoio

É comum e recomendável que as unidades de tratamento de pacientes crônicos tenham este serviço, envolvendo a equipe multidisciplinar (psicólogo, assistente social e nutricionista). Estes grupos permitem aos pacientes expressarem suas dúvidas, medos e angústias, trocar experiências, compartilhar dificuldades, elaborar e interiorizar tanto suas próprias vivências quanto as dos outros, criando soluções e aumentando a responsabilidade pelo próprio corpo. Esta prática tem um grande efeito principalmente para aquele paciente que inicia o tratamento ou aquele com uma adesão ruim;

- O papel da religião

A crença religiosa pode representar um recurso que atua como coadjuvante durante o tratamento. A fé em um ser superior tem suma importância como fonte de esperança e força para o enfrentamento das situações difíceis e conformação diante dos fatos que não podem ser modificados. Alguns pacientes, principalmente no início do tratamento, rompem com atividades e atitudes anteriormente importantes e presentes no seu dia-a-dia, algumas vezes até mesmo pelo sentimento de revolta. A equipe, principalmente o psicólogo, pode ajudá-los a reatar, dentro do possível, com aquilo que possa lhe ser fonte de algum prazer e esperança;

- Algumas comodidades na unidade de diálise

que proporcionem mais conforto e restabeleça um pouco da autonomia do paciente, através de tecnologia disponível. Servem para minimizar o sofrimento do paciente, pois aliviam as sessões de diálise que costumam ser cansativas, conferindo-lhe melhor qualidade de vida;

- Melhora nas políticas públicas

O apoio do governo, proporcionando alguns benefícios, também pode minorar o sofrimento, já que a problemática social, a pobreza e a carência de um bom sistema público de saúde dificultam ainda mais o lidar com a doença.

- Treinamento e cuidados com a equipe

A equipe de saúde é parte fundamental e integrante na assistência ao paciente. Porém, nem sempre está preparada para cumprir adequadamente sua função. É muito importante que os profissionais atuantes na área da saúde se conscientizem de que o homem é muito mais do que uma entidade biológica, e assim, reflitam e mudem sua forma de conceber o doente crônico.

Outra questão é a do stress que estes profissionais enfrentam por lidarem com pacientes fora de recursos de cura e próximos da terminalidade, num tratamento que às vezes se estende por vários anos, e que desperta um conjunto de reações emocionais tanto no paciente quanto na equipe. Em nefrologia, esse estresse torna-se exacerbado, uma vez que os vínculos construídos entre paciente, equipe e familiares são estreitos.

Não é raro a equipe reagir utilizando mecanismos de identificação com preocupação excessiva em relação aos problemas dos pacientes, assumindo uma postura maternal em que se “adota” determinado paciente. Contrariamente, a equipe pode demonstrar irritação e rejeição dirigidas ao paciente que não colabora, visto que é este quem coloca em cheque sua onipotência. Ou ainda, pode tratá-lo com indiferença ou “frieza”, que é uma defesa do profissional contra a própria desesperança e desânimo. Assim, é importante que haja um trabalho junto à equipe para alívio de angústia e orientação para melhor compreensão dos aspectos que afetam os pacientes;

PACIENTES DIFÍCEIS

“São aqueles pacientes que chegam comumente atrasados às sessões, atrasando a entrada do paciente do próximo turno, que tem comportamentos abusivos e intimidadores, verbais ou físicos, tanto com outros pacientes quanto com a equipe, colocando algumas vezes em risco a segurança da unidade. Também são pacientes que insistem em burlar regras estabelecidas na clínica, como não comer durante a sessão de diálise.”³³

Alguns aspectos a serem observados ao lidar com pacientes considerados difíceis, segundo esse conceito³³:

- O medo da morte, da perda de controle sobre suas vidas, depressão e alto nível de ansiedade podem gerar comportamentos inadequados;
- Desordens psiquiátricas requerem acompanhamento especializado;
- Comportamentos que colocam em risco não somente o próprio paciente mas como outros e a equipe não podem comprometer o serviço, por uma questão de segurança;
- Por uma questão de justiça, os direitos dos pacientes devem ser equilibrados;
- Cartilha com a política da clínica pode ajudar a gerenciar pacientes desafiadores;
- Treinamento adequado aos funcionários;
- Conversar com os pacientes para entendê-los e orientá-los, lidando com seus sentimentos;
- Compreender seus motivos e estabelecer negociações;
- Reuniões em grupo com pacientes;
- Mudar paciente de lugar;
- Mudar paciente de turno;
- Mudança de clínica.

O PAPEL DO PSICÓLOGO NA HEMODIÁLISE

O trabalho do psicólogo na hemodiálise constitui uma ferramenta imprescindível tanto na reestruturação psíquica do paciente como na manutenção do tratamento, auxiliando-o a encarar sua condição numa outra perspectiva, ativando estratégias de enfrentamento que resgatem o bem-estar e promovam melhor qualidade de vida, descobrindo possibilidades na adversidade^{31,35}.

O psicólogo numa unidade de diálise tem como competência trabalhar na promoção das relações entre paciente/ doença/ equipe/ família/ acompanhante, uma vez que seu foco deve estar nos canais onde haja sofrimento em função do adoecer e do tratamento.

Tendo a Psicologia Hospitalar como ramo da ciência que vai nortear a atuação do profissional psicólogo numa unidade de diálise, vale ressaltar que se trata de uma especificidade da ciência Psicologia que se diferencia das demais por pretender, principalmente, humanizar a prática dos profissionais de saúde dentro do contexto hospitalar. Humanização pode ser entendida como compreender e lidar com o outro respeitando sua subjetividade, individualidade e cidadania, levando

sempre em consideração os aspectos que envolvem tratar o indivíduo como um ser humano que pensa e sente à sua própria maneira, valorizando-o, e assim, ter sempre em vista que cada um requer um olhar e um tratamento especial, o que o tira da condição de mero objeto. Mas para tanto, há que haver um olhar diferenciado também para o profissional de saúde⁷⁻⁴⁰.

Podemos estabelecer a seguir os principais objetivos do psicólogo inserido numa unidade de diálise:

- Auxiliar a minimizar o sofrimento psíquico dos portadores de IRC e de seus familiares, fornecendo acolhimento e orientação psicológica para melhorar sua qualidade de vida;
- Colaborar com os pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento;
- Auxiliar a pensar possibilidades para diminuir o desgaste emocional e a angústia durante as sessões de diálise;
- Colaborar em situações de pré-transplante que despertem no paciente e/ou no doador uma dinâmica emocional de estresse ou angústia;
- Acompanhar pacientes, familiares e até mesmo equipe nos momentos mais difíceis dos doentes (hospitalização, perdas, morte anunciada, luto);
- Detectar, intervir e encaminhar casos psiquiátricos;
- Atuar na instituição no sentido de humanizar o atendimento;
- Facilitar um canal de comunicação entre paciente e equipe;
- Ajudar a pensar através da problematização das situações apresentadas a fim de colaborar com a equipe para sua compreensão;
- Atuar de forma interdisciplinar, compartilhando informação, interagindo constantemente com outros profissionais da equipe, visando discussão de casos clínicos para aprimoramento do atendimento oferecido ao paciente;
- Fornecer apoio e orientação psicológica à equipe no tocante ao relacionamento com pacientes e suas dinâmicas, bem como em relação às limitações dos profissionais face à doença e à morte;

A fim de atingir seus objetivos, o psicólogo pode utilizar técnicas grupais, e assim:

- Promover grupos de apoio para discussão e trocas de experiências entre pacientes e familiares, criando um espaço para esclarecimento de dúvidas e compartilhamento de angústias;

- Promover grupos com funcionários para troca de experiência e expressão de ideias e sentimentos relacionados ao trabalho direto com os pacientes e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que a questão da adesão ao tratamento hemodialítico está associada ao fato do indivíduo assumir sua condição crônica, no sentido de aceitá-la como parte da própria pessoa e na tentativa de conviver, cotidiana e harmonicamente, com sua condição de saúde. Portanto, uma das grandes dificuldades consiste na capacidade de adaptação do indivíduo à nova realidade.

Foi possível perceber que a rede de apoio tem papel extremamente importante, influenciando diretamente na relação do paciente com a doença e o tratamento, uma vez que eles vivenciam uma brusca mudança no seu modo de viver, enfrentando limitações, tratamento doloroso e pensamentos sobre morte, muitas vezes não conseguindo sozinhos encontrar forças para superar.

O apoio da família, seu envolvimento e participação interferem diretamente na motivação do paciente para lutar pela vida e encarar melhor os desafios que terá que enfrentar.

Um relacionamento melhor entre pacientes e equipe de saúde e entre os próprios pacientes também pode auxiliar, e muito, na aceitação da doença, na adesão ao tratamento e, principalmente, na melhora do ambiente ao qual todos estão expostos.

O psicólogo exerce função importante nesse contexto, trabalhando tanto junto aos pacientes e familiares quanto à equipe. Porém, por se tratar de uma área relativamente nova de atuação, cabe a este profissional investigar possibilidades e conquistar espaço, respeitando as normas e cultura do serviço.

Esperamos que este estudo contribua para que o universo do portador de IRC possa ser melhor compreendido e que medidas possam ser adotadas para que essas pessoas consigam fortalecer sua capacidade de enfrentar a nova realidade a que são submetidas desde o momento que recebem o diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romão Júnior, JE. *Insuficiência renal crônica*. In: Cruz J, Praxedes JN, Cruz HMM. Nefrologia. São Paulo: Savier; 1994. p. 187-200.
2. Meleiro, MAS. *Doença renal e depressão: a visão do psiquiatra*. Comorbidades insuficiência renal e depressão. Torrentonline 2010. p. 5.
3. Santello, JL. *Doença renal e depressão: a visão do clínico e do nefrologista*. Comorbidades insuficiência renal e depressão. Torrentonline 2010. p. 1.
4. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo 2008. Disponível em http://www.sbn.org.br/censos/censos_anteriores/censo_2008.pdf.
5. Machado, LRC. *A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: entre o inevitável e o casual* [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
6. Silva, VCE. *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
7. Camon, VA. (org.). *Novos rumos da psicologia da saúde*, São Paulo: Pioneira; 2002.
8. Monteiro, CP; Queiroz, EF. *A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental*. Disponível em: <<http://www.sicelo.br/scielo>>.
9. Freud, S. *Os Instintos e suas vicissitudes*. In: Obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV 1980[1915].
10. _____. *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*. Ibidem, v. XVII 1919[1918].
11. _____. *Esboço de psicanálise*. Ibidem, v. XXIII, 1940[1938].
12. _____. *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. Ibidem, v. XIV 1916[1915].
13. Remen, RN. *O paciente como ser humano*. São Paulo, Summus; 1993.
14. Gualda, DMR. *Humanização do processo de cuidar*. In: Cianciarullo TI, Fugulin FMT, Andreoni S. A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. C e Q. São Paulo: Ícone; 1998. p. 23-30.
15. Marinho, RF; Santos, NO; Pedrosa, AF; De Lucia, MCS. *Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em portadores de insuficiência renal crônica*. In: Psicologia hospitalar. São Paulo; ago. 2005, 3(2).
16. Oliveira, AGC. *Convivendo com a doença crônica da criança: a experiência da família*. [tese de doutorado] São Paulo (SP): Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 1994.
17. Lévy, P. *O que é o virtual?* São Paulo, Editora 34; 1996.
18. Miranda, EM; Krollmann, MAO & Silva, CA. *Perfil psicológico do portador de insuficiência renal crônica*. Jornal Brasileiro de Nefrologia; 1993, 15 (3):85-91.
19. Carreira, L; Marcon, SS. *Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares*. Rev latino-Am enfermagem; 2003 Nov/Dec;11(6):823-31.
20. Pereira, LP; Guedes, MVC. *Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico*. Cogitare enferm; 2009, Out/Dez, 14(4):689-95.
21. Gomes, CMA. *Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise*. Rev méd. Minas Gerais; 1997, 7(2/4):60-3.
22. Rosa, DP; Nogueira, WP. *Reações emocionais de pacientes submetidos à hemodiálise*. Revista Brasileira de Medicina; 1990, 47(8):365-370.
23. Trentini, M; Silva, DGV, Leiman, AH. *Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde*. Rev Gaúcha Enferm; 1990 jan/mar,11(1):18-28.
24. Trentini, M; Silva DGV. *Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável*. Texto & Contexto Enferm; 1992,1(2):76-88.
25. Rijken, M; Kerkhof, M; Dekker, J; Schellevis, FG. *Comorbidity of chronic diseases: Effects of disease pairs on physical and mental functioning*. Quality of Life Research; 2005, 14(1):45-55.
26. Almeida, AM. *Revisão: A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica*. Jornal Brasileiro de Nefrologia; 2003, 25(4):209-214.
27. Almeida, AM; Meleiro, AMAS. *Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão*. Jornal Brasileiro de Nefrologia; 2000, 22(1):192-200.
28. Lima, AFC; Gualda, DMR. *O significado da hemodiálise para o portador de insuficiência renal crônica: utilização de um modelo para a interpretação de dados de pesquisa qualitativa*. Rev Paul Enf; 2000, 209(2):17-25.
29. Horwitz, RI; Horwitz SM. *Adherence to treatment and health outcomes*. Arch Intern Med; 1993,153:1863-8.
30. Kammerer, J et al. *Adherence in patients on dialysis: strategies for success*. Nephrology Nursing Journal; set./out.2007, 34(5).

31. Thomas, CV; Alchieri, JC. *Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise*. Aval psicol; jun.2005, 4(1):57-64.
32. Pierin, AMG. *Adesão ao tratamento e a doença renal crônica*. XV Congresso Paulista de Nefrologia. Campos do Jordão; 2009.
33. Moss, AH; Alvin, H. *Treating difficult or disruptive dialysis patients: practical strategies based on ethical principles*. Disponível em www.nature.com/clinicalpractice/neph. USA. Publicado em 8 julho, 2008.
34. Barros, E. (org.). *Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento*. Porto Alegre (RS): Artmed; 1999.
35. Resende, MC et al. *Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico*. Psicologia Clínica; dez 2007, 19(2).
36. Bertolin, DC; Pace, AE; Kusumota, L; Ribeiro, RCHM. *Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura*, Acta paul enferm; 2008. 21. In Scielo Brasil.
37. Castro, MCM et al. *Determinantes da não-adesão medicamentosa nos pacientes em hemodiálise*. Jornal Brasileiro de Nefrologia; 2009, 31(2):89-95.
38. Zanella, E; Dyniewicz, AM; Kobus, LSG. *Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa*. Rev Eletrônica de Enferm; 2004, 6(2):199-212.
39. Canziani, ME. *Orientação ao paciente em diálise - convivendo com a diálise*; 2001. São Paulo: UNIFESP-EPM.
40. Fayer, AAM; Nascimento, RA; Abdulkader, RCRM. *Humanização do atendimento em nefrologia*. Atualidades em Nefrologia 10; 2008, 10(2):10-15.
41. Diniz, DP; Schor, N. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar Unifesp escola paulista de medicina - qualidade de vida*; 2006. Barueri (SP): Manole.
42. Queiroz, MVO et al. *Tecnologia do cuidado ao portador de insuficiência renal crônica: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos*. Universidade Federal de Santa Catarina; 2008. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71417106.pdf>.
43. Ford, JM; Kaserman, DL. *Suicide as an indicator of quality of life: evidence from dialysis patients*. Contemporary Economic Policy; 2000, 18 (4):440-448.
44. Minayo, MCS. *Representações da cura no catolicismo popular*. In: Alves PC, Minayo MCS. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.57-71.
45. Jornal Folha de São Paulo. São Paulo, p. 4; 13 jul 2000.