VIVÊNCIAS DE PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

AUTORA: GRACIELE DOTTO CASTRO[1]
E-mail: gracidotto@yahoo.com.br
ORIENTADORA: ANA CRISTINA GARCIA DIAS[2]

1. RESUMO: Este estudo investigou as vivências e representações dos pacientes renais crônicos do Ambulatório de Uremia do Hospital Universitário de Santa Maria-RS (HUSM), frente a sua situação de doença. Foram realizadas nove entrevistas individuais, que buscaram compreender as opiniões, sentimentos e representações dos pacientes em relação a sua doença. Os dados coletados foram submetidos à análise fenomenológica, conforme proposta de Forghiere (2001). Oito temas descreveram a experiência desses pacientes (1. Diagnósticos: vivências e sentimentos; 2. A representação sobre a etiologia da DRC; .3 O que é ser portador de uma DRC; 4. Alterações na vida do paciente renal crônico – percepção e sentimentos; 5. Expectativas, sentimentos e formas de enfrentamento do paciente frente ao tratamento; 6. Como as pessoas percebem a DRC e seu tratamento; 7 Prognóstico – vivência, expectativa e sentimentos; 8 Ambulatório de Uremia – representação na vida de seus pacientes), essa estrutura temática é uma aproximação da experiência desses pacientes.
Observa-se que essa doença gera diversas mudanças e perdas significativas na vida dos pacientes, ocasionando importantes rupturas nos vínculos familiares e sociais. O processo de dar significado ao fato de ser portador de uma doença renal crônica é longo e passa por fases. Cada etapa da enfermidade demanda do portador a reconstrução das práticas e dos sentidos associados à doença, além do desenvolvimento de novas estratégias para lidar com a proximidade da morte.
Palavras-chave: ambulatório; aspectos psicológicos; doença renal crônica, vivências, saúde.

2. INTRODUÇÃO

Juntamente com o aumento do número de pacientes com doença renal crônica (DRC), cresce o número de estudos nessa temática. Na área da psicologia, também, há estudos, no entanto, a maioria das pesquisas é voltada aos pacientes que se encontram na fase terminal de insuficiência renal crônica (IRC). Esses pacientes necessitam fazer tratamento dialítico (Diálise Peritoneal ou Hemodiálise), ou um transplante de rins para poderem manter o controle interno do organismo. Poucas são as pesquisas que abordam os pacientes renais crônicos que ainda não precisam de depuração artificial do sangue ou de transplante renal, conforme explica Romão Junior (2004).

Tendo em vista esse contexto, optou-se pela realização de um trabalho que visasse delinear alguns aspectos da vida dos pacientes renais crônicos (as vivências, as representações e as formas de enfrentamento) nas fases iniciais da doença. A idéia foi trabalhar com os pacientes que tiveram a lesão renal (a qual deu origem à DRC), causada

[1] Psicóloga e mestranda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Santa Maria
[2] Prof.ª DRª. da Universidade Federal de Santa Maria

pelo diabetes mellitus ou pela hipertensão arterial sistêmica, devido a sua significativa incidência na população de acordo com definição do Ministério da Saúde (2007).

Um dos principais dilemas com que os pacientes renais se deparam é com a dificuldade em lidar com seu problema de saúde, pois estes possuem diferentes representações do que se constitui a doença e dos cuidados associados a ela. De fato, o processo de adoecer estabelece novos parâmetros na vida e introduz uma nova realidade ao indivíduo – a de ser um doente. O indivíduo, ao se deparar com a doença, redimensiona tudo o que era por ele vivido anteriormente. Nesse sentido, a doença e o tratamento podem levar o doente a um processo de revisão de si, de suas relações e de sua própria vida.

Segundo Camon (2003) esse processo é difícil e complexo, de forma que a situação de doença ameaça o senso de integridade do doente, ou seja, há uma alteração corporal que implica em modificações na identidade pessoal. Essas são situações que acarretam desordens emocionais. É importante ressaltar que, a qualidade de vida do paciente com uma doença, ou com IRC, passa a ser tão importante quanto o seu tempo de sobrevida, o que pressupõe uma modalidade de amparo global ao paciente, e a sua família, assim como a formação de profissionais de Saúde envolvidos no atendimento dessa demanda.

Beck (1997) compreende que mais que os eventos em si, são as representações que os indivíduos possuem desses eventos que afetam e orientam a maneira como irão responder, afetiva e comportamentalmente, aos acontecimentos. Assim, investigar como os pacientes renais crônicos representam suas experiências de diagnóstico e tratamento da doença pode auxiliar a compreender sua dinâmica, especialmente no que se refere a não adesão aos tratamentos propostos pela equipe de saúde.

O presente estudo buscou compreender como pacientes renais do Ambulatório de Uremia do HUSM vivenciam esse processo de adoecimento que gera inúmeras transformações nas suas vidas. Mais especificamente, o interesse deste trabalho centrou-se na compreensão das representações que os pacientes renais possuem do momento do diagnóstico e de seu tratamento. Pretendeu-se, ainda, investigar as estratégias utilizadas por estes pacientes para lidar com essa nova situação existencial – a de ser portador de uma doença renal, pois se acredita que muitos cuidados indicados pela equipe de saúde podem não estar sendo adotados devido a atitudes de negação frente ao quadro da doença ou a atribuições causais da mesma.

2. A DOENÇA E O ADOECER

2. 1 A doença renal crônica (DRC)

Segundo Romão Junior[3] (2004), a doença renal é caracterizada por uma perda progressiva, e irreversível, da função glomerular, tubular e endócrina dos rins. Na sua fase mais avançada, denominada de fase terminal IRC, os rins não conseguem mais realizar sua função de manter a normalidade interna do paciente. Para efeitos clínicos, conceituais, didáticos e epidemiológicos, a DRC é dividida em seis estágios funcionais, correspondentes ao grau da função renal do paciente, são eles: a) Fase de função renal normal sem lesão renal; b) Fase de lesão com função renal normal; c) Fase de insuficiência renal funcional ou leve; d) Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada; e) Fase de insuficiência renal clínica ou severa; f) Fase terminal IRC – o paciente encontra-se intensamente sintomático.

[3] As diretrizes sobre Doença Renal Crônica (DRC) descritas por Romão Junior (2004) são as adotadas pela Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal.

O Programa do Hiperdia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) informa que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, como o agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. Atualmente, a estimativa, segundo o IBGE, no Brasil, do número de portadores de diabetes mellitus é de 5.653.785 e de portadores de hipertensão arterial de 16.943.059.

Para Romão Junior (2004), os pacientes pertencentes ao grupo de risco elevado para a IRC são, principalmente, os com diabetes mellitus, hipertensão arterial e histórica familiar da doença. Esses pacientes devem fazer exames a fim de investigar a presença de lesão renal e para estimar o nível de função renal (NFR) a cada ano. No Brasil, o número de pacientes em programa crônico de diálise cresce cerca de 8% ao ano.

Prevenir a agudização da insuficiência renal em populações de risco é importante, de acordo com Oliveira (2004), na medida em que a insuficiência renal aguda (IRA) pode complicar o curso clínico dos pacientes. Como o uso de muitas drogas para prevenir a deterioração da função renal tem falhado, especialmente em pacientes críticos, boa parte das recomendações permanece empírica: evitar hipotensão, desidratação, exposição a nefrotoxinas e realizar diagnóstico precoce de obstrução do trato urinário.

Batista e Rodrigues (2004) afirmam que além da doença ou situação originária da DRC, os seus portadores correm risco desencadearem outras patologias concomitantes como: doença cardiovascular; hipoglicemia e descontrole dos níveis de ácido úrico. Abensur (2004) refere que a anemia é uma complicação encontrada com freqüência, estando diretamente ligada à intensidade da insuficiência renal. Além disso, Elias (2004) fala que os pacientes com DRC, se comparados à população geral, apresentam maior prevalência de algumas patologias neurológicas. Há, também, conforme explica Carvalho (2004), danos da DRC no osso, por exemplo, calcificação extra-óssea; aumento de fraturas; osteoporose; distúrbio mineral e alterações do PTHi.

Helou (2004), informa ainda que o potássio fora de seus níveis é fator de risco para arritmias cardíacas e morte súbita. Nesse sentido, além do uso da medicação e dos cuidados com o corpo, os pacientes com DRC necessitam mudar sua alimentação para abrandar o ritmo do avanço da doença renal, cuidar de sua saúde, e dos sintomas causados pela sua patologia. Bastos (2004) complementa que a ocorrência de desnutrição e a presença de inflamação se associam com pior prognóstico na DRC. Nesse sentido, é essencial o envolvimento dos pacientes em seus tratamentos, despertando neles a conscientização sobre o valor da ingestão calórico-protéica apropriada. Alguns estudos mostram a importância do atendimento ambulatorial, ou seja, do acompanhamento, e tratamento, da equipe de saúde junto aos pacientes com DRC, antes de entrarem em terapia renal substitutiva (TRS).

2.2 Aspectos psicológicos associados ao adoecer

De acordo com Graça, Burd e Mello Filho (2000), vários aspectos de integração e de organização do sujeito são envolvidos na resposta frente à situação estressante de sua vida. Conforme a estratégia de enfrentamento do indivíduo, a situação estressante pode ser vivida sem maiores sobressaltos, ou poderá levar ao aparecimento de uma doença. Desde que começaram a ser estudadas, na prática clínica, algumas doenças, como o diabetes, trouxeram situações emocionais como preponderantes para o desencadeamento, desenvolvimento ou

agravamento da doença crônica. No caso da doença crônica isto afeta o modo de vida do paciente e de seus familiares.

Segundo Rudnicki (2007), as enfermidades crônicas se definem por terem cura ou serem de duração muito prolongada e não são definidas pela sua aparente, ou real, gravidade. Assim, elas abrangem doenças que conduzem, num prazo mais ou mais longo, à morte. Os pacientes renais crônicos são um grupo a par entre os doentes crônicos, pois vivenciam uma proximidade com a finitude, que provoca um vasto leque de atitudes e emoções. Segundo Carvalho (2000), enquanto a IRC não se instala de forma terminante, é possível cultivar o estado físico dos pacientes dentro dos parâmetros admissíveis através de tratamento medicamentoso, da observação da dieta alimentar e do controle da ingesta líquida. À medida que ela avança, as opções são a prática das diálises peritoneal e hemodiálise, ou do transplante renal.

Para Graça, Burd e Mello Filho (2000), os sentimentos vivenciados em pessoas com uma doença crônica são diversos, dentre eles a regressão, a perda da auto-estima, a insegurança, a ansiedade, a negação da situação presente e a depressão. A partir da forma particular de viver a situação de adoecimento e dos mecanismos de defesa e adaptativos usados para isso, se dará uma maior, ou menor, participação ativa do doente (e sua família) no controle apropriado da doença. Ao se tomar conhecimento do adoecimento, se inicia o processo de consciência do que é ser sujeito portador de uma doença crônica. Tal fato pede modificações substanciais no modo viver, dentre elas: restrições alimentares, testes freqüentes de urina e de sangue, necessidade de atividades físicas regulares, e uso de medicamentos. Após essa fase, o paciente se submete às medidas educativas sobre a doença, as assimila e depois as põe em prática.

O ponto central da existência dos portadores de doença renal passa a ser a angústia da iminência da morte e da sua sobrevida, por isso Carvalho (2000) explica que, faz-se sempre presente a ameaça de perder o vínculo com a família e com as pessoas mais próximas. Esses fatores geram importantes modificações nas relações que os pacientes mantém consigo, com seus corpos e com as outras pessoas. A IRC por si só, causa variadas transformações corporais, mais ou menos visíveis, de acordo com a evolução da enfermidade e do grau de adesão ao tratamento. Esse fator acaba refletindo um comprometimento da imagem corporal dos pacientes. Além disso, quando o paciente não pode ou interrompe a atividade produtiva, este se torna destituído da condição de agente econômico, o que representa a destituição parcial, ou total, de sua participação nos jogos econômicos. Esse fato traz conseqüências individuais como a deteriorização da imagem de si mesmo, que se agrava se a família tiver dificuldade de reconhecer este sujeito na condição de passivo e dependente. Além disso, há o alto custo dos medicamentos como agravante.

Por esses, e outros, fatores, percebe-se que a adaptação às peculiaridades da doença renal compõe um processo extremamente complexo, com inúmeras implicações e repercussões de várias ordens, sendo indispensável dar valor à qualidade dessa sobrevida, diz Rudnicki (2007). Nesse processo, Gimenes (1988) refere que a disponibilidade, e o apoio da equipe de saúde, diminuem essencialmente a ansiedade do doente, melhorando sua condição emocional e seu bem-estar psicológico.

3 MÉTODO

A abordagem técnica escolhida para a pesquisa se caracteriza por ser de caráter qualitativo. O instrumento para coleta das informações foi uma entrevista individual semi-estruturada. As entrevistas foram compostas por questões norteadoras que investigaram,

principalmente, a maneira como o paciente recebeu o diagnóstico, como ele percebeu seu atendimento no ambulatório, as alterações ocorridas em sua vida após o diagnóstico da doença, as dificuldades encontradas para seguir o tratamento indicado, as explicações e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente para lidar com a doença. Foram tomados todos os cuidados exigidos relativos ao sigilo, a confidencialidade e o conforto aos entrevistados, assim como outras questões éticas. O projeto deste estudo passou com aprovação da Equipe de Saúde da Unidade de Nefrologia do HUSM (Hospital Universitário de Santa Maria), após pelo DEP (Departamento de Ética e Pesquisa) do HUSM e, em última instância, pelo CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da Universidade Federal de Santa Maria/Rio Grande do Sul.

Por serem vários os tipos de doenças renais, foi necessário escolher que paciente renal seria abordado estudo. Decidiu-se pelos pacientes que apresentam as patologias crônicas com risco mais elevado para DRC e IRC, no caso os pacientes com Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica. Foram informantes deste estudo, 9 pacientes renais crônicos, portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica ou, então, Diabetes Melittus, dentre eles, 3 são do sexo masculino e 6 do sexo feminino, casados e solteiros, com faixa etária entre 29 e 56 anos, que freqüentavam o Ambulatório de Uremia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS. O número de participantes do estudo, de fato, foi determinado a partir do critério de saturação das informações obtidas. O tempo de diagnóstico variou de 1 ano e meio (até a data da entrevista) à 19 anos. A escolaridade variou da terceira série do ensino fundamental ao ensino médio completo, com renda mensal familiar entre R$ 280,00 e R$ 2.500,00.

A seleção dos informantes, em um primeiro momento, foi realizada através de uma busca nos prontuários do serviço do Ambulatório de Uremia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS. Os critérios para a seleção dos informantes foram: a) estar sendo atendido no ambulatório por, no mínimo, 6 meses, sendo considerado portador de hipertensão arterial ou diabete (doenças de risco para a insuficiência renal); b) não encontrar-se em tratamento dialítico (Diálise Peritonal ou Hemodiálise) e c) ter idade entre 25 e 60 anos.

Foi realizada uma análise fenomenológica, conforme proposta por Forghiere (2001). Esse método descreve as diversas possibilidades de acontecimento de um fenômeno, sem o quantificar. Nesse sentido, estudou-se a experiência consciente[4] por meio de um critério de análise e síntese que se move progressivamente em três fases: a descrição, a redução e interpretação fenomenológica. É um critério de análise, pois primeiro, faz a descrição (separa as partes de um todo e de uma demarcação de unidades de significado do texto original). Também, é uma síntese, pois agrupa as partes separadas (redução) em novas partes (tipologias, categorias) e que são acrescentadas ao todo (interpretação). Do caminho da descrição para a redução, experiência-se a presença de um novo objeto para a consciência, denominada como interpretação. Esta é circunscrita pela situação da experiência em análise, com a função metodológica de especificar o valor da relação entre a descrição e a redução.

4 RESULTADOS

4.1 Interpretação fenomenológica

[4] A experiência consciente está ligada à consciência, esta é definida como "o elo que dá sentido ao corpo que está no mundo, identificando como si mesmo e em relação com o outro [...] rede de intenções com sentidos que variam em grau de clareza [...] constitui-se na experiência de comunicar-se interiormente com o mundo, com o corpo e com os outros [...] é o modo de agir no mundo". (LEITE E GOMES, 1998, p. 62)

A maneira como o diagnóstico é informado para o paciente é muito importante. O processo de diagnóstico da DRC ou da IRC é doloroso e, na maioria das vezes, nesse período, faz-se necessário que a equipe de saúde auxilie esses pacientes, tanto no momento de investigação quanto do diagnóstico, a fim de abrandar os sentimentos e fantasias presentes nessa situação. A demora na conclusão do diagnóstico, além de aumentar esse sofrimento, pode agravar a enfermidade. No atendimento ao paciente é importante trabalhar os significados construídos por eles sobre a doença.

Romão Junior (2004) observa que populações do grupo de risco para (ou com) IRC devem investigar anualmente, através de exames, a presença de lesão renal, assim como o nível de função renal que avaliam o processo da doença. De acordo com Oliveira (2004), é importante a prevenção da agudização da IRC em grupos de risco, pois a IRA pode complicar o quadro clínico desses pacientes. Em alguns relatos dos sujeitos desse estudo ficou claro que o processo de diagnóstico da DRC ou da IRC foi bastante longo e doloroso, também pela demora na sua conclusão. Os pacientes percebem que esse fato que agravou sua enfermidade, pois os atendimentos anteriores tiveram como eixo central o uso de medicamentos (o que mascarou os sintomas), mais do que a investigação da doença em si, fundamental para o diagnóstico correto e, para evitar o agravamento da doença através da indicação do tratamento adequado.

Oliveira (2004) aponta ser essencial a equipe de saúde orientar o paciente e os familiares. Gimenes (1988) cita que a disponibilidade e o apoio da equipe de saúde são fatores que abrandam a ansiedade do enfermo, o que melhora a condição emocional e o bem-estar psicológico. Alguns entrevistados indicaram que houve preocupação da equipe de saúde em explicar com cuidado o diagnóstico, fato que deu acolhimento a esse momento delicado. Outros pacientes relatam que o acolhimento não se efetivou, mas em locais que não o ambulatório a que estão vinculados.

No momento do diagnóstico, começa, aos poucos, a construção do significado de ser portador de uma DRC ou IRC. Cada sujeito forma uma representação para si do que é ser um doente, a qual parece estar em constante transformação, podendo ser mais ou menos doloroso, variando conforme as modificações que surgem na vida e as representações dos sujeitos sobre todo esse contexto. Para Graça, Burd e Mello Filho (2000) é a partir do sentido do adoecimento, que se forma a consciência de ser sujeito portador de uma DC. O fato de ter uma DC exige alterações e restrições na forma de viver. Parte das pessoas entrevistadas relataram que ser portador de uma DRC ou de uma IRC, não é considerado um fato significativo em suas vidas. Porém, na seqüência de suas falas admitiram que se preocupam com a situação e que tomam os cuidados exigidos pelo tratamento, estando em constante monitoramento das condições de saúde.

GRAÇA, BURD e MELLO FILHO (2000) aludem que a educação dos pacientes e familiares ocorre pela transmissão de informações, de habilidades e de atitudes, as quais têm por objetivo criar um ambiente apropriado para o correto curso do tratamento. Os sujeitos entrevistados citaram que, após o diagnóstico e suas intercorrências, passaram a se acostumar com a doença e começaram a adotar os cuidados demandados pelo tratamento de acordo com as indicações da equipe de saúde. Na fala da maioria dos entrevistados aparecem fatos avaliados como positivos no processo de aderência ao tratamento, como a conscientização e o cuidado dos profissionais de saúde.

As origens da DRC ou da IRC são diversas, podem ser de ordem orgânica como pelos descuidos com a saúde e as alterações do organismo, e/ou de ordem emocional como as originadas pelas situações de estresse na vida dos sujeitos. De acordo com Graça, Burd e Mello Filho (2000), frente a uma situação de estresse são acionados vários aspectos de integração e de organização do sujeito. O aparecimento da doença depende da estratégia de

enfrentamento utilizada pelo indivíduo e da conseqüente intensidade e duração do estresse. Eles afirmam que algumas doenças, dentre elas as crônicas, apresentam situações emocionais como o fator principal no seu desencadeamento, desenvolvimento ou agravamento. Alguns dos entrevistados falam que os sintomas depressivos originários de situações de estresse surgiram antes do aparecimento da doença, e que a situação de estresse piora o seu quadro de saúde, como as visitas ao ambulatório que faz a pressão arterial elevar-se. Outros relatam que, ao mesmo tempo, surgiram os sintomas físicos (situação de estresse) e os sintomas depressivos (conseqüência do estresse), sendo que ambos são significativos em suas vidas, influenciando o modo de agir.

Para Camon (2003), os pacientes renais têm dificuldades de lidar com os problemas de saúde, já que sempre estão em construção de diferentes representações do que é a doença e dos cuidados ligados a ela. Nesse processo de construção, alguns indivíduos podem entrar em um período doloroso e complexo de revisão de si, de suas relações e de sua própria história vivida anteriormente. Além disso, o senso de integridade do doente sofre ameaças, pois a doença causa uma alteração corporal, a qual provoca modificações na identidade pessoal e desordens emocionais. O diagnóstico, os sintomas e as limitações da DRC e da IRC são apontados pelos entrevistados como fatores desencadeadores de sintomas depressivos. Além disso, relatam que as alterações em suas vidas decorrentes da doença também foram acompanhadas desses sintomas. O tratamento exige modificações de hábitos, as quais mostraram afetar vários setores nos aspectos biopsicosociais da vida dos entrevistados.

Carvalho (2000) lembra que uma DC pode causar estado de invalidez (com origem orgânica ou psicogênica) e alterações internas nas atividades cotidianas das pessoas. Devido limitações físicas e fatores emocionais, a DRC e a IRC, impede que os pacientes mantenham um ritmo normal de trabalho. A forma como a pessoa lida com essas mudanças depende da sua estrutura psíquica e dos recursos internos. Assim, os resultados podem chegar ao desencadeamento de uma regressão, da perda da auto-estima, da insegurança, da ansiedade, da negação da situação presente e da depressão. Para RUDINICKI (2007) a presença ou ausência do apoio social afeta diretamente a saúde do indivíduo doente. Na fala da maioria dos entrevistados aparecem fatos positivos considerados como importantes na ação do tratamento, como o desejo de viver, e o cuidado da família. Um dos entrevistados, no entanto, relatou que a família não dá o apoio necessário. Isso o deixa triste e sentindo-se sozinho frente ao percurso de vida restante. O trabalho, também, é identificado pela maioria dos pacientes como fator de grande importância. Então, ter que parar de trabalhar foi considerado como uma perda significante e difícil de ser superada, causando conseqüentemente angústia e tristeza que os afeta em grande escala.

Nesse sentido, para alguns dos entrevistados ser doente renal crônico é apresentar, em diversos setores da vida, difíceis limitações decorrentes da doença ou do tratamento. Os pacientes consideram as mudanças em suas vidas impactantes e difíceis de serem enfrentadas. Em oposição a essa idéia, alguns dos participantes do estudo falaram do lado positivo das modificações causadas pela DRC ou IRC em suas vidas. Entre elas está o alívio dos sintomas, a melhora na qualidade de vida e o fato de poder ser exemplo e ajudar os outros na mesma situação.

Os pacientes renais crônicos apontaram diversos fatores que dificultam a realização do tratamento de saúde e indicaram as formas de enfrentamento encontradas para lidar com esses pontos de dificuldade, fato que demonstra sua participação ativa no tratamento. Cabe aqui retomar que se definiu enfretamento como uma atitude de enfrentar um problema, ou o sofrimento, e tentar solucioná-lo Giacomoni (2004). Alguns pacientes, por exemplo, relatam apresentar dificuldades financeiras, e suas estratégias de enfrentamentos, recorrendo a

recursos internos (a organização mental) ou externos (apoio financeiro de outras pessoas) para lidar com esse fato. Em relação à dificuldade de seguir a alimentação adequada, alguns entrevistados não conseguiram ter estratégias, enquanto outros buscaram a conscientização da importância da alimentação passada pela equipe de saúde.

A morte é uma questão que se faz presente na vida do paciente renal crônico com maior incidência que na vida de pessoas saudáveis. A finitude pode ser negada em alguns momentos e em outros pode ser um fator que predispõe a ação, ou seja, que faz com que o sujeito aja para se manter vivo Carvalho (2000) alude que, o eixo central da vida dos pacientes com IRC torna-se a angústia do prenúncio de morte e da sua sobrevida. Alguns dos doentes renais crônicos citaram que o medo de agravar sua doença e a possibilidade de fazer um tratamento mais invasivo (o dialítico ou cirúrgico) os faz seguir o tratamento de forma adequada. Além disso, falam que o receio de se sentir dor física, de morrer e de depender dos outros os impulsionam a cuidar de sua saúde para não agravar sua doença. O medo do prognóstico está muito presente na vida dos entrevistados, ficando claro na sua dificuldade em falar sobre o tema e, também, quando eles dizem que preferem não saber ou não pensar no assunto. Outros, que as mudanças físicas causadas pelo tratamento os deixaram profundamente abalados, levando a tomar remédios para depressão.

O apoio dos profissionais de saúde é um fator fundamental no andamento do tratamento, na medida em que, abrange a esfera física e a mental. Um atendimento, nesse sentido, pode ser considerado preditor da manutenção de saúde dos seus pacientes. Alguns estudos, como os de Bregman (2004), têm demonstrado a importância do atendimento ambulatorial caracterizado pelo acompanhamento e tratamento da equipe de saúde junto aos pacientes com DRC e IRC, antes de entrarem em TRS. Os pacientes citaram que as primeiras consultas causaram fantasias e medos, mas afirmaram que com o passar do tempo passaram a se sentir bem nos atendimentos em função do acolhimento da equipe no ambulatório. Além disso, eles percebem o ambulatório como um local onde são bem tratados; conhecem os procedimentos costumeiros do atendimento; conhecem a equipe com a qual estão acostumados; buscam a complementação do tratamento necessário na equipe de saúde e podem ser socorridos, em caso de urgência. Todos esses fatores contribuem para sua volta nas consultas futuras e, para, a realização do tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo foi possível verificar alguns pontos importantes que indicam estar relacionados ao fenômeno investigado, os quais sugerem novas ponderações. Alguns dados foram difíceis de serem analisados. As comorbidades da DRC ou da IRC acabaram por afetar a memória de alguns pacientes, fato que deixou ambíguo se o paciente realmente não podia relembrar em decorrência da memória afetada pela doença ou se não estavam conseguindo pelo desencadeamento de emoções causado na situação da entrevista. A visão que os pacientes têm da percepção dos outros sujeitos sobre sua doença e seu tratamento também foi difícil de ser analisado. Na fala dos entrevistados, a forma de percepção entre os dois fatos são extremamente próximos, com categorias que se sobrepõe. Talvez, porque não há como discorrer sobre essa doença sem relembrar de seus sintomas, caracterizando um tópico que lança subsídios e possibilidades para um posterior estudo.

O processo de dar significado do que é ser portador de uma doença renal é longo e passa por fases. Cada etapa da doença ou o aparecimento de comorbidades relacionadas ou não a DRC e a IRC pede que seu portador construa um novo sentido para a situação, num processo que parece só ter fim no dado momento que a finitude do paciente se concretizar.

Sua existência passou a ser um processo que caminha ao encontro da morte, de forma lenta e gradual. Esse aspecto de suas vidas é outro fator que desencadeia sentimentos contraditórios, estresse, medos e fantasias. Ao mesmo tempo em que os pacientes com DRC procuram estratégias para ter uma sobrevida com qualidade, eles se deparam com a constante eminência da morte, que se faz mais forte nos momentos de agravamento de sua doença.

Considera-se que a situação de doença, com suas perdas e as mudanças de hábito na vida dos pacientes, é um fato difícil a ser enfrentado, uma vez que causa sofrimento e possíveis rupturas de vínculo com a família, os amigos e o meio social. Justamente, esses três fatores são os principais pontos de apoio externo na vida dos pacientes e, portanto, necessários para sua saúde física e psicológica.

Os pacientes por todos esses fatores, também, precisam do apoio emocional da equipe de saúde. Os portadores de DRC ou IRC relatam nas entrevistas que percebem o ambulatório como um lugar onde podem ter segurança, pois ali foram bem acolhidos desde o diagnóstico até o momento atual do tratamento. O apoio dispensado aos pacientes permite sentirem-se tranqüilos, fato que tende a fortalecer o vínculo no tratamento. Nesse sentido, a equipe de saúde pode auxiliar no processo de reconhecimento das necessidades dos pacientes (informativas, físicas e emocionais), e de oferecer as informações oportunas sobre o tratamento, como na desmistificação de tópicos da doença. É, também, função da equipe acolher os pacientes e investigar a representação que esses têm da fala dos profissionais, com a finalidade de verificar o entendimento que os pacientes possuem e, assim, garantir a aderência ao tratamento.

Como pode ser observado no relato dos entrevistados, aparecem dificuldades em pensar no prognóstico que causa medos e fantasias, independente do tempo de diagnóstico e das condições de vida. Isso provavelmente aconteça por eles saberem das complicações e dos possíveis tratamentos de sua doença; estes bastante invasivos.

Mesmo frente a todos os problemas, citados a cima, as expectativas dos pacientes parecem superar as adversidades. Tal fato pode ser observado nos relatos dos pacientes que desejam melhorar seu quadro de saúde, manter sua situação atual estável e não precisar fazer o tratamento dialítico, no futuro. Além disso, é possível perceber a realização de estratégias para superar as dificuldades.

Tendo em vista o que foi exposto acima, convém salientar que os pacientes constroem estratégias de enfrentamento, percebidas em certas inferências, não apenas faladas, mas também através de gestos e na maneira de se portar. As entrevistas são materiais muito ricos, de informações em relação a esses aspectos. Entretanto, esses dados não puderam ser abordados nesse estudo. Novas pesquisas, portanto, fazem-se necessárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABENSUR, H. Anemia da doença renal crônica. *J Brás Nefrol*, vol. XXVI, nº 3, Supl. l. Agosto de 2004. Disponível em: http://www.sbn.org.br/JBN/26-31/v26e3s1p001.pdf Acesso em: 14 de abril, 2007.

BASTOS, M. G. Avaliação do Estado Nutricional. *J Brás Nefrol*, vol.XXVI, nº 3, Supl. l. Agosto de 2004. Disponível em: http://www.sbn.org.br/JBN/26-31/v26e3s1p001.pdf Acesso em: 14 de abril, 2007.

BATISTA, M.; RODRIGUES, C. J. O. Alterações Metabólicas. *J Brás Nefrol*, vol.XXVI, nº 3, Supl. l. Agosto de 2004. Disponível em: http://www.sbn.org.br/JBN/26-31/v26e3s1p001.pdf Acesso em: 14 de abril, 2007.

BECK, J. S. *Terapia Cognitiva*: Teórica e Prática. Tradução: Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
BERGMAN, R. Prevenção da progressão da doença renal crônica. *J Brás Nefrol*, vol.XXVI, nº 3, Supl. l. Agosto de 2004. Disponível em: http://www.sbn.org.br/JBN/26-31/v26e3s1p001.pdf Acesso em: 24 de agosto, 2007.
CAMON, V.A. (Org.). *Psicologia Hospitalar*: Teoria e Prática. São Paulo: Ed. Pioneira, 2003.
CARVALHO, A. B. Osteodistrofia Renal. *J Brás Nefrol*, vol.XXVI, nº 3, Supl. l. Agosto de 2004. Disponível em: http://www.sbn.org.br/JBN/26-31/v26e3s1p001.pdf Acesso em: 14 de abril, 2007.
CARVALHO, M. L. A. Grupo com pacientes hemodialisados. *In:* MELLO FILHO, J. *Grupo e corpo*: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
ELIAS, R. M. Distúrbios do sistema nervoso central e periférico. *J Brás Nefrol*, vol.XXVI, nº 3, Supl. l. Agosto de 2004. Disponível em: http://www.sbn.org.br/JBN/26-31/v26e3s1p001.pdf Acesso em: 24 de agosto, 2007.
GIACOMONI, C H. *Bem-estar subjetivo infantil*: estudos de validação e normatização das escalas de avaliação. Relatório de pesquisa não publicado. Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS. 2004.
GIMENES, M. G. G. *A influência de fatores psicossociais na sobrevida do câncer.* Projeto apresentado e aprovado pelo CNPq, processo 405502/88. 1988.
GRAÇA, L. A. C; BURN, M.; MELLO FILHO, J. e cols. Grupos com diabéticos. In: MELLO FILHO, J. *Grupo e corpo:* psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
FORGHIERE, Y. C. *Psicologia fenomenológica:* fundamentos, método e pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.
HELOU, C. M. B. Potássio e Bicarbonato. *J Brás Nefrol*, vol.XXVI, nº 3, Supl. l. Agosto de 2004. Disponível em: http://www.sbn.org.br/JBN/26-31/v26e3s1p001.pdf Acesso em: 24 de agosto, 2007.
LEITE, J. C.; GOMES, W. B. Concepções do alcoolismo e a reabilitação do alcoolista. In: GOMES, W. B. (Org.). *Fenomenologia e pesquisa em psicologia*. Porto Alegre: Universidade/UFRGS, 1998.
MINISTÉRIO DA SAÚDE *Programa HiperDia:* Sistema de Acompanhamento e Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos, 2007. Disponível em: http://hiperdia.datasus.gov.br/ Acesso em: 26 de agosto, 2007.
OLIVEIRA, M. B. Recomendações para diminuir o risco de agudização da DRC. *J Brás Nefrol*, vol.XXVI, nº 3, Supl. l. Agosto de 2004. Disponível em: http://www.sbn.org.br/JBN/26-31/v26e3s1p001.pdf Acesso em: 24 de agosto, 2007.
ROMÃO JUNIOR, E. R. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J Brás Nefrol*, vol. XXVI, nº 3, Supl. l. Agosto de 2004. Disponível em: http://www.sbn.org.br/JBN/26-31/v26e3s1p001.pdf Acesso em: 14 de abril, 2007.
RUDINICKI, T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estudo de Psicologia.* v. 24, n. 3, p. 343 – 351. Campinas: [s.n.], jun./set. de 2007.