

PROMOÇÃO DE REPERTÓRIO DE ENFRENTAMENTO COM ENFOQUE COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS

Larisse de SOUZA¹

Vanessa NUNES-DE-SOUZA²

RESUMO

A falência renal tem manifestação lenta, variável e assintomática, levando à dificuldade da descoberta e acompanhamento preventivo, podendo ser ocasionada em decorrência de algumas doenças de base, como diabetes e hipertensão. O adoecimento ou perda da saúde é uma condição que gera sentimentos negativos, prejudicando de modo global a qualidade de vida. Este trabalho objetivou verificar a eficácia de um protocolo de 20 sessões de orientação psicológica com enfoque cognitivo-comportamental, sobre uma amostra de 7 participantes. Participaram deste trabalho pacientes de ambos os sexos e com idade entre 18 e 60 anos. Os pacientes foram submetidos ao seguinte protocolo: aplicação dos instrumentos BAI, BDI e BHS para constatação de ansiedade, depressão e mensuração da desesperança antes da intervenção (pré-intervenção), seguido de 20 sessões de orientação psicológica. Posteriormente foi realizada outra avaliação com os mesmos instrumentos (pós-intervenção) e após 30 dias desta última avaliação, foi executada a avaliação final (follow-up), para verificar a eficácia das intervenções. Os dados foram submetidos à análise quantitativa descritiva. Observou-se que não houve modificação nos níveis de ansiedade e desesperança após a intervenção. Mas destaca-se, entretanto, que o protocolo de orientação psicológica foi eficaz para diminuir os níveis de depressão da amostra.

PALAVRAS-CHAVE: perdas; saúde; hemodiálise; coping; TCC.

Introdução:

A perda da saúde leva a pessoa à condição de doente e, em última instância, à hospitalização, que é permeada por diversos fatores de restrição, como o convívio familiar e social. Além disso, o paciente é submetido a diversas intervenções e

¹ Graduada em Psicologia do Centro Universitário Central Paulista – UNICEP, Rua Miguel Petroni 5111, 13563-470 São Carlos, São Paulo. Email: larisse_souza@outlook.com

² Doutora pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Docente do Centro Universitário Central Paulista – UNICEP, Rua Miguel Petroni 5111, 13563-470 São Carlos, São Paulo. Email: souzavn22@gmail.com

procedimentos invasivos, o que muda intensamente o contexto de vida do indivíduo (RUDNICKI e SANCHEZ, 2014).

Pereira et al (2016) afirma que a Doença Renal Crônica (DRC) tem estatística de acometimento de 10% a 13% entre o público adulto e, dentre as modalidades de tratamento (hemodiálise e diálise peritoneal), a mais utilizada é a hemodiálise. O censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia estimou que em 2014 haviam cerca de 112.000 pacientes em diálise, com 91,4% destes pacientes seguindo o tratamento em hemodiálise.

A DRC tem como principal característica a disfunção da filtração de resíduos, regulação de água e outros elementos químicos, pois se trata de um processo complexo de diminuição progressiva da taxa de filtração glomerular. Esta condição tem a sua manifestação lenta, variável e assintomática, o que é um fator que dificulta a descoberta e acompanhamento preventivo, aumentando a mortalidade precoce e a falência do funcionamento renal. A insuficiência renal crônica é ocasionada, muitas vezes, em decorrência de algumas doenças de base, como a diabetes e a hipertensão (CRUZ, TAGLIAMENTO e WANDERBROOKE, 2016, GESUALDO et al 2016). Os sintomas são: inchaço, falta de apetite, indisposição, cansaço, palidez, fadiga e perda muscular (CRUZ, TAGLIAMENTO e WANDERBROOKE, 2016; FILHO et al, 2016).

Quando a função renal se encontra entre 15% e 10% da sua capacidade, o processo de filtração precisa ser substituído. As possibilidades são: transplante através da doação de um órgão, a diálise peritoneal, que tem a sua aplicação no depósito do líquido de diálise na cavidade peritoneal (espaço entre os órgãos) e drenada através de um cateter (tubo flexível biocompatível). A solução de diálise entra em contato com o sangue e, com isso, as substâncias que estão acumuladas (uréia, creatina, potássio, entre

outras) são removidas, bem como o excesso de líquido que não está sendo eliminado pelo rim. A terceira opção, e mais utilizada, é a hemodiálise, técnica que visa suplementar as falhas da função renal através de um equipamento que realiza a filtração. Este equipamento tem a função de limpar e filtrar o sangue de sais e líquidos que seria realizado pelo rim se estivesse sadio (SBN, s.d.; CRUZ, TAGLIAMENTO e WANDERBROOKE, 2016).

O processo de hemodiálise tem impactos em aspectos físicos, psicológicos e sociais, implicando em determinadas limitações para o indivíduo. Por mais que a insuficiência renal crônica não torne a pessoa imediatamente inválida para atividades laborais, por vezes é necessário fazer uso de benefícios sociais como o ‘auxílio-doença’ ou ‘aposentadoria por invalidez’, até mesmo porque a pessoa doente renal crônica precisa frequentar clínicas ou hospitais especializados, variando de duas a três vezes semanais, com sessões de duas a quatro horas, conforme a indicação médica (CRUZ, TAGLIAMENTO e WANDERBROOKE, 2016).

Além da alta frequência às instituições especializadas, pesquisas apontam que há uma atenção rigorosa com a administração de medicamentos e dietas específicas. E por conta do tratamento ser de longa duração desencadeia uma série de impactos físicos, psicológicos e sociais em diversos contextos da vida, como por exemplo, as vivências de lazer que são reduzidas em frequência e modalidade, pois grande parte do dia o indivíduo se encontra debilitado fisicamente, limitando diversas atividades. Outro exemplo é na esfera laboral, atividade que precisa ser adaptada ou deixada temporariamente, afetando o padrão de vida da família, as condições de sustento e as oportunidades de lazer, pois o benefício recebido não é suficiente para suprir toda demanda. Além do impacto financeiro, é importante destacar as repercussões associadas à incapacidade de trabalhar, haja vista o significado do trabalho para cada indivíduo

que, muitas vezes, está atrelado a autorrealização. (CRUZ, TAGLIAMENTO e WANDERBROOKE, 2016).

A instituição hospitalar possui conotação de sofrimento e dor, pois o indivíduo se engaja em um contexto permeado pela vida e a morte. Estudos de O'Brien & Moorey, 2010 apud Rudnicki e Sanchez (2014) mostram que há relação entre fatores da doença (tipo de enfermidade, localização, estágio e tipo de tratamento) e aspectos do indivíduo (personalidade, estratégias de coping, apoio social, etc), os quais influenciam a vivência da doença e ajustamento emocional/comportamental a ela. O psicólogo trabalha o sentido de auxiliar a na flexibilização de pensamentos e crenças dos pacientes, com a finalidade de promover alterações nos padrões disfuncionais no campo emocional e comportamental associados à doença.

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) fundamentada por Beck é uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada ao presente e focada na resolução de problemas atuais, alterando pensamentos e comportamentos disfuncionais. Tem como premissa a interpretação que o sujeito faz do contexto, pois esta implica diretamente na maneira como o indivíduo se sente e se comporta na vida. Portanto se esta interpretação for disfuncional, conseqüentemente o comportamento do sujeito também será, e para isso desenvolvem-se recursos que têm a função de tornar o processo de interpretação mais adaptativo frente à realidade (BECK, 2013).

Coping é compreendido como um conjunto de estratégias flexíveis e propositais, utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a situações adversas. Tratam-se de esforços despendidos pelo indivíduo para comportar-se diante de situações estressantes, crônicas ou agudas. (ANTONIAZZI, DELL' AGLIO e BANDEIRA, 1998).

Folkman e Lazarus descrevem coping como uma relação de quatro conceitos: o primeiro é sobre a interação que acontece entre o indivíduo e o ambiente; o segundo

sobre a função de administração ou manejo da situação ou do problema que as estratégias de coping exercem. O terceiro conceito diz respeito à noção de avaliação de como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado para o indivíduo, avaliação essa que é dividida entre o nível primário e secundário; no primeiro, o coping vai se relacionar com os valores, compromissos e crenças que o indivíduo tem sobre si e sobre o mundo. O segundo nível de avaliação diz respeito ao processo cognitivo que envolve a reflexão dos fatores estressantes que se relacionam ao próprio indivíduo e seu ambiente. Por fim o quarto conceito é de engajamento de esforços cognitivos e comportamentais que o indivíduo vai dispende para lidar com as demandas internas e externas a partir da interação com o ambiente (ANTONIAZZI, DELL' AGLIO e BANDEIRA, 1998; SOUSA et al, 2009).

De acordo com a perspectiva cognitivista dos autores Folkman e Lazarus, o coping pode ser dividido em duas categorias: o coping centrado no problema e o coping centrado na emoção. O coping centrado no problema consiste em se dirigir esforços para mudar a situação que deu origem ao mal estar, ou seja, modificar as contingências responsáveis pela tensão. O coping centrado na emoção representa esforços no sentido de regular o estado emocional em episódios estressantes; objetiva equilibrar emoções com o intuito de reduzir a tensão diante de um estressor. O coping focado nas emoções pode ser verificado em casos em que o indivíduo não tem controle sobre a situação, como por exemplo, o adoecimento, a internação hospitalar de longa duração, a resistência à adesão ao tratamento e até mesmo a morte (LIPP, 2010).

Faustino e Seidl (2010) ressaltam que por ser de caráter psicoeducativo, a Terapia Cognitivo-Comportamental possibilita a aprendizagem de diversas habilidades (estratégias de coping, resolução de problemas) às pessoas com doenças crônicas, através do fator educativo. Este modelo sugere estratégias para aprimorar a capacidade

de escolhas, autocontrole diante da condição de saúde, administração do estilo de vida, auxilia na redução do estresse e possibilita o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas. Essas habilidades têm sido relacionadas à maior busca por solução dos problemas de saúde através do levantamento de informações, aumento do senso de controle, expectativa de autoeficácia, aumentando-os cuidados com a saúde e adesão ao tratamento.

A definição de Nezu e Nezu, (2008) para o repertório de habilidades de solução de problemas envolve a compreensão da natureza do problema e os objetivos que devem ser alcançados para a resolução do mesmo. Ou seja, a forma como a problemática se apresenta e o que pode ser feito diante de tal condição. Para tanto os autores estabelecem que problema é resultado da relação entre o indivíduo e o ambiente, que resulta em desequilíbrio. Deste modo a solução é definida como a resposta despendida para alterar a natureza da situação problemática e das emoções que a acompanham.

Para tanto, Nezu e Nezu (2008) estudaram o processo de solução de problemas e propuseram o modelo de protocolo para esta habilidade de competência social. Este processo conta com cinco etapas: orientação para o problema, definição e formulação do problema, levantamento de alternativas, tomada de decisões e prática da solução e verificação.

Diversas pesquisas afirmam que a variável mais importante para o bom desempenho do protocolo terapêutico adotado, é o comportamento do paciente, ou seja, a adesão ao tratamento. Porém este paciente precisa lidar com uma série de perdas ao decorrer da vida, podendo emergir reações de raiva, revolta ou comportamentos depressivos, manifestando intensa dificuldade em manejar sua condição, agravando o

quadro de saúde e prejudicando outros contextos, como as relações interpessoais. (CRUZ, TAGLIAMENTO e WANDERBROOKE, 2016).

Em vista disto, este trabalho objetivou verificar a eficácia de um protocolo de 20 (vinte) sessões de orientação psicológica com enfoque cognitivo comportamental em pacientes que frequentam o serviço de hemodiálise de um hospital gera em uma cidade do interior do estado de São Paulo.

Métodos

Este trabalho teve enfoque quantitativo que busca verificar/quantificar um determinado fenômeno. Para contemplar as diversas variáveis subjetivas presentes no contexto, utilizou-se a análise descritiva, que Miyazaki et al (2014) descrevem como uma coleta de informações sobre diversos conceitos e variáveis através de entrevistas ou estudos de caso.

Participantes: a amostra foi composta por 7 (sete) pacientes renais crônicos, que frequentam o hemocentro no setor de hemodiálise de um hospital geral localizado em uma cidade no interior de São Paulo.

Local: os dados foram coletados nos salões de procedimento de hemodiálise durante o processo da filtragem na máquina.

Instrumentos

BAI (Beck Anxiety Inventory) – Inventário de Ansiedade de Beck

O BAI é um instrumento de autorrelato que mensura a intensidade de sintomas de ansiedade de propriedades psicométricas. É constituído por 21 itens, com afirmações descritivas de sintomas de ansiedade que são avaliados pelo próprio indivíduo com referência a si mesmo (CUNHA, 2001).

BDI (Beck Depression Inventory) – Inventário de Depressão de Beck

Instrumento utilizado para avaliar e mensurar a intensidade de sintomas depressivos. São 21 itens de autorrelato e foram baseados em observações, relatos de sintomas e atitudes frequentes em pacientes psiquiátricos com transtornos depressivos (CUNHA, 2001).

BHS (Beck Hopelessness Scale) – Escala de Desesperança de Beck

BHS é um instrumento que mensura a dimensão do pessimismo ou da “extensão das atitudes negativas frente ao futuro”. Trata-se de uma escala dicotômica que envolve 20 itens que são afirmações sobre cognições de desesperança (CUNHA, 2001).

Procedimentos

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual constavam informações como o objetivo da pesquisa e possibilidade de desistência a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo.

Os participantes foram inicialmente submetidos à aplicação do BAI, BDI e BHS para constatação da presença ou não de ansiedade, depressão e mensuração da desesperança, bem como da severidade dos sintomas (pré-intervenção). Na sequência da primeira avaliação os participantes foram submetidos a um protocolo de 20 sessões semanais de orientação psicológica. Após o término do período de intervenção os participantes foram submetidos à segunda fase de avaliação com os instrumentos BAI, BDI e BHS para verificar os possíveis benefícios do protocolo aplicado (pós-intervenção). Após 30 dias da última avaliação, os pacientes passaram por nova avaliação com os instrumentos com o intuito de verificar se as possíveis alterações nos níveis de ansiedade, depressão e desesperança induzidas pelo protocolo se mantinham ao longo do tempo (“follow-up”).

Segundo a resolução 011/2012 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), atendimentos que se restringem até um máximo de 20 encontros caracterizam

orientação psicológica e não psicoterapia. Todas as etapas deste estudo seguiram as recomendações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

A figura 1 representa a média geral obtida após a aplicação dos instrumentos BAI, BDI e BHS no protocolo de pré-intervenção, pós-intervenção e follow-up, na amostra de 7 pacientes que participaram das 20 sessões de orientação psicológica.

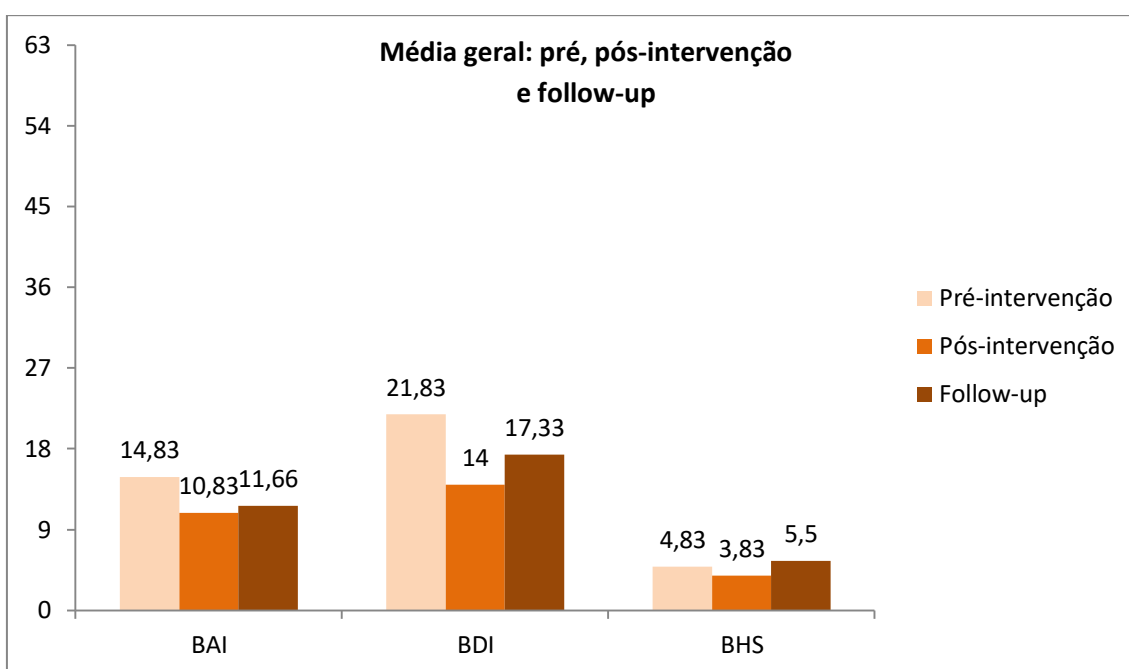


Figura 1. Média geral dos escores obtidos a partir da aplicação do BAI, BDI e BHS na pré, pós-intervenção e follow-up.

Analisando os dados referentes à ansiedade, a média geral obtida na pré-intervenção foi de 14,83 o que caracteriza ansiedade leve; o resultado na fase de pós-intervenção foi de 10,83 permanecendo no nível de ansiedade leve e na fase final do protocolo, os dados de follow-up apontaram um escore de 11,66, persistindo, portanto, grau leve de ansiedade. Observa-se, segundo a análise dos escores, que do início até o fim do protocolo a média geral dos níveis de ansiedade permaneceu em nível leve. No que se refere à mensuração da depressão, na pré-intervenção o BDI indicou escore de

21,83 caracterizando grau moderado de depressão. O resultado da pós-intervenção foi escore de 14 o que caracteriza redução para nível leve de depressão e os dados referente ao follow-up apontaram escore de 17,33 indicando, com isso, grau leve de depressão. Dessa forma, pode-se considerar que a diminuição no nível de depressão se manteve ao longo do tempo, mesmo passados 30 dias após a intervenção. No que se refere à desesperança, a pré-intervenção resultou no escore de 4,83 demonstrando que a amostra apresentou grau leve de desesperança. Após a intervenção ocorreu diminuição no escore obtido para o BHS que foi de 3,83 indicando nível mínimo de desesperança. Na avaliação final (follow-up), os pacientes apresentaram média de escore de 5,5 retornando para o nível leve de desesperança. Os níveis de desesperança apresentam, portanto, singela oscilação, entre grau mínimo e leve. É importante destacar que logo após a intervenção, o nível de desesperança diminuiu, embora esta diminuição não tenha se mantido ao longo do tempo (follow-up).

No que se refere aos participantes deste estudo, observa-se grande ausência de adesão ao tratamento inicial de diabetes e hipertensão, que precederam a falência renal. Dessa forma, fica claro o quanto passaram a negligenciar os cuidados em relação à própria saúde, adotando práticas divergentes do que lhes foi prescrito, o que contribuiu para o surgimento de outros diagnósticos (deficiência visual e insuficiência renal crônica) e a necessidade de serem submetidos a outros procedimentos, inclusive cirúrgicos, acarretando diversas mudanças clínicas e sociais para o indivíduo e seus familiares. Como aponta Dewulf et al (2006), as doenças crônicas necessitam de uso contínuo de medicamentos e readequação nos hábitos para alcançar a eficácia terapêutica. Assim, o baixo nível de adesão implica negativamente tanto na evolução do quadro clínico apresentado pelo paciente, quanto na qualidade de vida deste, que passa a vivenciar consequências pessoais, sociais, econômicas e psíquicas.

A maneira como o tratamento de diabetes foi administrado por 5 dos 6 pacientes caracteriza além de negligência, imprudência também, considerando que a equipe profissional que os acompanhavam, orientava quanto aos riscos de não cuidar do quadro. Os pacientes demonstravam negação do diagnóstico, afirmando tomar a medicação apenas uma vez ao dia, justificando não ter necessidade de utilizar todas as vezes conforme a prescrição; também relatavam sentir-se bem sem a medicação.

Os elementos de orientação foram negligenciados pelos pacientes em função da crença de que consequências deletérias eram improváveis. Gusmão e Mion (2006) discorrem que ausência de sintomas significativos ou demasiadamente preocupantes, como é o caso do início da manifestação do quadro de insuficiência renal, pode contribuir para a crença de improbabilidade da consequência. A percepção social da seriedade do problema, desconhecimento e outras experiências familiares também podem levar o paciente a crer que tal consequência pode não acontecer.

Os pacientes apontaram também o quão impactante é ser definitivamente afastado das atividades laborais por ‘invalidez’, evocando intenso afeto negativo relacionado a “sentir-se inútil”. Fatores que ilustram os impactos são descritos por Cruz, Tagliamento e Wanderbroocke (2016) afirmando que pacientes não são imediatamente impossibilitados de trabalhar por conta da insuficiência renal crônica. Entretanto, tendo em vista a grande frequência aos ambulatórios, diversos exames e os procedimentos que fazem parte da rotina de tratamento, fica pouco viável a continuidade no trabalho. Assim, por vezes é preciso fazer uso de benefícios como “auxílio doença” ou “aposentadoria por invalidez”.

Deste modo, as queixas levantadas pelos pacientes se referem ao afastamento laboral definitivo; à dependência de outra pessoa para auxiliá-lo no dia-a-dia remetendo

a “regressão” à infância e a impotência; à restrição alimentar; à debilidade física que o tratamento de hemodiálise proporciona e ao isolamento social por conta das condições atuais. As escassas vivências de prazer implicam diretamente na redução da qualidade de vida desses pacientes, ao passo em que o nível de qualidade de vida também tem relação com o baixo grau de adesão ao tratamento dos pacientes. Tais queixas corroboram os dados encontrados na literatura, os quais descrevem que o tratamento dialítico está relacionado à impactos nas áreas laboral, social e familiar, sendo necessária a reorganização de todos esses fatores (CRUZ, TAGLIAMENTO e WANDERBROOKE , 2016)

Durante a intervenção foi trabalhado o *coping* centrado na emoção, considerando a cronicidade do quadro de saúde, que só é possível ser alterado com o transplante de rim, o que é incerto. Lipp (2010) descreve que para o *coping* centrado na emoção o indivíduo deve despender esforços para regular seu estado emocional nos episódios mais estressantes, objetivando reduzir a tensão ocasionada:

“[...] Não é fácil simplesmente aceitar essa condição. Perdi meu emprego, não posso fazer várias coisas, não posso nem soltar pipa com os meus filhos. Mas também sei que esse é o único meio de permanecer um pouco mais e se Deus quiser, conseguir um transplante [...]”.

Diante de um quadro de saúde bastante complexo e debilitado, os pacientes passam por algumas fases destacando, o luto pela perda da saúde e a aceitação de que o tratamento dialítico é uma forma de melhorar a qualidade de vida. Tais momentos devem ser vistos como adaptativos, de modo que a percepção da fragilidade pode indicar a necessidade de cuidados e, portanto a adesão às terapêuticas propostas.

O *coping* centrado no problema é utilizado em situações nas quais o indivíduo precisa direcionar esforços e comportar-se para alterar uma situação considerada problemática (LIPP, 2010). Esta técnica foi utilizada para condições pontuais, como a

intensa dificuldade de compreensão demonstrada pelos pacientes, das instruções passadas pela equipe de saúde, como por exemplo, o resultado de exames e prescrições médicas. Os pacientes foram orientados à conversar de modo assertivo com os profissionais a fim de obter todas as informações necessárias. Cruz, Tagliamento e Wanderbroocke (2016) destacam que a adesão ao tratamento envolve a relação estabelecida com a equipe de profissionais envolvidos, proporcionando segurança e integrando a rede de apoio necessária.

Outra técnica trabalhada objetivando o coping centrado no problema foi a de resolução de problemas, a qual consiste na aquisição de respostas para mudar a natureza da situação problemática e conseqüentemente reduzir os níveis de afeto negativo. A partir desta técnica, cujos benefícios são percebidos a curto e longo prazo, as respostas adquiridas devem buscar maximizar conseqüências positivas e minimizar conseqüências negativas. Tal técnica compreende a integração de uma série de habilidades específicas que devem ser aprendidas como, por exemplo: orientação para o problema, que consiste na identificação de reações cognitivo-afetivo-comportamentais imediatas que o sujeito apresenta ao se deparar com a situação problemática; definição e formulação do problema, que objetiva clarificar e compreender a natureza específica do problema, ou seja, consiste em uma reavaliação da situação; o levantamento de alternativas, pelo qual o indivíduo vai perceber quais soluções estão disponíveis e assim reconhecer qual a melhor opção; a tomada de decisão, através da qual o indivíduo vai avaliar a melhor solução para ser aplicada e então a última habilidade, a prática da solução e verificação, que avalia a eficácia da solução escolhida, na tentativa de manejar a situação problema (CABALLO, 2008).

Deste modo o protocolo seguiu a orientação dos autores com relação às cinco etapas para auxiliar na resolução dos problemas:

“[...] Olha, foi difícil manter a calma e fazer tudo assim quando eu estava com o sangue fervendo, mas eu tentei respirar. Quando estava com a cabeça mais fria consegui ver o que realmente aconteceu entre eu e ela, depois de um tempo aceitei que a melhor forma de resolver isso, seria pedindo desculpas, mas também me preparei se ela não quisesse me ouvir. Foi difícil, mas por ela ser minha sogra e morar do meu lado, não tinha como viver daquele jeito. Já fazem três dias que isso aconteceu e até agora está tudo bem [...]”.

Por conta da neutralidade da técnica, esta pode ser aplicada em vários contextos e a médio e longo prazo por apresentar redução significativa de emoções negativas:

“[...] Eu sempre fui muito impulsiva e explosiva, mas nessa semana também tentei manter a calma para resolver as coisas de outro jeito. Foi bom porque não me estressei tanto assim [...]”.

A aquisição de novos comportamentos através da técnica de resolução de problemas permitiu que o paciente pudesse perceber a condição de escolher e decidir quais comportamentos deveria emitir a partir do novo repertório comportamental adquirido. Com isso, a decisão de analisar as diferentes situações de vida cotidiana e a possibilidade de escolher qual seria o comportamento mais adaptado a cada contexto, pode ter favorecido a manutenção dos escores de ansiedade no nível leve, de modo que o paciente enxerga a possibilidade de colocar em prática o que escolheu fazer na busca de lidar melhor com a cronicidade da doença e as dificuldades do dia-a-dia.

“[...] Com muito custo eu achei melhor mesmo dividir as tarefas com a funcionária lá da oficina. Apesar de no começo ter que ficar explicando tudo e eu não ter paciência pra isso. Eu insisti um pouco e agora consigo fazer outras coisas, como aproveitar mais os meus filhos. Às vezes deixo o telefone desligado, porque tem dias que ela liga muito e sempre pergunta as mesmas coisas. Já avisei que se ela sabe, não precisa me ligar para confirmar [...]”.

Também é importante destacar que os sintomas de ansiedade já estavam baixos desde o começo do trabalho e o protocolo possuiu apenas 20 sessões. É importante ressaltar que este protocolo é caracterizado por ter caráter de orientação psicológica e não de um processo psicoterápico, o que também pode ter influenciado nos resultados obtidos em relação à ansiedade, haja vista que o manejo de sintomas de ansiedade tende a ser mais complexo e demandar mais tempo.

Diante do exposto, sugere-se, ainda, que a ausência de modificação nos níveis de ansiedade pode estar atrelada a diversas variáveis, entre elas o fato de os pacientes conviverem com um quadro de saúde consideravelmente instável, bem como o desconforto do ambiente hospitalar instalado em rotina.

“[...] Não é fácil conviver com tudo isso, mas o tratamento, por mais difícil que seja, é a única forma de cuidado que tenho hoje. Sei que se eu não seguir a dieta, por exemplo, eu vou passar mal quando me ligarem na máquina. E como se não bastasse, ainda temos que lidar com as pessoas ao nosso redor [...]”.

“[...] Eu sei que tenho que vir aqui mesmo, toda semana é a mesma coisa, então eu já acostumei [...]”.

Baptista, Carvalho e Lory (2015) propõe que a ansiedade deve ser compreendida como um mecanismo adaptativo do ser humano, podendo, portanto, estar mais alta ou mais baixa, conforme a interpretação que se faz da situação. O manejo da condição proposto pelos autores leva em consideração o tratamento farmacológico (benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da recaptção de serotonina), bem como os protocolos de tratamentos psicológicos, visando a modificação da interpretação catastrófica, comportamentos de evitação ou fuga e consequentemente a diminuição da ativação fisiológica.

Neste sentido é possível sugerir que o contexto hospitalar pode ser visto como um ambiente de proteção e não de ameaça, haja vista os baixos níveis de sintomas de ansiedade apresentados pelos pacientes da amostra. Outro aspecto importante de se considerar é a complexidade de dominar os recursos para lidar com as situações que eliciam mais ansiedade, sendo necessário, portanto, um protocolo específico para esta condição.

Os resultados deste trabalho apontam para a possibilidade dos pacientes terem adquirido repertório para regular emoções, gerando melhora no humor, visto que inicialmente os pacientes se encontravam com nível de depressão moderado, e ao fim do protocolo, apresentaram esta mesma condição em nível leve. Compreende-se que a

execução do novo repertório de enfrentamento e o processo de redução do afeto negativo são os dados de destaque, confirmando a eficácia do protocolo utilizado.

Nesse sentido, o protocolo foi eficaz para reduzir sintomas de uma condição (depressão) que se encontrava mais acentuada. Portanto, pode-se inferir que através do protocolo os pacientes adquiriram repertório para regular emoções, principalmente no que diz respeito aos sentimentos de impotência, incapacidade e inutilidade em relação à cronicidade da doença. O *coping* centrado na emoção possibilitou a diminuição desses sentimentos, favorecendo a diminuição dos sintomas de depressão e melhorando o humor. A redução dos níveis de depressão (e conseqüentemente da vivência de afeto negativo) após as vinte sessões de orientação psicológica pode ser atribuído ao fato dos pacientes conseguirem adquirir recursos para lidar de forma mais adaptada com as problemáticas inter-relacionais do dia a dia:

“[...] Eu sei que a minha condição não mudou, mas acho que a forma que vejo ela hoje não é mais como percebia antes, apesar de todas as coisas que aconteceram, ainda posso fazer alguma coisa [...]”;

“[...] Hoje pretendo continuar a escrever meu livro, estou construindo uma loja de utilidades com a minha mãe na frente de casa [...]”.

Diversas variáveis estão atreladas à ausência de alteração nos indicadores de desesperança. Pode-se cogitar que os pacientes se encontram no processo inicial de colocar em prática as mudanças de comportamento, apresentando certa insegurança com a nova rotina, de modo que ainda não conseguiram experimentar os efeitos reforçadores do ambiente sobre a mudança de postura. Outro ponto que merece destaque e que pode estar relacionado aos baixos níveis de desesperança é a intensa manifestação e apego à espiritualidade e à esperança pelo transplante pelos pacientes:

“[...] Do mesmo jeito que isso aconteceu de repente, posso melhorar e não precisar mais disso. Semana passada meus exames estavam melhores, eu acredito em um milagre [...]”;

“[...] Se Deus quis assim, foi porque ele tem um propósito pra minha vida assim [...]”;

“[...] Quando eu era novo, tinha diabetes e não cuidava, desfrutava da vida como uma pessoa do mundo. Hoje não tenho mais a mesma visão, mas posso enxergar que a vida da gente tem outro propósito, que não é só aproveitar as coisas boas. A vida aqui na terra vai passar e essa eu não vou enxergar com os olhos do mundo, mas agora eu enxergo com os olhos de Deus e tenho o foco na minha vida espiritual [...]”.

A condição de desesperança apresentou-se sem alterações, já que a amostra apresentou nível leve na pré-intervenção, passando a mínimo na pós-intervenção e finalizando o processo com grau leve no follow up. Destaca-se, entretanto, que os resultados de pré-intervenção e pós-intervenção permaneceram baixos, mas a sua crescente no follow up (nível mínimo para nível leve) pode indicar que o paciente necessita de mais apoio, o que seria possível através de um processo psicoterápico com maior tempo de duração. A demora no acesso a reforçadores ambientais a partir da aquisição e prática de novo repertório comportamental também pode gerar incerteza, e até certo ponto negativismo:

“[...] Estar com as pessoas é muito complicado. Geralmente quando chego em algum lugar e as pessoas me veem com uma bengala e com o braço desse jeito (se referindo à cirurgia de fístula), elas sentem pena de mim, quando eu falo da minha história sentem mais ainda. Parei de falar de mim para os outros, senão só vão me ver como coitado [...]”.

“[...] Tudo isso é muito novo pra mim, eu nunca pensei que fosse precisar disso. As vezes fico tentando explicar o motivo porque isso aconteceu. Mas não adianta, eu tenho que vir mesmo (referindo-se à hemodiálise) até porque esse é o único tratamento que tem. Ainda tenho que agradecer, porque tem doenças que não tem tratamento [...]”

“[...] Não tem muito que fazer, a única saída é vir pra cá mesmo, então tenho que me acostumar. Brigar com as pessoas lá em casa não vai mudar minha condição [...]”.

Neste trabalho constatou-se que as vivências que envolvem a esperança, no contexto de insuficiência renal crônica, giram em torno de pensamentos mágicos, como o desejo de reversão do quadro através da espiritualidade e fé diante da possibilidade do transplante, que, embora incerta, pode acontecer a qualquer momento. Esse contexto

explica, pelo menos em parte, o baixo nível de desesperança em todas as etapas deste estudo.

Conclusão

Pode-se concluir que, apesar de não alterar os níveis de ansiedade e desesperança, o protocolo foi eficaz para a redução dos níveis de depressão na amostra. A utilização das técnicas de coping para o enfrentamento e de habilidades sociais para a resolução de problemas foi importante para a diminuição das manifestações de afeto negativo e melhor posicionamento frente ao quadro de saúde, de maneira que os pacientes adquiriram maior repertório de comportamentos relacionados à qualidade de vida.

Agradecimentos: este trabalho foi desenvolvido a partir de um projeto de iniciação científica, fomentado pelo CNPq, pelo qual agradeço a oportunidade de ter sido contemplada com bolsa. Agradeço também a todos os docentes da instituição, que se dedicam todos os dias para nos proporcionar uma formação de qualidade, em especial a minha orientadora que me auxiliou na execução deste projeto e às psicólogas responsáveis pelo Serviço de Hemodiálise, que acolheram o trabalho com muito carinho.

Directory development of confrontation with emphasis behavior-cognitive in chronic renal patients

ABSTRACT: Renal failure has a slow manifestation, variable and asymptomatic manifestation, leading to the difficulty of the discovery that and preventive monitoring, and may be caused by some basis diseases, such as diabetes and hypertension. The sickness or loss of health is a condition that generates negative feelings, impairing overall the quality of life. This study aimed to verify the efficacy of a protocol of 20 sessions of psychological orientation with cognitive-behavioral focus, on a sample of 7 participants. Patients of both genders and between the ages of 18 and 60 participated in this study. Patients were submitted to the following protocol: application of the BAI, BDI and BHS instruments to verify anxiety, depression and measurement of the hopelessness before the intervention, followed by 20 sessions of psychological

orientation. Subsequently another evaluation was carried out with the same instruments and after 30 days of this last evaluation, the final evaluation (follow-up) to verify the effectiveness of the interventions. The data were submitted to descriptive quantitative analysis. It was observed that there was no change in the levels of anxiety and hopelessness after the intervention. However, it is noteworthy, however, that the psychological counseling protocol was effective in reducing the levels of depression in the sample.

KEY-WORDS: losings; health; hemodialysis; coping; TCC.

Referências Bibliográficas

ANTONIAZZI, A.S., DELL'AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de coping: uma revisão teórica, **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.

BAPTISTA, A., CARVALHO, M., LORY, F. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. **Psicologia**. Lisboa, v. 19. n. 1-2, 2005.

BECK, J.S. Terapia Cognitivo-Comportamental. In **Introdução à Terapia Cognitivo-comportamental**. 2ª edição, São Paulo, Artmed, p. 21-34, 2013.

BECK, J.S. Terapia Cognitivo-Comportamental. In **Estrutura da Primeira Sessão**. 2ª edição, São Paulo, Artmed, p. 79-99, 2013.

BECK, J.S. Terapia Cognitivo-Comportamental. In **Identificando e Modificando as Crenças Intermediárias**. 2ª edição, São Paulo, Artmed, p. 219-248, 2013.

CABALLO, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. In: **O treinamento em Habilidades Sociais**. São Paulo, Livraria Santos Editora, p.361-398.2008.

CABALLO, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. In: **O treinamento em Solução de Problemas**. São Paulo, Livraria Santos Editora. p.471-492, 2008.

CAMARGO, J. ANDRETTA, I., Terapia cognitivo-comportamental para depressão: um caso clínico, **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 1, jan/jun, 2013.

CRUZ, V.F.E.S., TAGLIAMENTO, G., WANDERBROOCKE, A.C., A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho, **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1050-1063, 2016.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das ESCALAS DE BECK**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2011.

DEWULF, N.L.S., et al, Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital

universitário, **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 4, out/dez, 2006.

FILHO, J.C.A., et al, Nível de atividade física em pacientes em hemodiálise: um estudo de corte transversal, **Fisioter Pesqui**,v. 23, n. 3, p. 534-540, 2016.

GESUALDO, D.G., et al, Fatores associados a fragilidade de idosos com doença renal crônica em hemodiálise, **Ciência & Saúde Coletiva**,v. 21, n.11, p. 3.493-3.498, 2016.

GUSMÃO, J.L., MION, D.J. Adesão ao tratamento- conceitos, **Rev Bras Hipertens**, v.13, n. 01, p. 23-25, 2006.

LIPP, M.E.N, **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas**, 3ª ed, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010.

NEME, C.N.B., LIPP, M.E.N., Estresse Psicológico e Enfrentamento em Mulheres Com e Sem Câncer, **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 475-483, jul-set, 2010.

PEREIRA, E., et al, A escolha do método dialítico- variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento, **J Bras Nefrol**, v. 38, n. 2, p. 215-224, 2016.

RUDNICKI, T., SANCHEZ, M.M. Psicologia da Saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral. In: **Psicologia da Saúde: Base e Intervenção em Hospital Geral**, Synopsys, p. 20- 46, 2014.

RUDNICKI, T., SANCHEZ, M.M. Psicologia da Saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral. In: **Pesquisa em Psicologia Hospitalar**, Synopsys, p. 90-101, 2014.

RUDNICKI, T., SANCHEZ, M.M. Psicologia da Saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral. In: **Doença Crônica e Saúde: Enfermos em Tratamento de Hemodiálise**, Synopsys, p. 255- 274, 2014.

HEMODIÁLISE, **Sociedade Brasileira de Nefrologia**, s/d. Disponível em: <<https://sbn.org.br/>>. Acesso em maio de 2017.

SOUSA, I.F., et al, Estresse ocupacional, coping e burnout, **Estudos**, Goiania, v. 32, n. ½, p. 57-74, jan/fev, 2009.