

PERDAS BIOPSISSOCIAIS E DOENÇA RENAL CRÔNICA

BIOPSYCHOSOCIAL LOSSES AND CHRONIC KIDNEY DISEASE

Marilza MESTRE^{1*}
Priscila Nascimento BARBOSA²
Dione Maria MESTRE³

RESUMO

O presente trabalho visa apresentar as perdas biopsicossociais existentes na Doença Renal Crônica (DRC) amparada em revisão de literatura e relatos de usuários de um ambulatório de atendimento do SUS, na cidade de Curitiba/PR. O estudo se mostra necessário por conta das limitações, impedimentos e situações (perdas) causados pela doença (e, muitas vezes, pelo tratamento) que mudam as relações de seus portadores em todo o seu contexto social, dificultando adesão ao tratamento. Entre os prejuízos sofridos se destacam as **físicas e relacionais** que podem levar às **laborais**, às de **sexualidade** e de **autoimagem**. Além disso, é comum a ausência ou dificuldade de expressão de afetos (alexitimia). Diante das privações impostas pela DRC o trabalho da equipe de psicologia, compondo a equipe interdisciplinar, se mostra fundamental por permitir aderir ao tratamento e consequente qualidade de vida (e, às vezes, de morte) para pacientes, familiares e a própria equipe de saúde. É sobre essa atividade da equipe de psicologia diante da DRC que o presente estudo refletirá mais diretamente, suprimindo assim, uma lacuna da literatura sobre esse tema.

PALAVRAS CHAVE: Psicologia da saúde, Perdas biopsicossociais; Doenças crônicas e Doença Renal Crônica (DRC).

ABSTRACT

The present work aims at presenting biopsychosocial losses existing in chronic kidney disease (CKD) based on literature review and reports of an ambulatory users of SUS, in the city of Curitiba/PR. The study shows required on account of the limitations, impediments and situations (losses) caused by the disease (and, often, by handling) that change the relationships of their carriers in all its social context, hindering treatment adherence. Among the damage suffered if they emphasize the relational and physical that can lead to labour standards, those of sexuality and self-image. In addition, it is common to the absence or difficulty of expression of emotions (alexithymia). Given the hardships imposed by the DRC the psychology, composing the interdisciplinary team, if shows fundamental for allowing adhere to treatment and resulting quality of life (and, sometimes, death) for patients, family members and the health team. It's about this team activity of Psychology on the DRC that the present study reflect more directly, supplying a gap in the literature on the subject.

KEY WORDS: Health psychology, Biopsychosocial losses; Chronic diseases and Chronic Kidney Disease (CKD).

*¹ Psicóloga, professora, doutora e Diretora do Instituto Marilza Mestre

E- mail de contato: (marilzamestre@marilzamestre.com // www.marilzamestre.com)

² Psicóloga pela FEPAR (extinto)

³ Psicóloga, mestre e professora da UFPR.

1. INTRODUÇÃO

A incidência de doenças crônicas é fato conhecido e crescente, acarretando problemas de saúde coletiva e de ordem pessoal. No entanto, para Martins e Cesarino (2005), só recentemente as atenções focaram a qualidade de vida do paciente com doença renal crônica (DRC).

É doença ainda incurável, mas passível de controle por meio de tratamento, porém os atuais apenas mantêm a vida e, não dão qualidade do viver. Rabello em 2009 discute a distorção perceptual sobre tal qualidade e aponta os maus hábitos como uma das causas preponderantes dos danos renais.

Esse trabalho objetivou, assim, construir conhecimento tanto na área das perdas biopsicossociais sofridas por DRC, como na de qualidade de vida e morte, possibilitando uma reflexão emergencial para melhor terapêutica interdisciplinar.

O método usado foi levantamento bibliográfico, na área da saúde em geral e específicos da DRC, com análise crítica na ótica da psicologia cognitivo-comportamental, agregando considerações baseadas na prática da equipe de psicologia no ambulatório, nominado de transplante renal (TX-Renal), em hospital de rede pública em Curitiba/PR. Os instrumentos sendo relatórios confeccionados por estagiários e corrigidos pela professora e psicóloga Dra. Marilza Mestre, além de depoimentos dados pela equipe de saúde (quatro médicos, duas enfermeiras, uma assistente social e duas nutricionistas) aos psicólogos e alunos de psicologia deste ambulatório.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Qualidade de vida e doença crônica

Para Fleck (2008) qualidade de vida implica na visão do indivíduo de sua posição na vida em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nucci (2003) alerta que tal avaliação é realizada com base na percepção que a pessoa tem sobre o próprio humor, afeto, bem-estar social e psicológico, além dos fisiológicos.

Em 2005, Martins e Cesarino indicaram terapêuticas focando qualidade de vida que permitiriam recuperação/aquisição de autonomia, novas atividades de trabalho e lazer, preservação da esperança e senso de utilidade destes indivíduos. Contudo, tal qualidade, sofre influência da própria doença e seu tratamento, da idade dos envolvidos, presença de comorbidades e tipo de perdas sofridas; o que significa que o diagnóstico de uma doença pode ser o mesmo para distintas pessoas, porém, cada um a vivenciará de modo particular (MENDONÇA, 2007). Conhecer esses vetores no início do tratamento daria possibilidade de intervenção, influenciando favoravelmente a evolução da doença (RAVAGNANI et al. 2000).

Então, é muito provável que a doença e tratamento tragam repercussões na vida de familiares além da do paciente e, até, da equipe de saúde. Isso quer dizer que a forma de enfrentar a enfermidade irá variar ao longo do processo terapêutico (BARBOSA, 2009).

Thomas e Alchieri (2005) verificaram que a qualidade de vida depende do modo como os envolvidos processam cognitivamente a doença e suas consequências e adaptem-se à nova situação. Viver enfermidades implica em sofrer perdas e estas são perigo para seres humanos, provocando medos. Mestre (2005) classifica-os como: 1. Medos existenciais - a) desconhecido; b) morte - própria ou do amado e, c) doenças; 2. Medos sociais - a) fracasso implicando em rejeição do grupo; b) perdas materiais ou da saúde, significando fracasso e, c) solidão, que impediria receber proteção do grupo. Tais temores nem sempre são racionais e advêm de leitura particular do ambiente real. Isto significa que doenças crônicas sem cura conhecida e tratamentos altamente invasivos (caso da DRC) tendem a produzir

emoções/pensamentos irracionais determinando adesão ou não ao tratamento. Portanto, se faz necessário conhecer fatores que possam servir de contexto ao surgimento desses medos, para controlá-los. O estudo apontou para:

Suporte social

O tratamento da DRC seja medicamentoso, nutricional, dialítico ou transplante provoca uma sucessão de situações difíceis que comprometem os aspectos físicos e psicológicos, com repercussões pessoais, familiares e sociais (FLECK, 2008; RABELLO, 2009).

Entre os vetores de risco à saúde as relações sociais estão entre os mais importantes (ANDRADE; VAITSMAN, 2002). Isso porque a enfermidade muda todas as relações da pessoa doente, bem como abala sua identidade. É comum o paciente se fragilizar, perdendo até o sentido de vida e capacidade de resolver problemas. Mestre (1996) demonstrou como o desamparo diante do inescapável e do imprevisível pode desorganizar a cognição, vontade, capacidade de aprendizagem e emoções. A DRC é inescapável por não ter cura e imprevisível porque apesar de excelentes referências sobre o aspecto fisiológico, pouco foi escrito sobre o aspecto sócio emocional.

Segundo Mendonça (2007) as redes de apoio (família, amigos, outros pacientes, equipe de saúde) são meios utilizados para ativar recursos internos (cognitivos, comportamentais e emocionais) e externos (objetos, animais, lugares e pessoas) como maneiras de vencer as dificuldades.

Relatos de perda de trabalho e lazer são comuns e, os doentes contam que sem a família já teriam abandonado a terapia. Vários autores, dentre eles, Andrade e Vaitsman (2002); Mendonça (2007) e Barbosa (2009) ressaltam, ainda, que o conceito de apoio social, multidimensional e complexo, abrange três componentes: a) expectativas pessoais sobre os cuidados; b) o que se espera da especificidade da ajuda prestada e c) como os participantes nesse relacionamento são predispostos, com o tempo, a serem fornecedores e receptores de cuidados.

A ajuda do grupo sofre mudanças ao longo do tratamento, sendo comum abandono pela família com o passar do tempo, levando o DRC isolar-se socialmente quando se percebe rejeitado (SANTOS; SEBASTIANI, 2007).

Suporte sócio familiar

Doença e tratamento trazem dificuldades alterando a dinâmica de vida de todos os envolvidos e, inclusive, o próprio sistema familiar. Mendonça (2007) relata que ao receber o diagnóstico é importante que a equipe de saúde esclareça ao doente e seus familiares sobre a evolução da doença e do tratamento, para que adquiram segurança diante das tensões, desapontamentos e incertezas sobre o futuro. Com tal acompanhamento, podem ser estimulados a participar de forma ativa no tratamento da DRC.

Como exemplo das vicissitudes nessa doença (dados colhidos em entrevistas), no tratamento dialítico peritoneal o local do cateter é sítio de infecção frequente e, com tratamento residencial, é requerido cuidado especial com higiene, o que por si é evento estressor para os familiares que se sobrecarregam com tarefas de limpeza, e, isso, não está descrito pela literatura. Outras vezes a família necessita se desvencilhar de animais de estimação, causando mágoa e fragilizando relacionamentos. Já, no tratamento de hemodiálise o estresse vem pela paralisia da capacidade produtiva do doente, sendo norma a extenuação física desse logo após procedimento e, muitas vezes, o doente sendo o único provedor da casa, isso acarreta perdas sociais (MENDONÇA, 2007; BARBOSA, 2009; CODAGNONI, 2009).

A fase (aguda, crônica ou terminal) da doença, também faz diferença na reação dos familiares e em cada uma delas aparecendo preocupações, tarefas e desafios distintos, e, padrões de enfrentamento adaptativo para um estágio podem não funcionar em outro (MCDANIEL; HEPWORTH; DOHERTY, 1994).

Ainda segundo estes autores, a crise inicia antes do diagnóstico, pois a família (às vezes antes mesmo que o doente) sente que algo está errado e se une para lidar com os sintomas e o sistema médico. Neste momento, temporariamente, se reorganiza para atender as necessidades imediatas, e os membros tendem se unir no estágio agudo da doença. E, sente alívio ao descobrir o que é, mas aos poucos surge a angústia de se deparar com impossibilidade de cura e necessidade de se adaptar ao tratamento que depende de variáveis múltiplas (SANTOS; SEBASTIANI, 2007).

Na fase crônica podem se exacerbar comportamentos que já eram de suas personalidades. Alguns aceitam a doença, lamentando a perda da identidade pré-doença. Neste estágio, as famílias, tentam se informar sobre os cuidados ao membro enfermo e, equilibrar as necessidades de atendimento. Nesta fase se pode, com o tratamento, estacionar a doença e adquirir qualidade de vida, caso contrário inicia a última fase (MENDONÇA, 2007; BARBOSA, 2009).

Na fase terminal, que ocorre quando a inevitabilidade da morte é uma ameaça real, as famílias têm como opção lidar com a separação próxima e, assim, ter oportunidade para discutir preocupações não resolvidas, ajudar a pessoa moribunda a expressar preocupações e/ou desejo de dizer adeus ou se desorganizar ainda mais (THOMAS; ALCHIERI, 2005).

O estresse e ansiedade provocados durante tratamento, junto ao risco de vida, podem acentuar a cronicidade e fazer aparecer estados depressivos no doente (e até na família), acreditando que a doença estressa amigos e parentes, se culpando (racional ou irracionalmente) e, se isolando, por temer que a sua aproximação possa significar uma cobrança às pessoas mais próximas (BARBOSA, 2009). É importante que se receba apoio dos amigos e sistema de saúde para a manutenção da integridade física do cuidador, potencializando a capacidade de enfrentamento do estresse crônico (MENDONÇA, 2007).

Supõe-se que a adesão ao tratamento melhora conforme haja um contato com pessoas em situações similares, mas há risco de a relação acontecer com pessoas de visão negativista ou que ignorem o processo da doença, criando ansiedade desnecessária (SANTOS; SEBASTIANI, 2007). Como na fala de um jovem transplantado que possuía doadores familiares totalmente compatíveis, mas por ter ouvido relato de outros doentes, temia causar a morte de parentes. Após ser trabalhado pela psicologia, o TX ocorreu com sucesso e, após o qual, o paciente lamentou o quanto prejudicou a si e aos seus por acreditar em falsas informações.

Aspectos Fisiológicos

Martins e Cesarino em 2005 afirmam que as doenças crônicas desempenham papel relevante na mortalidade da população mundial. Entre essas está a DRC, considerada de evolução progressiva e incurável, com várias comorbidades agravantes, causando problemas médicos, sociais e econômicos.

Morsch, Gonçalves e Barros, (2005) descreveram as doenças comuns em urêmicos: problemas gastrointestinais, cardiovasculares, cerebrovasculares, vasculares periféricos, neuropatia periférica, patologias ósseas, respiratórias, déficit visual, neuropatia autonômica, diabetes e ocorrências dialíticas. E, tais morbidades são indicadoras de possível doença renal quando não tratadas adequadamente. A detecção precoce, com terapêuticas apropriadas, fará o retardamento de progressão, podendo reduzir o sofrimento e custos financeiros associados à DRC (ROMÃO JUNIOR, 2004). Ainda para este autor, as duas principais causas de

insuficiência renal crônica são a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*. Sendo preciso que os médicos de atenção básica à saúde alertem a população de que essas ‘causas’ são, na verdade, uma consequência de tendência genética somada aos maus hábitos de vida.

Com capacitação, conscientização e vigilância médica para fornecer cuidados primários à saúde, é possível diagnóstico correto e encaminhamento a nefrologista, que com diretrizes adequadas poderá retardar a DRC, prevenindo complicações, modificando as comorbidades frequentes e preparar adequada terapia de substituição renal, que alivie os sintomas e preserve a qualidade de vida dos envolvidos (MARTINS; CESARINO, 2005).

Aspectos Psicossociais

Tal qualidade está altamente associada a estado emocional instável em acordo com acontecimentos externos e que influenciam a confiança em avaliar e tomar decisões, afetando autoestima e auto competência. Guilhardi, 2002, alerta que o autoconceito, a imagem sobre si, constitui aquilo que se chama de identidade e se constrói na relação com o(s) outro(s) é formada por: a) autoestima, quando o ‘outro’ aceita e ama sem cobranças de desempenho, permitindo que o amor próprio se desenvolva para as crianças e se mantenha para os adultos; b) conhecimento crítico de auto competências, que advém da avaliação que o ‘outro’ fez das aptidões desenvolvidas em cuidar de si e dos outros e c) responsabilidade em aceitar desafios e superá-los, usando senso social.

Uma doença grave pode, em muitos casos, levar o indivíduo a perder autonomia e desacreditar de si. Esse comportamento pode ser notado por meio de expressões de raiva, culpa, hostilidade, perda de controle e instabilidade, depressão, abandono, medo e preocupação com o futuro (TRENTINI et al, 2004).

Na DRC os impactos psicossociais podem levar a progressivo e intenso desgaste emocional pelo tempo de duração e por ocasionar limitação física e social (QUINTANA; MÜLLER, 2006; THOMAS; ALCHIERI, 2005; PEDROSO; SBARDELLOTO, 2008).

Portadores de doença crônica vivem em um constante estresse, que acentua cronicidade e ansiedade, podendo torná-los deprimidos (PREGNOLATTO, 2005). As fases da ansiedade (fuga, imobilidade, agressão e submissão) e stress (alarme, resistência, quase desistência e esgotamento) que fazem alterar comportamentos perante estressores (MESTRE; CORASSA, 2000) são visíveis nos pacientes renais e aparecem com frequência nos seus relatos. Não raro seu estado de ansiedade é tão alto que impede a ‘entrada na máquina’, como no exemplo: “...doutora, meu coração subia pela boca e a enfermeira dizendo que eu não podia dialisar. Como não? minha pressão ‘tava’ em 19 e subindo cada minuto. Daí lembrei da senhora e fui pra minha ‘cena segura’. Deu certo, desceu para 14 e fiz a diálise. Que bom doutora, ainda bem que treinei em casa...”

A ansiedade, segundo Graeff (2003), é a emoção que antecede perdas e, é esse o sentimento dos pacientes renais. Assim, para Mestre; Corassa (2000) a ansiedade motiva fuga de punição ou esquiva de frustração futura, portanto possui valor adaptativo.

Resende et al. (2007) apontam ser fundamental o atendimento psicológico incentivando as pessoas a desenvolverem capacidades e, verem a doença sob outros ângulos. Geralmente tais doentes possuem histórias de vida que dificultam a adesão e o enfrentamento de suas patologias. As estratégias de enfrentamento dependem, ainda, dos recursos culturais, materiais, valores ou crenças, habilidades e apoio social de cada indivíduo. Além disso, Ravagnani, Domingos e Miyazaki, 2007, alertam que esses, eventualmente, não estão disponíveis por restrições internas (como deficiências psicológicas e percepção do nível de ameaça) ou externas (exigências institucionais e/ou ausência de recursos materiais).

Thomas e Alchieri, 2005; Pedroso e Sbardelloto, 2008, afirmam que entre 30% e 50% dos DRC não aderem ao tratamento, o que pode estar associado com complicações médicas e

diminuição da sobrevivência, pois 60% a 80% dos pacientes renais crônicos vêm a óbito. Uma hipótese dessa baixa adesão é a falta de esclarecimentos, pois, ao atender a família do DRC, é percebido o quanto essa ignora da doença (BARBOSA, 2009; CODAGNONI, 2009; RABELLO, 2009; GOMIDE, 2011). Quando consegue entender as restrições necessárias, toda a qualidade de vida da família melhora. Depoimentos exemplificam esse ponto: “... *não fiz mais frituras... como você disse ‘rim não filtra óleo frito’ e sabe? Até eu consegui emagrecer e, parece, ele (aponta para o paciente) está mais contentinho...*” O que transparece na fala dessa esposa de um DRC é sua ignorância anterior de que poderia ajudar no tratamento, mudando hábitos e, assim, a qualidade de vida não só do doente, mas do grupo familiar.

Segundo Almeida (2003) a incidência de suicídio em portadores de DRC é pelo menos 10 vezes superior à da população em geral. Por envolver uma distorção do modo de avaliar a realidade, a depressão provavelmente exerça um importante papel na má adesão ao tratamento. As pessoas em processo desse adoecimento apresentam sentimentos como julgarem-se vítimas das circunstâncias, podendo provocar impacto negativo em seus relacionamentos afetivos (CORDEIRO, 2006). Por isso, a atenção por parte dos profissionais de saúde, assim como dos familiares e amigos, é indispensável para maior aceitação da situação instalada.

Alexitimia é a dificuldade em expressar afetos e, o paciente alexitímico costuma descrever sua queixas apenas pelos sintomas físicos, lhe faltando palavras para identificar e descrever os próprios sentimentos. São pacientes que raramente choram, e com tendência a ações impulsivas. Os relacionamentos interpessoais são precários, tendendo ou à dependência extrema ou a isolamento (PREGNOLATTO, 2005; BARBOSA, 2009).

Diante de todas estas situações o trabalho do psicólogo junto aos doentes DRC e familiares se faz necessário (RESENDE et al, 2007) no auxílio de ativação de estratégias de enfrentamento que resgatem o bem-estar e promovam melhor qualidade de vida.

Perdas Psicossociais

Para Santos e Sebastiani, 2001; Mendonça, 2007, muitos são os fatores a ser considerados no auxílio a doentes de DRC, que sofre modificações em todos os âmbitos (físico, psíquico e social), em intensidade variada, de acordo com o tipo de patologia, tratamento, condição socioeconômica, estrutura psíquica, meio ambiente, cultura, dentre outros. Almeida em 2009 afirmou que, pacientes renais crônicos sofrem estresse como as perdas laborais por dificuldades profissionais, com consequente redução de renda mensal, diminuição da auto competência, com perdas pessoais como: interesse sexual, medo da morte, restrições dietéticas e hídricas, alterações na imagem corporal e práticas específicas de higiene, que segundo os autores torna-se necessário o fornecimento de suporte social e educacional como parte integrante do tratamento. Diante dessas perdas a maneira de ver, interpretar e vivenciar tal situação determinará as reações emocionais, as mudanças dinâmicas existencial em suas crenças, podendo interferir em sua qualidade de vida.

Perdas laborais

O desemprego, entre portadores de DRC é uma norma (SILVA; SILVA, 2003; RABELLO, 2009). Embora esse seja um dado objetivo da qualidade de vida, é parâmetro complexo para avaliar, já que vários outros fatores tem influência sobre ele, como os psicossociais, concepções culturais, preconceitos contra o paciente, incapacidade de adequação às exigências de jornada de trabalho, etc.

Segundo Nucci (2003) em uma sociedade capitalista, a impossibilidade de trabalhar, dando conta das próprias necessidades de sobrevivência, trás sentimento de marginalidade,

sem autonomia. Pois é por meio da atividade profissional (trabalho remunerado), que o ser humano concretiza projetos, expressando-se e identificando-se. Muitas vezes, o portador de DRC ou perde seu emprego ou tem que reduzir o tempo de trabalho devido ao tratamento (BARBOSA, 2009). Entre vários relatos, um exemplo: “... sabe... depois que perdi meu emprego porque faltava muito e não conseguia produzir, eu, que fui um engenheiro, acabei por viver de favor com minha irmã. Lavava, passava, cozinhava e ainda tinha de ouvir que era um folgado, que não gostava de trabalhar. Ninguém respeita quem não se manda...”. Após o trabalho com a psicologia esse paciente fez outro curso, foi trabalhar e alçou à gerência, concluindo: “... agora sim, sou outro. Não voltei para a engenharia, mas ao menos trabalho com pessoas que me valorizam...”.

Cordeiro (2006) afirma que, especialmente em portadores de DRC, a dificuldade de readaptação para o trabalho pode desencadear depressão. Ainda conforme estes autor, este pode ser um ciclo vicioso interferindo na nutrição, na adesão ao tratamento, na dinâmica conjugal e familiar apresentando-se, também, como responsável por meio de taxa de mortalidade nessa população.

Perdas relacionadas à sexualidade

Mendonça (2007) relata queixas frequentes, carregadas de tabus, é a diminuição da capacidade ou interesse sexual. A disfunção normalmente está ligada a problemas psicológicos, sociais, familiares, hormonais, metabólicos e nutricionais, além dos orgânicos. Deve-se considerar o deslocamento de foco para o aparelho afetado e a disposição anatômica próxima dos órgãos excretadores que, por associação, remetem a medos e, com isto, a baixo desempenho. Esses podem levar o paciente a temer até mesmo a contaminação de seu (sua) parceiro (a) pela doença, ou vir a ter filho com tal problema. Chorates (2009) e Vieira (2013), estudando a sexualidade do DRC, descreveram ideias equivocadas do DRC acerca do tema que dificultam o prazer, condição necessária à qualidade de vida, como descrito por uma transplantada que há mais de 25 anos não fazia sexo, por medo de perder o enxerto, acreditando que o ato sexual faria com que o novo rim sofresse rejeição.

Cordeiro (2006) constatou que a maioria está insatisfeita com a vida sexual. Segundo o autor esse problema se apresenta em, praticamente, todos os tipos de tratamento de substituição renal, fato que deveria ganhar mais importância devido aos impactos e consequências que ele traz. Yassumoto et al. (2004) aponta estudos mostrando que homens com falência renal crônica, pioraram seu desempenho sexual quando passaram a fazer hemodiálise, mas melhoraram após um TX-Renal. O autor relaciona vários fatores, destacando os psicológicos, neurológicos, hematológicos, farmacológicos e endócrinos. Já, Vieira (2013), descreve piora nesse grupo para os homens e melhora entre as mulheres e, sua hipótese é a incompatibilidade hormonal entre produção da testosterona e medicação da imunidade.

Considerando a redução das condições físicas, a presença de sintomas advindos da doença e os efeitos colaterais das medicações, essa situação pode desencadear o estresse familiar e levar a término relações conjugais. Para Yassumoto et al., 2004 a disfunção sexual e insatisfação sexual, em renais crônicos, impõe que todos os profissionais envolvidos ofereçam suporte, informação e orientação que possibilitem lidar com o problema.

Os autores concordam que grande parte dessa população não recebe tratamento condizente com necessidades e expectativas individuais. Cabe ao profissional de psicologia acolher a estas e auxiliar na identificação e enfrentamento, apontando possíveis resoluções ao problema. Nesse assunto ressalta-se a importância do suporte ao companheiro fixo orientação pela equipe.

Perdas relacionadas à imagem corporal

Cada indivíduo cria para si uma imagem corporal a partir da interação de aspectos sociais, fisiológicos e históricos – pessoal e culturalmente. Com o adoecimento há rompimento dessa imagem e se exige uma mobilização a para re-significá-la. A doença surge como algo desconhecido e, o indivíduo necessita atribuir um sentido ao por que do mal biológico, assim como às circunstâncias que possibilitaram que ela emergisse. Para isso, ele constrói representações sociais (às vezes irracionais) acerca da doença e suas terapêuticas (QUINTANA; MÜLLER, 2006).

Para o paciente renal crônico a distorção da imagem corporal causa forte impacto psicológico, podendo prejudicar o tratamento enquanto não houver aceitação de suas consequências, como aumento do abdômen com sensação de obesidade (SILVA; SILVA, 2003).

Qualidade de morte

Segundo Almeida (2003), até a poucas décadas, a DRC significava atestado de óbito. Atualmente os vários tipos de tratamento modificaram a história dessa doença, melhorando seu prognóstico. A qualidade dessa sobrevida tem sido o centro das atenções dos profissionais de saúde.

No censo de 2008, a Sociedade Brasileira de Nefrologia apontava um risco de morte elevado para pacientes diabéticos, idosos e para aqueles que permaneciam há muitos anos em tratamento dialítico caso não fosse possível oferecer um transplante renal (RESENDE et al., 2008). Estes, ainda, dizem que as principais queixas que tratam da necessidade de adaptação ao tratamento e a questão da morte, especificamente quando algum colega de tratamento vem a óbito, gera sentimentos de medo de o paciente ser ‘o próximo’ e, assuntos relacionados à morte gera angústia em todos os envolvidos (doente, familiares e equipe).

Segundo Braga (2008) é necessário ouvir as pessoas que vivem o contexto da DRC. E, é necessário explicar, da melhor forma possível, sobre o que está ocorrendo e as questões que possam os estar preocupando. É indispensável ajuda para “morrer bem”.

Mas, o que é morrer bem? Morrer sem dor, perto das pessoas que se ama, dando sentido à sua existência. Não se pretende ‘resolver’ a doença, no sentido de curá-la, e sim ajudar a resolver a dor, o sofrimento, às necessidades básicas de higiene, nutrição e conforto do doente terminal, ajudando-o neste momento a não perder sua dignidade como pessoa, valorizando-o. Essas atitudes não prolongam a vida, nem aceleram a morte, mas oferecem conhecimentos médicos e psicológicos suficientes para o suporte físico, emocional e espiritual durante a fase terminal do paciente, melhorando a maneira da família e amigos lidar com a questão. Para isto o cuidado emocional é de responsabilidade de toda a equipe de saúde, que precisa estar em condições emocionais de trabalhar com os pacientes crônicos e seus familiares (BRAGA, 2008; BARBOSA, 2009).

3. CONCLUSÃO

Além de alcançar o objetivo geral que era descrever algumas das perdas biopsicossociais enfrentadas por pacientes/familiares de DRC, investigou-se as mais recorrentes e de que forma se manifestam. Também foi possível compreender a dinâmica da qualidade de vida dos pacientes renais e seus suportes sociais e, com isso, possibilitar reflexão de que é possível oferecer qualidade de vida e/ou morte para os pacientes.

Percebeu-se que a literatura é restrita em relação às perdas sofridas embora perceba-se um grande número de artigos recentes em torno de pesquisas relacionadas às doenças

crônicas, para a parte fisiológica da nefrologia e suas terapêuticas. Esse campo ainda é carente sobre as perdas biopsicossociais.

Durante o processo de revisão de literatura, observou-se que a mesma ainda está voltada para a área biomédica da DRC, falando-se das doenças em si e dos recursos que a medicina oferece em seus tratamentos, e não do paciente (ou de seus familiares) em uma perspectiva multidimensional, como a proposta desse trabalho, havendo relatos em entrevistas que não aparecem em estudos científicos.

Considera-se, por fim, que ainda há muito para ser pesquisado e compreendido sobre os aspectos emocionais, econômicos e das outras perdas relacionadas aos pacientes crônicos. Importante ressaltar que somente pesquisando e compreendendo estes pacientes que se poderão fazer reais intervenções no que diz respeito à qualidade de suas vidas.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. **J. Br. Nefrol.** v. 25, n. 4, p. 209-214. 2003.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciências & Saúde Coletiva.** v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

BARBOSA, P. **O paciente renal e suas perdas psicossociais.** Trabalho de Conclusão de Curso entregue a Coordenação do Curso de Psicologia da FEPAR. 2009.

BRAGA, S. M. P. **Tanatologia Conceitos-Relatos-Reflexões.** Fortaleza/Ce: LC Gráfica e Editora LTDA, p. 165-171, 2008.

CODAGNONI, J. C. **Criação de instrumento de avaliação psicológica do luto em doenças crônicas:** suas fases como vetores determinantes na adesão ao tratamento e qualidade de vida. Trabalho de Conclusão de Curso entregue a Coordenação do Curso de Psicologia da FEPAR, 2009.

CORDEIRO, J. A. B. L. **Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica.** Dissertação de Mestrado entregue ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, 2006.

CHORATES, N. T. R. **A sexualidade em pacientes renais pós-transplante (pós TX).** TCC entregue à coordenação do curso de psicologia da FEPAR. 2009.

GRAEFF, F. Serotonina, matéria cinzenta periaquedutal e transtorno do pânico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** N. 25 supl. 2; São Paulo/SP. 2003.

GOMIDE, F. **Manual prático do atendimento psicológico ao usuário do ambulatório de transplante renal do HUEC.** Trabalho de conclusão de curso de graduação em psicologia, entregue a coordenação do curso de psicologia da FEPAR. 2011

GUILHARDI, H. **Autoestima, autoconfiança e responsabilidade.** Em BRANDÃO; CONTE; MEZZAROBIA. Comportamento Humano – tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor. Santo André/SP: ESETec. 2002.

FLECK, M.P. de A. A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde. Porto Alegre/RS: Artmed. 2008. 228p.

MESTRE, M. et al. PERDAS BIOPSISSOCIAS E DOENÇA RENAL CRÔNICA. **Revista Gestão & Saúde**, v. 14, n. 2, p. 01-12, 2016.

MARTINS, M.R.I.; CESARINO, C.B. **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico**. Revista Latino-americana de Enfermagem; v. 13, n.5, p. 670-6. 2005.

MCDANIEL, S. H; HEPWORTH, J; DOHERTY, W. J. **Terapia Familiar Médica Um Enfoque Biopsicossocial às Famílias com Problemas de Saúde**. Porto Alegre/RS: Artes Médicas. 1994.

MENDONÇA, D. P. **Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, da Universidade Católica de Goiás. 2007.

MESTRE, M. **O desamparo aprendido, em ratos adultos, como função de experiências aversivas incontroláveis na infância**. Dissertação de mestrado, entregue ao departamento de psicologia experimental da USP/SP. 1996.

MESTRE, M. e CORASSA, N. Da ansiedade à fobia. **Psicologia Argumento**, Curitiba/PR: ano XVIII n. XXVI, abril, p. 105-126. 2000.

MESTRE, M. **O papel da seleção cultural na construção das emoções e sentimentos ou de sua representação, filtrados pela memória**. Em Guilhardi, H. J. Sobre Comportamento e Cognição. Santo André/SP: ESETec, v. 16. P. 70 - 91.2005.

MORSCH, C.; GONÇALVES, L. F.; BARROS, E. Índice de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e mortalidade em pacientes em hemodiálise. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.51, n.5, p. 296-300. 2005.

NUCCI, N.A.G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. Ribeirão Preto. Tese de Doutorado entregue ao Departamento de Psicologia e Educação da Universidade de São Paulo/SP. 2003.

PREGNOLATTO, A. P. F. **Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica**. Dissertação de Mestrado entregue ao Curso de Pós-Graduação da Pontifícia Católica de Campinas/SP, 2005.

PEDROSO, R. S.; SBARDELLOTO, G. Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crônicos: revisão teórica. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**. Belo Horizonte/MG, Ano 4, n.7. 2008.

QUINTANA, A. M; MÜLLER A. C. Da saúde à doença: representações sociais sobre a insuficiência renal crônica e o transplante renal. **Psicologia Argumento**, Curitiba/PR, v. 24, n. 44 p. 73-80, 2006.

RABELLO, R. **O comportamento humano no processo saúde-doença: Evidências para a prática psicológica no ambulatório de transplante renal**. TCC entregue à coordenação do curso de psicologia da FEPAR, 2009.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n.2, p. 177-184. 2007.

RESENDE, M. C.; SANTOS, F. A.; SOUZA, M. M.; MARQUES, T. P. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. **Psicol. clin.** V.19 n.2 Rio de Janeiro/RJ. 2007.

MESTRE, M. et al. PERDAS BIOPSISSOCIAS E DOENÇA RENAL CRÔNICA. **Revista Gestão & Saúde**, v. 14, n. 2, p. 01-12, 2016.

ROMÃO Jr., J. E. Doença Renal Crônica: Definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.26, n.3, p. 1-3. 2004.

SANTOS, C.T.; SEBASTIANI, R.W. **Acompanhamento psicológico a pessoas portadoras de doenças crônicas**. Em ANGERAMI-CAMON (org.) E a psicologia entrou no hospital. São Paulo/SP: Pioneira. 2007.

SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1, p. 10 – 14, 2003.

THOMAS, C. V.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de vida, depressão e características da personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. **Avaliação Psicológica**, v.4, n.1, p. 57-64, 2005.

TRENTINI, M; CORRADI, E. M; ARALDI, M. A. R; TIGRINHO, F. C. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n.1, p. 74-82, 2004.

YASSUMOTO, G; BEZERRA, C.S.; FACIO JR., N.F.; AZOUBEL, R. Avaliação da função erétil e da qualidade de vida sexual em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico no Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP – FAMERP, 2004.

VIEIRA, A. A. **Estudo acerca da sexualidade em pós-transplantados**. TCC entregue à coordenação do curso de psicologia da FEPAR, 2013.