



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ  
FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E UNIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE

IVAÍ MALHEIROS MIRANDA

DIFICULDADES RELACIONADAS AO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA EM  
PACIENTES CARDIORRENALIS: UMA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA EM  
PSICOLOGIA NUM HOSPITAL PÚBLICO



BELÉM  
2018

IVAÍ MALHEIROS MIRANDA

**DIFICULDADES RELACIONADAS AO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA EM  
PACIENTES CARDIORRENAIS: UMA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA EM  
PSICOLOGIA NUM HOSPITAL PÚBLICO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção à Saúde Cardiovascular, no Curso de Pós-graduação Latu Senso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade do Estado do Pará.

Orientador: Msc. José de Arimateia Rodrigues Reis.

BELÉM  
2018

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna**  
**Biblioteca Prof. Dr. Sérgio Martins Pandolfo**

---

M672d

Miranda, Ivaí Malheiros

Dificuldades relacionadas ao enfrentamento da doença em pacientes cardiorrenais: uma experiênciada da residência em psicologia num hospital público./ Ivaí Malheiros Miranda; orientador: Msc. José de Arimatéia Rodrigues Reis\_2018.

61p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Renal)-Universidade Estadual do Pará e Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Belém, 2018.

1. Síndrome cardiorrenal. 2. Enfrentamento. 3. Estratégias de Cuidado. 4. Psicologia Hospitalar. I. Reis, José de Arimatéia Rodrigues, orient. II. Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. III. Título.

CDD 22ª. ed.:616.61

---

## TERMO DE APROVAÇÃO

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ  
FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASTAR VIANNA

IVAÍ MALHEIROS MIRANDA

### DIFICULDADES RELACIONADAS AO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA EM PACIENTES CARDIORRENALIS: UMA EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA NUM HOSPITAL PÚBLICO

Trabalho de Conclusão de Residência submetido à defesa, como requisito à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-graduação Lato Sensu do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular da Universidade do Estado do Pará.

Orientação: Msc. José de Arimateia Rodrigues Reis.

Conceito: \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

\_\_\_\_\_  
Msc. José de Arimateia Rodrigues Reis – Orientador.

\_\_\_\_\_  
Msc. Arina Marques Lebrege – Avaliadora.

\_\_\_\_\_  
Msc. Alessandra Genu Pacheco – Avaliadora.

\_\_\_\_\_  
Msc. Eliane de Nazaré Sales Dantier – Avaliadora Suplente.

BELÉM, 18 de janeiro de 2018.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	9
2.1. OBJETIVO GERAL .....	9
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	10
3.1. RECURSOS DE ENFRENTAMENTO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO .....	10
3.2. A CARDIOPATIA, A INSUFICIÊNCIA RENAL E AS CORRELAÇÕES PARA O SUJEITO .....	12
3.3. A SÍNDROME CARDIORRENAL (SCR) .....	16
3.4. A PSICOLOGIA E AS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO RELACIONADAS A PACIENTES CARDIORRENALIS .....	18
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	21
4.1. TIPO DE PESQUISA .....	21
4.2. LOCAL DA PESQUISA .....	23
4.3. PARTICIPANTES .....	24
4.3.1. Critérios de inclusão .....	25
4.3.2. Critérios de exclusão .....	25
4.4. INSTRUMENTOS DE PESQUISA .....	25
4.5. COLETA DE DADOS .....	26
4.6. ASPECTOS ÉTICOS .....	26
<b>5. ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO</b> .....	28
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	45
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	56
APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....	57
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD) .....	59
ANEXO 1 .....	61



## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** No contexto mundial e brasileiro as doenças cardiovasculares e renais caracterizam-se como um problema de saúde pública, pelo alto número de pessoas acometidas e o alto custo que os seus tratamentos exigem. No momento em que a disfunção cardíaca aguda ou crônica propicia a disfunção renal aguda ou crônica, caracteriza-se a Síndrome Cardiorrenal, sendo que este processo também pode acontecer de forma inversa. O tratamento dessa doença é complexo, com dietas, ampliação de repertório de hábitos de vida saudáveis, medicamentos, exames invasivos e nos casos mais agravados há a necessidade de se realizar hemodiálise e procedimentos cirúrgicos. Compreende-se que realizar o tratamento de forma eficaz requer do paciente e por vezes da família, uma série de estratégias de enfrentamento que contribuam significativamente para este processo de cuidado, visto que o mesmo se configura como uma situação de estresse, e tem implicações diretas no planejamento de vida traçado pelo sujeito, ao ter que deparar-se constantemente com vários sentimentos e emoções que não propiciam a saúde do paciente. **OBJETIVO:** identificar as principais dificuldades que se fazem presentes nos pacientes quando vivenciam o tratamento da Síndrome Cardiorrenal. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo com enfoque no método qualitativo, de cunho descritivo, na qual participaram 3 pacientes entre 18 de 59 anos, acometidos tanto por uma DC quanto DR, internados na Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, no setor de clínica médica. Os dados foram coletados dos prontuários e por entrevistas semi-estruturadas. As falas dos participantes foram analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2006). **ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO:** A partir da coleta de dados emergiram três categorias: 1) Aspectos preventivos quanto à saúde: trata sobre o acesso ao serviço de saúde, a organização da rede, o perfil dos pacientes atendidos pela rede de saúde, entre outros; 2) Dificuldades relacionados ao tratamento: destaca-se os impasses e complicadores existentes para a realização do tratamento eficaz, como condição socioeconômica, moraria, cultura, concepção de sujeito de direitos, entre outros; 3) Sentimentos e significados relacionados ao enfrentamento do adoecimento: tais como, angústia, medo, raiva, culpa, baixa autoestima, perda de função social, ansiedade, entre outros. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** através da pesquisa pode-se concluir que a prevenção não está sendo realizada de forma adequada nos serviços de saúde, gerando agravamento da cronicidade dos pacientes. Salieta-se que a questão de os pacientes morarem longe do serviço de referência prejudica o seu acesso e permanência no tratamento, gerando dificuldades para ele e para o cuidado da equipe. Considera-se que as dificuldades e os sintomas emocionais e subjetivos que estão relacionados a doença, também se caracterizam como impasses para o tratamento eficaz. Portanto necessitam de estratégias de intervenção do psicólogo, em conjunto com os demais membros da equipe de saúde com o objetivo de favorecer a criação de estratégias de enfrentamento funcionais do paciente e atenuar o sofrimento psicológico.

**Palavra-chave:** Síndrome Cardiorrenal; Enfrentamento; Estratégias de cuidado; Psicologia Hospitalar.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In the world and Brazilian context, Cardiovascular and Kidney Diseases are characterized as a public health problem, due to the high number of people affected and the high cost that their treatments require. At the moment when acute or chronic cardiac dysfunction leads to acute or chronic kidney dysfunction, cardiorenal syndrome is characterized, and this process can also happen inversely. The treatment of this disease is complex, with diets, expansion of repertoire of healthy life habits, medications, invasive examinations and in the most aggravated cases there is a need for hemodialysis and surgical procedures. It's understood that performing the treatment effectively requires the patient and sometimes the family, a several of coping strategies that contribute significantly to this process of care, since it's configured as a stress situation, and has direct implications in the planning of life traced by the subject, having to constantly face with several feelings and emotions that do not provide the health of the patient. **OBJECTIVE:** to identify the main difficulties that are present in patients when they experience the treatment of Cardiorenal Syndrome. **METHODOLOGY:** This is a qualitative, descriptive study, in which 3 patients aged 18-59 years, who were affected by both CD and KD, were admitted to the Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, in the sector medical practice. Data were collected from medical records and semi-structured interviews. The speeches of the participants were analyzed by the Bardin Content Analysis technique (2006). **DATA ANALYSIS AND DISCUSSION:** From the collection of data emerged three categories: 1) Preventive aspects regarding health: it deals with the access to the health service, the organization of the network, the profile of the patients served by the health network, among others ; 2) Difficulties related to treatment: the existing impasses and complications for effective treatment, such as socioeconomic conditions, housing, culture, conception of subject of rights, among others, are highlighted; 3) Feelings and meanings related to coping with illness: anxiety, fear, anger, guilt, low self-esteem, loss of social function, anxiety, among others. **FINAL CONSIDERATIONS:** through the research it can be concluded that prevention isn't being adequately performed in the health services, generating a worsening of patients' chronicity. It should be noted that the issue of patients living away from the reference service impairs their access and permanence in the treatment, generating difficulties for him and for the care of the team. It's considered that the difficulties and the emotional and subjective symptoms that are related to the disease, also are characterized like impasses for the effective treatment. Therefore, they need strategies of intervention of the psychologist, together with the other members of the health team with the objective of favoring the creation of functional coping strategies of the patient and attenuating the psychological suffering.

**Key words:** Cardiorenal Syndrome; Confrontation; Care strategies; Hospital Psychology.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**FHCGV** – Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

**HUJBB** – Hospital Universitário João de Barros Barreto.

**FSCMPA** – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

**DC** – Doença Cardiovascular.

**DR** – Doença Renal.

**IC** – Insuficiência Cardiovascular.

**IR** – Insuficiência Renal.

**IRC** – Insuficiência Renal Crônica.

**ICC** - Insuficiência Cardiovascular Crônica.

**IRA** – Insuficiência Renal Aguda.

**ICA** – Insuficiência Cardiovascular Aguda.

**TVM** – Troca de Válvula Mitral.

**SCR** – Síndrome Cardiorrenal.

**TCLE** – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

**TCUD** – Termo de Compromisso de Utilização de Documentos.

**UMS** – Unidade Municipal de Saúde.

**ESF** – Estratégia Saúde da Família.

**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento.

**DCNT** – Doença Crônica Não Transmissíveis.



## 1. INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) e a insuficiência renal (IR) constituem-se grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. São doenças com altas taxas de mortalidade e morbidade. No mundo, cerca de 850 milhões de pessoas morrem anualmente por doenças do rim e do trato urinário. Dados do DATASUS, de 2007, revelam que 293.473 internações no Brasil derivam de IC, sendo que 6,02% evoluem a óbito (SPINET et al., 2009; SIVIERO et al., 2014).

Segundo Reis (2011) a doença cardiovascular é a principal causa de morte em pacientes que estão em processo de diálise; cerca de 50% dos pacientes renais morrem por um evento cardiovascular. Na cardiopatia, a possibilidade de morte é 30 vezes maior em pacientes que estão realizando diálise. Logo, com essa incidência, faz-se necessário uma abordagem terapêutica abrangente, que contemple ambas patologias.

A partir da convergência dessas duas doenças, identificou-se como necessário investigar também as questões psicológicas do paciente acometido pela Síndrome Cardiorrenal, a qual se configura como sendo lesões renais que podem desencadear uma lesão cardíaca, sendo que este aspecto é interdependente, sistêmico e bidirecional. Este comprometimento pode partir tanto de uma insuficiência aguda ou crônica. Em consideração aos aspectos acima, percebe-se que é uma síndrome complexa, e que tem uma relação muito íntima com a subjetividade do sujeito, visto que os diagnósticos e terapêuticas que as circundam são singulares às demais doenças (MATOS-JUNIOR, 2013).

O psicólogo, assim como os outros profissionais da saúde, deve prestar assistência integral a este paciente, devido às repercussões biopsicossociais, como mudança de vida e percepção de si, sentimentos e emoções, perda das funções sociais, entre outras que a síndrome e o tratamento causam para este sujeito (NASCIMENTO, 2013).

Apesar de existirem programas na atenção básica que visam a prevenção e a promoção de saúde, preconizando diminuir a incidência e os agravos relacionados a essas patologias, verifica-se que ainda existe um grande número de usuários que internam em estado críticos, no próprio serviço de saúde onde acontecerá esta pesquisa, configurando-se assim, como um fator complicador para o seu tratamento, e onerando ainda mais a assistência.

O interesse pelo estudo do tema veio a partir da experiência como residente em psicologia, do Programa de Atenção à Saúde Cardiovascular, obtida na Clínica Médica pertencente à Fundação Hospital Clínicas Gaspar Vianna - FGCHV. Os atendimentos psicológicos prestados aos usuários que estavam internados nesta clínica, as discussões de casos com a equipe multidisciplinar, os relatos e a vivência do serviço, possibilitaram o contato com diferentes posturas dos pacientes frente ao tratamento, e como essa forma de lidar com a doença seria significativa para o momento da internação e para resto da vida. Mediante o exposto, faz-se importante compreender essas posturas para poder buscar atenuar o sofrimento psicológico pertencente a este processo.

A partir do levantamento bibliográfico, pode-se perceber que há ainda relativamente poucos estudos da psicologia intervindo frente a pacientes acometidos pela Síndrome Cardiorrenal, pois comumente a cardiopatia e a doença renal são estudadas separadamente, não se atentando para a relação pertinente existente entre elas. Visto isto, percebe-se que é condição *sine qua non* tanto para a psicologia como para o serviço de saúde, ampliar os conhecimentos a respeito do tema e poder oferecer um cuidado satisfatório.

É um tratamento que além de ser complexo, debilita a maioria dos pacientes, os quais vão precisar de estratégias de cuidado da equipe com o objetivo de atenuar os efeitos adversos que podem surgir. Em grande parte, os pacientes necessitam de um familiar que esteja tão implicado quanto o paciente no tratamento, caso contrário, há a possibilidade de surgir uma série de repercussões negativas como abandono, infecções, quadros clínicos críticos, entre outras que não contribuirão para o seu processo de cuidado.

O tratamento tem uma implicação direta no estilo de vida, na rotina, no plano de vida que já tinha sido traçado, e por conta da doença terá que ser alterado, junto com a inclusão da possibilidade de morte. Logo, o paciente cardiorrenal necessita de cuidados específicos e eficazes que contribuam para a diminuição do sofrimento psicológico, e a partir desta compreensão, seguir o tratamento de forma menos invasiva e estressante possível.

Esta pesquisa buscou contribuir para o alcance destas metas, desenvolvendo estratégias na pesquisa e no cuidado aos usuários internados que possam trazer benefícios tanto para o paciente quanto para a instituição.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar as principais dificuldades que se fazem presentes nos pacientes quando vivenciam o tratamento da Síndrome Cardiorrenal.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entender os sentimentos que estão relacionados ao tratamento do paciente que possui uma doença cardiorrenal.
- Compreender o significado que a doença cardiorrenal tem na vida desses pacientes.
- Descrever outros aspectos da vida do paciente que são pertinentes ao cuidado do paciente da enfermidade cardiorrenal.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1. RECURSOS DE ENFRENTAMENTO DO PROCESSO DE ADOECIMENTO

O conceito de "coping", denominado de enfrentamento, já tem sido estudado há algum tempo por diferentes saberes. Para a biologia o conceito está imerso na concepção de adaptação do organismo a eventos e agentes nocivos. A sociologia vai defender a ideia de que é a forma pela qual as ordens sociais adaptam-se a crises. No entanto, a psicologia considera a adaptação do sujeito a situações estressantes ou consideradas difíceis de se lidar (NUNES, 2011).

O enfrentamento pode ser compreendido como uma ação, pensamento ou comportamento que tenha o objetivo de superar algo que esteja causando algum tipo de estresse. Trazendo para o contexto da saúde, quanto melhor a capacidade de enfrentamento da situação de adoecimento, melhor o processo de adaptação. Enfrentar seria a busca pelo equilíbrio psicológico (COSTA e LEITE, 2009).

O processo de enfrentamento é a capacidade que o sujeito tem de lidar com os eventos estressores, buscando manter uma homeostase física, psicológica e social. Esse método pode acontecer em dois padrões: diretos e indiretos. Os padrões diretos estão relacionados com as habilidades e possibilidades que o sujeito dispõe para mudar o problema. Os padrões indiretos constituem em alterar a forma que o indivíduo atribui significados para o evento estressor, tendo em vista que este não pode ser modificado, por exemplo, como uma doença crônica (LORENCETTI e SIMONETTI, 2005).

A estratégia de enfrentamento é definida como um processo através do qual o indivíduo administra as demandas da relação pessoa-ambiente que são avaliadas como estressantes e as emoções que elas geram (COSTA e LEITE, 2009).

Segundo Lazarus e Folkman (1984) o termo enfrentamento é uma tradução do inglês coping, mais especificamente do verbo "to cope", que tem como significado "lidar adequadamente com uma situação".



De acordo com Gimenes (2000) o enfrentamento pode ser dividido em três categorias: o enfrentamento orientado pela situação, enfrentamento orientado pelo significado que aquele evento tem para o sujeito e enfrentamento orientado por avaliações, onde este irá considerar os riscos e benefícios possíveis.

Outra classificação de Gimenes (2000) separa o enfrentamento de duas formas: comportamental e o cognitivo. O enfrentamento comportamental focaliza uma situação problema, com o intuito de eliminá-la. O enfrentamento cognitivo está voltado para a minimização e a busca de novas representações para o indivíduo.

Existem outras duas propostas de definição do enfrentamento: a centrada no problema e a centrada na emoção, sendo que por vezes essas condutas se transversalizam. A primeira está pautada na origem do problema, logo, tem como conduta alterar o fator que está lhe causando tensão. A segunda procura alterar o estado emocional, e com isso, eliminar ou atenuar o sofrimento causado pela sensação física indesejável (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Após alguns estudos Gimenes (2000) chegou à conclusão de que enfrentamento são variadas respostas que o ser humano apresenta quando se encontra em situações fatigantes. O que vai caracterizar que tal situação é ou não um evento estressor será a própria vivência do sujeito e as reações que o mesmo apresenta frente essas situações, relacionadas por uma tentativa de reduzir danos, sejam físicos, psicológicos ou emocionais.

Nunes (2011) considera que o enfrentamento visa a adaptação à situação de doença, melhora na qualidade de vida e na condição psicológica.

As respostas de enfrentamento frente a situações estressantes deverão ocorrer, portanto, no sentido de extinguir ou alterar condições de risco tendo como resultado a adaptação psicossocial do indivíduo e conseqüentemente uma melhora na qualidade de vida e um funcionamento psicológico equilibrado. Este resultado é obtido quando um novo significado é atribuído para a experiência através da neutralização do caráter problemático, do controle das relações emocionais conseqüentes e da retomada de papéis anteriormente exercidos que foram abandonados devido à circunstância (p. 93).

Para Chaves et al (2000) todo o processo de cuidado por parte da equipe de saúde é muito amplo e específico. Portanto, deve se considerar



como uma das ações dos profissionais identificar as estratégias de enfrentamento do paciente e perceber a importância que elas têm na implicação do sujeito no tratamento, e por consequência, na evolução clínica.

### 3.2. A CARDIOPATIA, A INSUFICIÊNCIA RENAL E AS CORRELAÇÕES PARA O SUJEITO

Partindo da perspectiva médica tradicional, o adoecimento é visto como um setor do corpo do ser humano que não está desempenhando sua função corretamente. No caso da cardiopatia, se dá como uma má formação ou mau funcionamento em detrimento de outros fatores relacionados à vivência do sujeito. Para a psicologia, o adoecimento é percebido como um evento inesperado, em que o ser humano não está preparado para lidar com essa situação, tendo em vista não partir de uma escolha pessoal (FIGHERA e VIEIRO, 2005).

Existem duas formas pelas quais o indivíduo pode apresentar uma doença cardiológica: a cardiopatia congênita, a qual consiste em alterações na estrutura do coração, ainda no processo de formação do feto. E também a cardiopatia adquirida, que está relacionada a qualidade de vida precária, hábitos de vida inadequados, alimentação desregrada, entre outros fatores que contribuem para o comprometimento do coração e do sistema circulatório (BOTELHO et al., 2006).

Existem alguns fatores de risco que contribuem para o adoecimento do ser humano através de uma cardiopatia. Alguns deles são imutáveis, como a hereditariedade, que consiste em pessoas filhas de cardiopatas terem uma propensão maior de apresentar uma doença cardiovascular. Pessoas negras também parecem apresentar maior risco hereditários para essas doenças. A idade também é um fator significativo, tendo em vista, que o grupo de idosos tem uma incidência maior relacionado às doenças em questão. Por fim, o sexo, pois os homens possuem maiores chances de apresentar alguma sintomatologia (FILHO e MARTINEZ, 2002; GUS et al., 2002).

Existem, por outro lado, fatores de risco externos passíveis de mudanças no estilo de vida e responsáveis por uma série de comprometimentos no organismo, contribuindo assim para as cardiopatias adquiridas, como é o caso

do tabagismo. Outro fator é o sedentarismo, na perspectiva de prevenção e manutenção a doença. O consumo excessivo de álcool é significativamente danoso para o coração. O colesterol e o diabetes são também fatores relevantes que contribuem para a ocorrência de doenças cardiovasculares. E por fim, o estresse excessivo relacionado ao contexto social (FILHO e MARTINEZ, 2002; GUS et al., 2002).

O entendimento descrito acima se concretiza a partir de Kubzansky e Kawachi (2000), que identificam como fatores de risco para as cardiopatias os determinantes biológicos, comportamentais e psicossociais, sendo que, os fatores orgânicos são responsáveis apenas por 40% dos casos. Considera-se então que os fatores comportamentais e psicossociais são os principais atenuantes para esses tipos de patologia.

As cardiopatias são doenças que estão interligadas ao coração, este órgão que para a medicina é o responsável pelo bombeamento sanguíneo. O coração é o órgão que transborda significados para o sujeito, visto que vai além puramente da sua importância biológica, pois a este é atribuído socialmente o papel de detentor de emoções e sentimentos. Logo, cardiopatia é carregada de questões a serem resolvidas não só no âmbito orgânico, mas psicológico e social (BONOMO e ARAÚJO, 2009; WOTTRICH, 2015).

Segundo Vargas et al (2006) a sociedade atribui significados culturais para o coração como sendo o órgão responsável pelas emoções, e por obter o controle da vida, logo, cardiopatias de qualquer espécie contribuem para a mobilização integral do paciente em prol dessa patologia.

Por sua vez, a internação exige uma reorganização complexa da família e do paciente, visto que há uma quebra na linha de continuidade da vida do mesmo, por vezes ocorrendo de forma abrupta e inesperada, contribuindo para o desequilíbrio da dinâmica familiar (FREITAS et al., 2012).

O enfrentamento do paciente frente a esse tipo de patologia é complexo, pois as fantasias, crenças e o imaginário popular referente a doença e aos procedimentos estão interligados às cardiopatias, tendo influência na forma pela qual o indivíduo vai compreender, analisar e funcionar frente ao seu adoecimento (PADILHA e KRISTENSEN, 2006).

A doença cardíaca normalmente é silenciosa. Logo, quando alguns sintomas são percebidos pelo paciente, há a possibilidade de ocorrer um

"choque psicológico", no qual, a negação torna-se o grande mecanismo de defesa do paciente, pois pensar que ele tem uma cardiopatia é assimilar a ideia de morte. Por vezes, esse movimento leva ao próprio boicote do tratamento e da recuperação (ROMANO, 2001; WOTTRICH, 2015).

Portanto, o processo saúde-doença torna-se uma situação única para cada paciente. O adoecer é representado a partir do simbólico que o paciente tem sobre a doença em todas as suas dimensões, seja de cunho biológico, emocional ou social. A compreensão da doença é complexa, visto que, a mesma afeta a integridade do paciente, não há como ter o foco em um campo específico, mas sim nas inter-relações que eles mantêm, a partir do reconhecimento que o indivíduo tem sobre a doença (JACQUES, 2007; MINAYO, 2010; WOTTRICH, 2015).

Pacientes cardiopatas são únicos no seu processo de adoecer, sendo que cada um atribui o seu próprio significado nessa vivência a partir da sua experiência, apesar de apresentarem características semelhantes (JUAN, 2007).

Ansiedade, medo, angustia, aflição e descontentamento são sentimentos e emoções que se fazem presentes no adoecimento. Até certo ponto, tais percepções são relevantes para o paciente, considera-se até mesmo desejável ou positivo, visto que, é o que poderá mobilizar o sujeito sair da situação de paciente para participante do seu cuidado, buscando saber sobre si, o que está acontecendo, o que irá ser feito, e a compreensão das necessidades impostas pela patologia (JUAN, 2007; WOTTRICH, 2015).

Entretanto, quando essa gama de sentimentos e emoções transborda e supera os recursos que o paciente dispõe para lidar com tais situações, acabam se tornando complicadores para o tratamento do paciente, e as necessidades futuras de adaptação e reestruturação integral dessa pessoa pode ficar comprometida (JUAN, 2007; VARGAS et al., 2006; EBAID e ANDREIS, 2015).

Por exemplo, Vargas et al (2006) relatam que:

um alto grau de ansiedade pode levar o paciente a se mostrar apático, o que ocasionaria dificuldades para aprender as orientações verbais recebidas da equipe e um baixo grau de ansiedade pode denotar uma ausência de introversão, tendo como consequência igual



resistência em compreender e se reafirmar diante da situação vivida (p. 3).

Outra patologia que necessita de um tratamento complexo é a Insuficiência Renal Crônica (IRC), a qual, de acordo com Brito e Barros (2008), refere-se à perda parcial ou completa da função renal, tendo como sintoma principal a retenção de líquidos e substâncias nocivas ao organismo.

De acordo Silva (2011), a Doença Renal Crônica normalmente é progressiva e irreversível. Segundo Costa et al. (2014), há nessa doença um comprometimento multifatorial da função renal, que tem relação direta com a incapacidade do organismo de manter equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos.

Os rins possuem várias funções, uma delas é de filtrar o sangue que passa por ele e eliminar o que não serve para o organismo em forma de urina. Com o mau funcionamento dos mesmos, esse processo não ocorre; assim, quando o sangue circular rio corpo com as substancias tóxicas contidas dele, pode resultar em uma condição conhecida como uremia. A uremia traz vários sintomas como inchaço nos pés, braços e rosto, enjojo, vômito, fadiga, debilidade e dispneia, edema pulmonar e a alteração na pressão sanguínea (ZAMUDIO, 2003; BRITO e BARROS, 2008; COSTA et al., 2014).

Outra função dos rins é o controle das concentrações de minerais no organismo, como o cálcio, fosforo e potássio, que agem sobre todo o corpo (COSTA et al., 2014). De acordo com Brito e Barros (2008) o acúmulo desses sais podem ser danosos ao ser humano, por exemplo, o excesso de potássio poder gerar uma parada cardíaca.

O tratamento desta patologia depende do grau em que se encontra a doença, podendo ser medicamentoso, dieta alimentar, dialítico ou transplante. Apesar dos avanços tecnológicos terem aumentado a sobrevida de pessoas que possuem IRC, ainda não foi possibilitado retorno à qualidade de vida antecedente da doença (MARTINS e CESARINO, 2005; COSTA et al., 2014).

Devido a essas formas de tratamento, a vida dos pacientes acometidos por uma DRC é modificada significativamente, pois de acordo com Martins e Cesarino (2005) eles:

[...] dependem de tecnologia avançada para sobreviver, apresentam limitações no seu cotidiano e vivenciam inúmeras perdas e mudanças

biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida tais como: a perda do emprego, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas (p. 671).

Percebe-se que a cronicidade desta doença é impactante e incapacitante em alguns momentos. Logo, faz-se necessário haver mudanças no estilo de vida, nas suas relações, a forma pelo qual o sujeito lida com ele mesmo e sua atual condição. Dependendo do grau da doença e do tratamento, o indivíduo é forçado a adaptar-se para sobreviver e superar as dificuldades e obstáculos que antes do adoecimento não existiam ou foram agravados pela sua situação (SILVA et al., 2011).

A DRC por si só já traz várias repercussões negativas para a subjetividade e sentimentos do paciente. Quando ele entra em tratamento dialítico isso é muito mais acentuado, apesar de gerar melhoras clínicas consideráveis. As estratégias de enfrentamento psicossociais ficam fragilizadas nesse processo, podendo desencadear situações como depressão, ansiedade, impotência, dependência, isolamento, baixa autoestima, entre outras emoções, sentimentos e reações existentes que não contribuem de forma positiva para o contexto em que o paciente se encontra (MARTINS e CESARINO, 2005; SILVA et al., 2011).

Esses aspectos são acentuados pelo fato de que o ser humano na maioria das vezes não percebe sua finitude e a impotência diante a morte até o adoecimento. Neste momento, há uma ruptura na vida do sujeito, o qual estava planejada para seguir de outra forma. No entanto, o aparecimento da doença faz com que sejam traçados novos caminhos. E cada paciente irá experienciar esse momento de forma singular (CESARINO e CASAGRANDE, 1998; NASCIMENTO, 2013).

### 3.3. A SÍNDROME CARDIORRENAL (SCR)

A Síndrome Cardiorenal, no paciente que é acometido, caracteriza-se como uma "desordem fisiopatológica do coração e dos rins, onde a disfunção aguda ou crônica num órgão pode induzir disfunção aguda ou crônica no outro. Existe uma interação bidirecional entre esses dois órgãos e interdependência



na manutenção da homeostasia (SILVA, 2013; SPINET et al., 2009; MORA et al., 2016).

Há algumas décadas atrás pensava-se muito na relação desses órgãos em situações críticas ou agudas, no entanto, os sintomas mais simples e tradicionais como hipertensão, diabetes melitos, dislipidemia, estilo de vida, alimentação, estresse, entre outros, são fatores de risco para ambas patologias, principalmente pelo fato de que tanto a Insuficiência Renal, quanto a Insuficiência Cardíaca favorecem o adoecimento mutuo (MACCULLOUGH, 2007; MÁRQUEZ e SERNA, 2013).

Essa patologia pode ser subclassificada em cinco formas. A primeira é a Síndrome Cardiorenal Aguda (SCR-1), a qual, se dá quando a falência renal aguda é provocada por uma disfunção cardíaca aguda.

A segunda é a Síndrome Cardiorenal Crônica (SCR-2), é quando a falência renal crônica progressiva, é secundária a uma disfunção cardíaca crônica (DCC).

A terceira chama-se de Síndrome Renocardiaca Aguda (SCR-3), é exemplificada pela DCC originada a partir do falecimento renal agudo.

O quarto tipo é a Síndrome Renocardiaca Crônica (SCR-4), e configura-se quando a DCC é secundária à doença renal crônica.

E o quinto tipo é a Síndrome Cardiorenal Secundária, na qual, consiste na existência de uma disfunção cardíaca e renal como condições secundárias a uma patologia sistêmica (SILVA, 2013; MORA et al., 2016).

Sabe-se que a identificação e o tratamento são desafiadores, pois são duas patologias que normalmente se apresentam de forma silenciosa, e por isso não há uma linha de atuação não muito clara acerca do seu diagnóstico precoce, o que evitaria a progressão da patologia (CAETANO et al., 2014).

Devido a esses fatores destacados, há uma condição *sine qua non* ao cuidado redobrado com pacientes que possuem tanto uma doença renal quanto uma cardiopatia, levando-se em consideração as implicações que ambas exercem uma sobre a outra.

### 3.4. A PSICOLOGIA E AS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO RELACIONADAS A PACIENTES CARDIORRENAIS

O ser humano se constitui como um organismo sistêmico, em que não só uma parte tem influência sobre a outra, mas o próprio corpo humano tem uma interação como um todo entre si; logo, não há como afirmarmos que uma cardiopatia ou doença renal tem exclusivamente cunho biomédico ou orgânico, pois o comprometimento ao qual o paciente é acometido tem certamente um viés biopsicossocial (SPINK, 2010; CHERER et al., 2012).

Sabe-se que ambas patologias, quando adquiridas conjuntamente, necessitam de um tratamento complexo em que o sujeito precisa participar ativamente. As mudanças começam desde o estilo de vida, alimentação, hábitos comportamentais, entre outras, até o uso de medicação, realização de diálise e procedimentos cirúrgicos (PASCOAL et al., 2009; ISMAEL, 2017).

Esses fatores em sua maior parte repercutem significativamente na subjetividade do paciente e permeiam todos os contextos sociais dos quais ele faz parte; logo, faz-se imprescindível um olhar integral a este sujeito, onde um dos profissionais integrantes das equipes de saúde que pode contribuir para o enfrentamento dessa situação durante o tratamento é o psicólogo (FREITAS e COSMO, 2010).

Dentro da equipe de saúde, cabe ao profissional de psicologia compreender esse momento que o paciente está vivenciando a partir da percepção do mesmo, podendo assim identificar os sofrimentos trazidos pelo paciente sejam eles expressos e/ou velados. A partir deste momento, deve-se traçar um plano terapêutico, com o intuito de minimizar os fatores que não contribuem para que a sua internação seja a menos angustiante possível (JUAN, 2007).

A psicologia tem um papel fundamental no atendimento de pacientes cardiorrenais, pois é esse profissional que realizará a escuta do sofrimento do paciente, das suas angústias, medos, ansiedades e outras reações emocionais que advêm da presença da patologia (BONOMO e ARAUJO, 2009; CASTRO e GROSS, 2013).

O profissional da psicologia é o mais indicado para atenuar o sofrimento desse paciente, pois antes da cardiopatia ou da doença renal, existe um ser

humano que está dizendo que sente medo, ansiedade, angústia, tristeza, culpa, impotência, entre outros, mesmo que seja de forma encoberta ou velada. Logo, identificar a forma pela qual o paciente está enfrentando o seu processo de adoecimento, desde o início até a chegada do procedimento cirúrgico, se configura como primordial (CASTRO, 2005; JARDIM, 1996).

De acordo com TESSER e PREBIANCHI (2014), compreende-se que:

As diversas técnicas de preparação psicológica se estruturam com o intuito de reduzir os níveis de ansiedade do paciente, melhorar o bem-estar, aumentar a adesão ao tratamento, torná-lo mais apto para enfrentar com maior eficiência os procedimentos cirúrgicos, proporcionar um processo de recuperação pós-operatória mais rápido e humanizar os cuidados cirúrgicos dispensados aos pacientes (p. 2).

Considera-se importante o psicólogo deve desenvolver estratégias de humanização, efetuar intervenções específicas para cada paciente, facilitar a compreensão do seu diagnóstico, dos motivos para ele estar no hospital (o que será feito com ele), entre outros fazeres que competem à psicologia, sempre com o intuito de promover o bem-estar não só psicológico, mas do todo que envolve o paciente (TESSER e PREBIANCHI, 2014; JUAN 2007).

Cada etapa do adoecimento exige uma intervenção diferenciada do psicólogo, pois esta se dá de acordo com a demanda e com a doença; o cuidado do paciente é um processo que vive em constante mudança, logo, não há como esse profissional seguir uma linha única. Por vezes, uma palavra da equipe, um novo sintoma, um exame alterado, são coisas que podem mudar rapidamente o estado psicológico do paciente; estas alterações irão depender da forma pela qual o sujeito doente compreende este processo. (JUAN, 2007; TESSER e PREBIANCHI, 2014).

Avaliar os mecanismos de defesa e os recursos que o paciente possui, pode facilitar a sua passagem pelo processo do adoecimento com menos danos. Com os recursos terapêuticos hoje desenvolvidos na psicologia hospitalar, tem-se a intenção de promover maior qualidade de vida para o paciente durante a sua internação, pois assim o tratamento pode se tornar mais eficaz, necessitando menos tempo de permanência no ambiente hospitalar e até evitando possíveis quadros psicopatológicos que poderiam vir a surgir e interferir na realização da sua cirurgia ou recuperação (CASTRO e GROSS, 2013; TESSER e PREBIANCHI, 2014).



A psicologia compreende a doença como um fator estressante, e busca identificar os recursos de enfrentamento que o paciente possui que contribuam satisfatoriamente para a homeostase do mesmo. Portanto, o psicólogo deve intervir com o intuito de ser um facilitador no cuidado da família e do paciente, e na ampliação do repertório de recursos pessoais, familiares e sociais (NUNES, 2011).

Neste trabalho de pesquisa buscou-se então, a partir do referencial teórico aqui adotado, relacionar as possíveis estratégias de enfrentamento da doença presentes nos participantes, as questões do adoecimento na síndrome cardiorrenal que permeiam o cotidiano dos usuários, tanto na internação quanto no tratamento ambulatorial ou extra-hospitalar, e também as possíveis contribuições da psicologia e da equipe de saúde no cuidado dos pacientes com problemas cardíacos e renais em tratamento.

Ao mesmo tempo, espera-se poder associar os relatos trazidos pelos participantes em suas entrevistas com a literatura pertinente identificada acima, trazendo também alguma discussão das questões levantadas pelos entrevistados a partir da experiência da residência multiprofissional vivenciada na FHCGV, instituição pública onde está monografia foi realizada.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. TIPO DE PESQUISA

Este estudo teve como metodologia de pesquisa a abordagem qualitativa, de natureza descritiva, visto que ela possibilita vislumbrar vários fenômenos que estão relacionados ao ser humano e suas relações consigo mesmo e com o mundo.

As variadas mudanças dos paradigmas relacionados à saúde suscitaram demandas específicas, em que a pesquisa qualitativa teve uma representação significativa neste campo, tendo um papel *sine qua non* na produção de conhecimento. As relações e a forma pela qual o sujeito ou grupo funciona dentro de um contexto são singulares para cada situação; tendo em vista isto, fez-se importante um estudo que buscasse contemplar os objetivos propostos, emergidos no percurso da pesquisa (MINAYO, 2010).

Espera-se com essa abordagem, ter alcançado um olhar integral para o sujeito, o qual talvez poderá ser melhor compreendido no contexto de que faz parte. Neste modelo, o pesquisador se dirige ao que há de mais singular e subjetivo no participante com o objetivo de compreender o lócus da problemática a partir da perspectiva da própria pessoa (CAMPOS, 2004).

Levando em consideração que o método e a técnica para a análise dos dados devem ter uma perspectiva integral frente a conjuntura dos dados e os significados dos mesmos, a metodologia utilizada nesta pesquisa foi a análise de conteúdo. Este método configura-se como um conjunto de técnicas de pesquisa traçadas com o objetivo de buscar sentido nos significados, sentimentos, frases, afirmações, entre outros conteúdos (LIMA, 2003).

Este método tem sido constantemente utilizado pelas áreas da administração, educação, política, publicidade, sociologia e psicologia, entre outras categorias, que possuem principalmente um enfoque qualitativo na sua pesquisa (MINAYO, 2010).

Segundo Bardin (2006), a análise de conteúdo configura-se a partir de um enumerado de técnicas de análise das comunicações, tendo em sua composição procedimentos sistemáticos, que tem o objetivo de descrever, explicar e interpretar os conteúdos existentes nos dados.



Como afirma Chizzotti (2006, p. 98):

[...] o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas[...] A descodificação de um documento pode utilizar-se de diferentes procedimentos para alcançar o significado profundo das comunicações nele cifradas. A escolha do procedimento mais adequado depende do material a ser analisado, dos objetivos da pesquisa e da posição ideológica e social do analisador.

Para Minayo (2010) a análise de conteúdo apropria-se de um método para analisar o comportamento humano, devido a variabilidade de instrumentos e técnicas disponibilizadas para alcançar o seu resultado. Para a autora, existem duas funções primordiais nesta metodologia, sendo a primeira a verificação de hipóteses e a revelação dos conteúdos latentes, logo, não manifestos.

Segundo Cavalcante et al (2014, p. 14):

[...] a análise de conteúdo compreende técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados. A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.

Entendendo que toda pesquisa e/ou estudo necessita de um alinhamento e organização na sua construção, levando em consideração o rigor metodológico e suas especificações, o método da análise de conteúdo constitui-se a partir de três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferências e interpretação (MINAYO, 2010; BARDIN, 2006).

A fase da pré-análise é o momento que se entra em primeiro contato com o material da coleta de dados, fazendo uma leitura apropriada com o objetivo de poder selecionar os documentos e informações significativas para o estudo. Com isso, salienta-se a criação das hipóteses e a identificação dos conteúdos presentes que farão parte do processo de análise (MINAYO, 2010; BARDIN, 2006).

A segunda fase compreendida como exploração do material, está pautada na definição de categoria, identificação das unidades de registro e das

unidades de contexto nos documentos. Esta etapa necessita de uma execução satisfatória, pois dependendo da forma em que será construída, irá viabilizar a "riqueza das interpretações e inferências através de um estudo minucioso e tendo como base as hipóteses e referências teóricas" (MOZZATO e GRZYBOVSKI, 2011, p. 735).

Por fim, a terceira fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, caracteriza-se como sendo o memento em que ocorre a transversalidade dos dados com o referencial teórico, provocando uma análise crítica e reflexiva que possibilite interpretações e inferências dos conteúdos manifestos e latentes (BARDIN, 2006).

#### 4.2. LOCAL DA PESQUISA

O local em que a pesquisa ocorreu foi a Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, instituição hospitalar que começou a funcionar no ano de 1989, tendo como referência a clínica psiquiátrica. Posteriormente, em 1991, foram criados os ambulatórios para as clínicas básicas, e a clínica especializada em psiquiatria. No ano de 2001, o hospital foi concluído e passou a ser referência em Cardiologia, Nefrologia, Psiquiatria, além de estar voltado para atendimento de gestação de alto risco. É um serviço que presta assistência para os usuários do SUS, caracterizando-se como um hospital-escola também.

Nesta instituição de saúde existe um setor denominado de Clínica Médica, local este, onde especificamente ocorrerá a coleta de dados desta pesquisa. Este setor possui 40 leitos, sendo 4 destinados a pacientes com doenças imunológicas, 1 leito de isolamento, e os demais destinados a pacientes que possuem algum tipo de cardiopatia ou/e doença renal. Esta clínica conta com uma equipe multiprofissional, constituída das seguintes categorias: psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, medicina, fisioterapia, serviço social, nutrição, fonoaudiologia, odontologia, além de residentes dessas categorias, administrativo e equipe de apoio referente a segurança, manutenção e limpeza.

Optou-se por este local de pesquisa devido a algumas percepções sobre o funcionamento da clínica e as dificuldades relacionadas ao tratamento e cuidados relatados pelos pacientes nos atendimentos psicológicos, obtidos



durante a minha passagem como residente. Outro motivo da escolha desse setor se deu por ser o local onde encontravam-se tanto pacientes cardiopatas quanto renais, que estavam em condições de participar da pesquisa.

#### 4.3. PARTICIPANTES

Neste referido estudo participaram 3 sujeitos que estavam contemplados pelos critérios de inclusão e exclusão, aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE e o TCUD. A busca dos mesmos, se deu através da verificação dos prontuários e atendimentos psicológicos realizados no setor.

O primeiro participante será identificado como Bruno (nome fictício), 58 anos, sexo masculino, ensino fundamental incompleto, católico, três filhos adultos, divorciado, trabalha como pintor e lavrador, reside no município Capanema. Foi diagnosticado com Hipertensão Arterial Sistêmica, Insuficiência Cardíaca Crônica, Insuficiência Renal Crônica em uso de hemodiálise.

O segundo participante será chamado de Carla (nome fictício), 35 anos, sexo feminino, ensino fundamental incompleto, religião não definida, dois filhos, um de 5 anos e outro de 4 anos, união estável, dona de casa, reside no município de Irituia. Aos 8 anos de idade foi diagnosticada com ICC, necessitando fazer uma cirurgia de TVM, no entanto, foi liberada do hospital e só operou aos 14 anos. Disse não saber da necessidade de realizar uma nova operação com o passar do tempo, o que foi uma surpresa ao ter que operar novamente aos 22 anos pela segunda vez. E agora aos 35 está na sua terceira cirurgia, mas com uma complicação devido a IRC em uso de hemodiálise.

A terceira paciente será chama de Joana (nome fictício), 25 anos, sexo feminino, ensino médio completo, evangélica, um filho de 4 anos, casada, não trabalha e quase não executa serviços domésticos, atualmente reside no município de Belém, no entanto, é proveniente de Tucuruí. Aos 20 anos depois de muitas idas e vindas na UMS da sua cidade, sentindo dores nas articulações, febre, frio, queda de cabelo, foi encaminhada para HUIBB onde foi diagnosticada com Lúpus. Ficou fazendo tratamento no FSCMPA, onde dois anos depois foi diagnosticada com IRC, necessitando fazer uso de hemodiálise. Em 2017, internou na FHCGV devido sintomas cardiovasculares,

onde foi descoberto o surgimento de um Trombo no Átrio Direito, necessitando passar por cirurgia cardíaca.

#### 4.3.1. Critérios de inclusão

- Pacientes que apresentavam tanto uma cardiopatia quanto uma doença renal.
- Pacientes realizando tratamento renal e cardiológico, internados na FHCGV.
- Sujeitos adultos entre 18 e 59 anos, de ambos os sexos.
- Pacientes conscientes e orientados até o momento da coleta de dados.
- Pacientes que assinaram o TCLE e TCUD.

#### 4.3.2. Critérios de exclusão

- Pacientes menores de 18 anos ou com idade igual ou superior a 60 anos.
- Pacientes com comprometimento cognitivo severo.
- Pacientes em estado comatoso ou sob efeito de sedativos.
- Pacientes que estavam sem condições clínicas para responder às perguntas no momento da entrevista, seja por sensação de mal-estar, traqueostomizados ou devido a transtornos psiquiátricos.
- Pacientes que se recusaram a participar da pesquisa ou assinar o TCLE e TCUD.

### 4.4. INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os recursos que foram utilizados para a execução dessa pesquisa foram análise de prontuários e uma entrevista semi-aberta (Apêndice A). Posteriormente os dados foram organizados em categorias a partir das falas dos entrevistados, com o intuito de contemplar os objetivos deste estudo e dar abertura para concepções significativas à pesquisa.

#### 4.5. COLETA DE DADOS

- Etapa 1: Primeiramente, ocorreu uma triagem a partir da análise de prontuários, para identificar os sujeitos que estavam aptos a participar da pesquisa, tendo como base os critérios de inclusão e exclusão.
- Etapa 2: Posteriormente, foi realizado o acolhimento do paciente, a apresentação da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice B) e do Termo de Compromisso de Utilização de Documentos (apêndice C).
- Etapa 3: Aplicou-se a entrevista semi-estruturada, deixando aberto para questões que o participante pudesse achar significativa, mas que não estavam pré-definidas no instrumental em questão.
- Etapa 4: Foi feita a análise dos dados coletados em conjunto com a literatura, com o objetivo de gerar resultados e considerações acerca do tema proposto.

#### 4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, de acordo com a resolução 466/2012.

O participante desta pesquisa esteve sujeito ao risco de ter suas informações expostas de forma indevida; sujeito a revivenciar emoções/sentimentos e situações que o mesmo não desejava; comunicação ou devolução inapropriada dos resultados do estudo. Contudo, os riscos foram evitados, respeitando o sigilo de informações, utilizando-se de nomes fictícios para identificar os sujeitos; foi garantido acompanhamento psicológico para os pacientes durante o período de internação, e houve informação sobre a possibilidade de ele receber os resultados do estudo no qual participará.

Com isso, pretendeu-se minimizar a probabilidade de ocorrer algo danoso ao participante, e não foram identificados episódios dessa natureza.

Este estudo pode ter como benefícios a construção de conhecimento científico, que possibilitando o aprimoramento técnico e teórico de profissionais. Por sua vez, buscou-se também a possibilidade de gerar um impacto direto e



indireto na assistência prestada ao usuário do serviço, quiçá favorecendo a diminuição tanto dos fatores complicadores no tratamento de pacientes cardiorrenais, quanto a atenuação do sofrimento psicológico relacionado a internação.

## 5. ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção da pesquisa, os dados e as informações coletadas nas entrevistas e nos prontuários foram discutidos e relacionados à literatura encontrada, na perspectiva de propiciar novas formas de se olhar as doenças cardiorrenais e as questões enfrentadas pelos pacientes acometidos por essas enfermidades, bem como outras perspectivas no cuidado, no debate científico e na abordagem psicológica e da equipe de saúde acerca do tema. Para isso, a partir das entrevistas foram construídas categorias específicas, definidas após leitura e análise dos dados.

Portanto, a partir dos discursos dos participantes da pesquisa e do referencial teórico apresentado, buscou-se aqui construir algumas análises acerca das **dificuldades de enfrentamento no tratamento de pacientes cardiorrenais**. Para exemplificar de forma clara, as categorias de análise que emergiram das entrevistas foram divididas em: **1) Aspectos preventivos quanto à saúde; 2) Dificuldades relacionados ao tratamento; 3) Sentimentos e significados relacionados ao enfrentamento do adoecimento.**

### 1) Aspectos preventivos quanto à saúde

Levando em consideração a atual conjuntura do SUS e a realidade da maioria das cidades brasileiras, incluindo Belém/PA, grande parte dos problemas relacionados à saúde se devem a falta de ações e cuidados preventivos. Mediante a própria experiência que a residência proporcionou, vê-se que muitos pacientes chegam ao hospital com quadros clínicos críticos, cujos agravos poderiam ter sido evitados ou amenizado se houvessem estratégias preventivas eficientes. Nesta categoria serão exemplificadas algumas questões em torno deste tema.

Abaixo estão algumas falas dos participantes da pesquisa que permitiram elaborar esta categoria. Os nomes são fictícios para proteger eticamente a identidade das pessoas entrevistadas.

[...] eu tenho hipertensão há 5 anos, descobri em uma das vezes que ia pra UPA, lá me davam um remédio e eu voltava pra casa [...] não tomava nada em casa não, nunca falaram que era pra eu ter cuidado com comida salgada, bebida, vim aprender aqui já [...] eu sentia pressão alta e ia pra UPA, mas nunca me deram remédio pra tomar em casa ou me mandaram pra outro médico (Bruno).

[...] minha mãe falava que eu sempre me sentia mal, falta de ar e diziam que eu tinha asma [...] descobri que eu tinha que me operar aos 8 anos, mas não sei porque só aos 14 eu internei para operar, as outras vezes que eu me sentia mal, tomava remédio e ia pra casa (Carla).

[...] perdi a conta de quantas vezes eu fui para a UMS já com sintomas referentes ao Lúpus, mas a única coisa que faziam era me dar remédio pra dor [...] mesmo depois de descobrir o Lúpus, já fui saber sobre os agravos que podem surgir após algumas crises, que poderia atingir várias partes do meu corpo (Joana).

É notório nas falas dos três participantes o quanto há de ausência, insuficiência ou precariedade de estratégias preventivas por parte dos serviços de saúde dos seus municípios, o que possivelmente evitaria o adoecimento ou diminuiria as incidências dos agravos. Se a saúde fosse contemplada na perspectiva de que não é pura e simplesmente a ausência de doença, pela própria comunidade e pelos profissionais da saúde, as ações poderiam estar voltadas em manejar os quadros clínicos antes do adoecimento se manifestar, ou ainda para retardar precocemente os prejuízos aos sujeitos, como se vê, por exemplo, que não ocorreu nas falas de Bruno e Carla em suas passagens pelos serviços.

Por outro lado, muitos usuários só procuram o SUS após a instalação do quadro clínico, o que dificulta a assistência ao mesmo, conforme vemos no depoimento de Joana. Isso se dá pela fragilidade e precariedade da rede, onde a porta de entrada deste usuário deveria ser a atenção primária através das ESF e UMS.



Mas, com frequência, o seu primeiro contanto com a rede se dá no caminho inverso, nos Hospitais e UPAs, visto que, dentro das suas tecnologias e investimentos, a atenção primária tem muita dificuldade em dar conta da sua demanda, assim como exemplificado no caso de Bruno e Carla.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como os problemas renais e cardíacos, são quase dois terços das enfermidades na sociedade brasileira. Isso ocorre, entre outros fatores diversos, devido à urbanização, melhora na qualidade de vida, avanço de tecnologias e conhecimentos relacionados a saúde, fazendo com que as pessoas tenham um tempo de vida maior e sejam acometidas pelas doenças relacionadas ao processo de envelhecimento (MALTA et al., 2006).

O fator de cronicidade não quer dizer que esses quadros não podem ser evitados, trata-se de um mal a ser prevenido. Um dos grandes problemas para esta prerrogativa é a falta de investimento do setor público e má gestão dos recursos investidos nas instituições que estão à frente deste processo. O que acaba sendo mais oneroso para o Estado, tendo em vista que os cuidados prolongados e complexos nas etapas críticas das doenças crônicas dependem de muito mais verba do que se elas fossem sanadas ou amenizadas antes do acometimento (MALTA et al., 2006).

Ainda hoje, muitos profissionais tem a ideia de que a prevenção é executada apenas na atenção primária, como se o trabalho desenvolvido na atenção secundária e terciária estivesse isento desta responsabilidade. No entanto, sabe-se que pela própria desorganização da rede, em muitos casos a porta de entrada do usuário é mais comum pela atenção terciária, o que não é ideal e pode representar maior risco ao paciente por entrar em um estado de saúde talvez mais delicado e avançado em sua cronicidade.

Não obstante, ainda parece haver poucos estímulos e incentivos para a população buscar os serviços primários, além da própria cultura que se criou sobre a ineficácia funcional dessas instituições de cuidados mais básicos, menos complexos e não hospitalares.

A atenção primária é responsável por abranger a integralidade da saúde do usuário, através de estratégias relacionadas ao conhecimento e baixa densidade tecnológica. Dentre suas prerrogativas, a promoção de saúde e prevenção são questões que norteiam toda a seu plano de atuação. Contudo,



como qualquer nível de atenção, a mesma não consegue suprir todas as necessidades da população tendo em vista a complexidade da mesma (BRASIL, 2005).

Logo, cabe também às instituições que estão na atenção secundária e terciária fortalecerem suas práticas de cuidados, considerando sempre a prevenção, se não de doenças que já estão instaladas, mas da possibilidade de surgimento de novas patologias e agravos, devido a uma patologia desencadeante (BRASIL, 2005).

Durante o período de atuação na clínica enquanto residente de psicologia, prestando assistência aos pacientes e familiares internados no setor, percebeu-se o quanto de doenças e agravos poderiam ser evitados ou atenuados se houvesse estratégias preventivas eficazes nos serviços de saúde. Nos atendimentos e no processo de anamnese, é necessário procurar saber sobre a história de vida daquela pessoa e do seu percurso até chegar ao hospital.

Em sua grande maioria, os pacientes até sabiam que tinham hipertensão, diabetes ou outras enfermidades, no entanto, poucos tinham noções básicas sobre os cuidados necessários, o que possivelmente os fez chegar na atual situação. Como é o caso de Bruno, Carla e Joana, que tiveram que estar em quadros clínicos críticos, para poder terem um tratamento adequado as suas particularidades. Possivelmente, uma melhor orientação na atenção primária poderia ter evitado o agravamento da cronicidade da doença.

Tem-se o imaginário de que os profissionais que estão na atenção primária possuem menos conhecimento do que os que estão na secundária e terciária. Contudo, é muito mais complexo que isso, considerando-se que o profissional da atenção primária tem que ter um conhecimento muito amplo, sobre muitas problemáticas de saúde, para poder identificar a especificidade de cada um e dar o encaminhamento correto. O profissional da atenção secundária e terciária tem um conhecimento específico sobre algum campo de conhecimento, o que, por sua vez, o faz ficar menos atento às outras questões que circundam o ser humano (BRASIL, 2005).

No caso de Joana e Carla, elas duas tiveram vários atendimentos na UMS, no entanto, não houve o diagnóstico precoce e encaminhamento eficaz, o que talvez tenha feito com que seus quadros clínicos agravassem,

necessitando de um suporte mais específico, e que o seu município não oferecia.

É importante compreender que a rede de saúde não se limita apenas aos serviços de saúde, mas engloba também os órgãos que legislam e organizam a gestão desses serviços. Restringir os problemas da saúde pública apenas à dificuldade de articulação e organização das instituições de saúde, é desconsiderar todo o arcabouço político que rege tais sistemas, pois a ineficácia dos mesmos, quando ocorre, é consequência da relação direta e indireta entre condução na gestão em saúde com a assistência final prestada ao usuário.

Trabalhar a autonomia e o empoderamento do usuário com o objetivo de que o mesmo se implique não só nos cuidados, mas se perceba como detentor de direitos e corresponsável pelo tratamento, deve fazer parte da prática dos profissionais de saúde. A atitude ativa dos usuários pode potencializar estratégias preventivas, que busquem propiciar metodologias de cuidados capazes de suprir a demanda apresentada pelo usuário. Todavia isso também pode gerar complicadores e conflitos, na medida em que o sujeito sai do papel unicamente de paciente, de quem aguenta a dor e o sofrimento, para ser aquele que busca, questiona, critica e responsabiliza o serviço e a rede.

## **2) Dificuldades relacionados ao tratamento**

Para o tratamento da síndrome cardiorenal ser eficaz, assim como em qualquer outra patologia, é necessário que o paciente possua condições mínimas para atender às orientações e recomendações da equipe de saúde. Entretanto, a diversidade socioeconômica no território brasileiro e paraense é muito peculiar, tendo em vista as condições de moradia, saneamento, empregabilidade, qualidade de vida, alimentação, entre outros fatores.

Esta categoria tecerá algumas considerações acerca desses fatores, que são transversais na vida do sujeito, inclusive durante o tratamento. É relevante apontar que os 3 participantes da pesquisa residiam no interior do estado do Pará e, portanto, tiveram que se locomover para a capital Belém em busca do tratamento cardíaco e renal.



[...] não vou conseguir fazer tudo que eles dizem, até pra vir pra cá fazer a hemodiálise vai ser difícil, porque nem sempre a prefeitura garante o transporte e o benefício é muito pouco pra passagem pra cá. Fora as comidas, remédios, tudo isso é dinheiro. Lá em casa quase todo dia é peixe frito, açaí e farinha, nada disso posso comer, aí me diz, como que vou viver? (Bruno).

[...] vai ser muito difícil, meu marido trabalha praticamente só pra por comida na mesa, benefício não vai ser muita coisa. Fora que eu vou ter que vir sozinha pra Belém, não tenho quem venha comigo, ninguém, nem dá também pra pagar alguém pra vir comigo. As vezes só penso em desistir mesmo (Carla).

[...] no geral eu já adaptei algumas coisas, a alimentação não é um problema [...] morar pra Belém me ajudou muito, principalmente ter toda minha família aqui (mãe, pai, irmã, esposo e filho). Nossa, eles me ajudam muito, o que vejo de história de pessoas abandonadas, sem ninguém, morando longe, eles (família) me dão força pra continuar (Joana).

Bruno e Carla relataram em suas entrevistas algumas questões problemáticas acerca das recomendações e orientações da equipe de saúde referentes ao tratamento da doença cardiorrenal. Com base nos relatos acima e na experiência proporcionada pela residência em psicologia, observa-se que grande parte dos pacientes não tem condições para realizar o tratamento, levando em conta o aspecto nutricional, transporte, moradia, entre outros.

Todos esses são fatores complexos de serem trabalhados pelas equipes de saúde, devido às limitações na sua atuação frente a mudanças de vida ocasionadas pela doença; e limitações do próprio paciente em modificar as suas condições de vida em meio à doença e ao sofrimento trazido por ela, bem como objetivamente elaborar outras formas que possam suprir a demanda do seu tratamento.

Este é um fator significativo para considerar: como esse paciente se porta frente ao tratamento. Por vezes, ele pode chegar ao hospital em crise dialítica ou infartando, por uma simples questão de que ele não tem como seguir a dieta do hospital por falta de condições de comprar tais alimentos indicados; ou por ter faltado sessões de diálise, porque o transporte da

prefeitura quebrou e ele está sem dinheiro; ou por uma infinidade de fatores que devem ser levados em consideração antes da equipe abordar e questionar sobre o interesse do paciente para com os cuidados necessários.

A forma pela qual o paciente está inserido no tratamento tem total relação com a forma pela qual enfrentará este processo. Quando a equipe se colocar como detentora do saber sem considerar as questões particulares e sociais de cada paciente, este ser doente passa a ser apenas objeto das ações de saúde oferecida pela equipe. Colocá-lo nesse lugar faz com que o mesmo não se reconheça enquanto sujeito responsável por si, não se identifica como protagonista de sua saúde e não se acha capaz de seguir o tratamento de forma ideal (JARDIM, SOUSA e MONEGO, 1996).

É preciso que a equipe esteja disposta a escutar e que a opinião do paciente tenha tanta relevância quanto do profissional que o acompanha, para que haja a construção de um plano terapêutico em que o usuário se engaje e seja capaz de seguir, mesmo que não chegue a um ideal, mas será aquilo que o paciente, em conjunto com a equipe, terá condições de realizar naquele momento.

A participante Joana, por sua vez, tem um discurso diferenciado dos outros dois entrevistados. Isso se deve as condições que a mesma possui para enfrentar o tratamento, não só quanto a aspectos financeiros, mas também territoriais e familiares. Quando o paciente possui uma rede de suporte eficaz na qual ele possa se apoiar, o processo de enfrentamento do adoecimento é facilitado, o que garante uma melhor adesão ao tratamento.

Ao contrário de Carla, que não possui suporte de qualquer pessoa da família, o que lhe remete a um sentimento de solidão constante e vontade de desistir de tudo, Joana afirma que sua família a ajuda o tempo todo, dando lhe forças para seguir em frente, mesmo nas situações em que ela sabotou seu tratamento.

O sistema familiar é um aspecto essencial nessas patologias, tendo em vista que o mesmo possui um papel cultural de proteção e cuidado, criador de significados, valores e princípios norteadores da saúde e doença do sujeito. A família auxilia então na realização das atividades que, devido a enfermidade, o paciente fica impossibilitado de executar, e facilita a vivência do sofrimento relacionados à situação de adoecimento (TEIXEIRA et al., 2013).



Outro fator importante que surgiu nesta categoria é que o hospital de referência da doença renal e cardiovascular do estado do Pará encontra-se na capital Belém. No entanto, a maior parte dos pacientes atendidos pelo mesmo são do interior do estado e até de outros estados, considerando que o serviço oferecido pela FHCGV dificilmente é encontrado em outros locais fora da capital. Isso faz com que a clientela do hospital apresente uma demanda extra frente a dificuldade de acesso ao serviço de saúde especializado.

[...] ter que vir 3 vezes por semana de Capanema para Belém pra fazer hemodiálise é muito ruim, a estrada é longa demais, demora, não sei como vai ficar meu transporte mesmo com o TFD, vou perder meu dia todinho pra cá. Não sei como vai ser minha vida daqui pra frente (Bruno).

[...] moro em Irituia, então se não surgir uma vaga mais perto da minha casa, vai ficar muito difícil eu fazer hemodiálise. Praticamente vou perder a vida que eu tinha, que já não era fácil devido meu problema cardíaco, fora que virei sozinha, pra variar (Carla).

[...] ter que sair da minha cidade pra fazer hemodiálise é muito ruim, complicado, quando vim pra cá não conhecia ninguém. Pra facilitar, minha família veio toda pra Belém por causa do meu tratamento, pai, mãe, irmã, esposo (Joana).

Os três participantes residiam no interior do estado, alguns bem longe da capital, onde ficaram internados e darão continuidade ao tratamento. Muitos pacientes do Hospital de Clínicas não são da região metropolitana de Belém, logo, encontram-se distantes da sua família, casa, trabalho, e da vida estruturada que possuíam até então, o que dificulta a forma pela qual o paciente lida com o seu processo saúde-doença.

Como já afirmado pela literatura, as sessões de hemodiálise são partes fundamentais do tratamento, logo, a não realização de uma sessão pode gerar inúmeros complicadores. Bruno e Carla relataram a perda da vida construída antes do adoecimento e a dificuldade de se locomover para realizar a hemodiálise, fator este que faz com que muitos pacientes desistam do

tratamento por um tempo, e retornem quando estão em crise dialítica por não suportarem mais a intensidade dos sintomas.

Já o caso de Joana pode-se considerar como uma excepcionalidade, pois a família como um todo se mudou para Belém unicamente para facilitar o tratamento da mesma. Isso não é a realidade da maioria dos pacientes internados na FHGCV. Contudo, mesmo com essa mudança, ela relata o desejo de voltar para sua cidade, pois lá ela também construiu uma vida.

Os obstáculos referentes ao acesso nos serviços de saúde podem trazer transtornos significativo para a vida e rotina do usuário, por vezes fazendo com que os mesmos faltem a consultas e procedimentos, ou até mesmo desistam do tratamento. Destaca-se que o usuário opta por esse recurso, de enfrentamento da doença e seus fatores sociais, não porque não quer se tratar, mas porque ele não consegue alcançar tal feito, pela dificuldade que a própria organização da rede impõe (ASSIS e JESUS, 2012).

A compreensão da realidade trazida acima pelos participantes e pela literatura deve ser discutida na equipe de saúde como um todo. O primeiro passo para engajar e facilitar o tratamento para o paciente cardiorrenal deve ser o acolhimento sem achismos e julgamentos. Tem-se que atentar aos sentimentos, medos, angustias e dificuldades que se fazem presentes na vivência deste adoecimento, para em conjunto, construir estratégias de enfrentamentos que favoreçam o tratamento.

A realidade dos pacientes que advêm de comunidades do interior, regiões ribeirinhas, colônias, quilombos e tribos indígenas são muito distintas. Logo, deve-se levar em consideração todos os aspectos que circundam o contexto que o paciente está inserido, com o objetivo de avaliar - dentro das suas possibilidades - qual o tratamento e as orientações/recomendações de saúde mais indicadas para o paciente e que ele será capaz de realizar (BOAS e OLIVEIRA, 2016).

Durante a atuação da clínica enquanto residente de psicologia uma fala muito comum entre os pacientes, inclusive em Bruno e Carla foi "como vai ser daqui pra frente a minha vida?". Existem vários fatores que remetem a esse questionamento, como: a limitação que a doença implica, alteração na autoimagem, no funcionamento biológico do corpo. Ainda assim, essa frase se



faz bem mais significativa quando o paciente praticamente passa a viver em função do tratamento.

O estilo de vida do paciente que mora no interior, e com o tratamento passa a sair à noite da sua casa para chegar de manhã na capital, realiza a hemodiálise, retorna de noite pra sua casa, e passa o outro dia se restabelecendo já para a próxima sessão, é muito limitada e desafiadora. Por vezes, desistir, abandonar, boicotar o tratamento, não é pura e simplesmente aceitar a morte, como se percebe na visão de alguns profissionais, mas de fazer com que o sofrimento cesse.

### **3) Sentimentos e significado relacionados ao enfrentamento do adoecimento**

O adoecimento é um acontecimento que remete não só ao corpo físico do sujeito, mas se reflete também no âmbito simbólico e na subjetividade do sujeito doente. Nesta categoria será abordada a forma pela qual o sujeito vai lidar com esse processo, buscando compreender os significados que ele atribui à doença, ao tratamento, à sua vida e como ele se sente nesse contexto.

[...] eu já fiquei triste quando soube do coração grande, mas quando me falaram do rim, foi muito ruim (choro), eu nem sabia o que era, pro que servia, nem nada. Nunca imaginei que poderia ter algo assim ou parecido (Bruno).

[...] foi horrível (choro), tive e tenho medo de morrer, se eu estou aqui é unicamente por causa dos meus filhos, passei por três cirurgias e agora essa hemodiálise pro resto da vida. Único sentido que vejo em continuar nela, é porque tenho que cuidar dos meus pequenos (Carla).

[...] quando descobri o Lúpus, quis desistir de tudo, quis me separar (do esposo), não fazer nada, apenas esperar o dia de morrer. [...] O diagnóstico de doença renal foi outra barra pra mim, porque via que só estava adiando o inevitável, minha morte. Novamente quis separar, parar com o tratamento, não ter mais esperança pra nada. Como se já não bastasse agora descobri essa

cirurgia no coração, fico pensando até quando essas surpresas vão surgir (Joana).

Percebe-se nas falas dos participantes o quanto a descoberta do diagnóstico e os momentos de crises iniciais são etapas bem complicadas e dolorosas dentro do processo de adoecimento. É quando os primeiros sentimentos, emoções e fantasias sobre a doença se fazem presentes. O desespero, medo de morrer, angústia, incompreensão do que está vivenciando, perda de interesse na própria vida, são questões que emergem principalmente nessas etapas. Contudo, também estão presentes no decorrer do tratamento como um todo.

Vemos os aspectos como medo da morte, angústia em relação aos filhos, separação e paradas no tratamento principalmente nas falas de Carla e Joana. Bruno tem uma certa dificuldade em expressar quais os sentimentos aos quais isso lhe remeteu, mas durante sua fala também se percebe muita dor e sofrimento.

Considerar a ideia da própria morte talvez nunca tenha sido cogitada pelo sujeito, e no momento de recebimento do diagnóstico possivelmente é a primeira vez que o sujeito se depara com esta. Esse momento é considerado pelos pacientes um dos mais difíceis, tendo em vista o medo do desconhecido, do sofrimento, da morte, da separação com o que é importante e com a própria ideia de finitude (KUBLER-ROSS, 2017).

Logo, além de ocorrer num momento de sofrimento psicológico, a escuta é uma oportunidade de avaliar e trabalhar o que o paciente pensa sobre o adoecimento, o que sente e como ele percebe a experiência da enfermidade. Isso poderá facilitar a vivência do adoecimento, do processo de hospitalização, os cuidados e a própria relação com a equipe, na medida em que os profissionais não funcionem apenas como uma parte da estrutura do serviço de saúde, mas sim como uma pessoa-profissional que se importa e se interessa pela melhora da vida do sujeito enfermo.

De acordo com Wottrich (2015) o coração assume um lugar de centro das emoções, logo, qualquer patologia referente ao mesmo irá fazer emergir uma série de sintomatologias e significados atribuídos pelo próprio sujeito.



Vemos por exemplo na fala do entrevistado Bruno a relação do sentimento de tristeza e a reação de se sentir confuso e não saber o que fazer após o adoecimento, em função de nunca ter concebido para si a condição de ter que lidar com uma doença e com uma mudança tão radical de vida, incluindo a possibilidade real de morrer.

O recebimento do diagnóstico de DRC é um dos momentos mais difíceis para o paciente; ele entra em contato com a angústia, medo de morrer, ou de viver à espera da morte. E até ser diagnosticado como crônico, irreversível, existe uma esperança misturada com angústia de que a função renal retorne que é torturante para alguns pacientes. Desencadeando direcionamentos como negação, raiva, culpa, barganha e projeção (PEREIRA e GUEDES, 2009).

Desde o momento da descoberta do diagnóstico de doença cardíaca cria-se uma situação de crise, tendo em vista que a forma como o paciente lida com isso é muito importante. O seu enfrentamento pode ser um gerador de tensões e conflitos ou um recurso que irá contribuir positivamente para a vivência deste processo (KNOBLOCH, 2001).

Além da importância fisiológica do funcionamento do órgão, o coração está inscrito no simbólico do sujeito, e as atribuições de significados para este tem relação direta com a forma de viver do sujeito. Logo, quando é ameaçado por uma doença, angustias, medos, fantasias, limitações e ideias de morte se fazem presentes. Então desde o momento do diagnóstico até o fim do tratamento, o paciente convive com uma série de sentimentos que não contribuem para sua saúde mas sim para o enlutamento da própria vida (ISMAEL, 2017).

Desde o recebimento do diagnóstico até o fim do tratamento, o paciente encontra-se numa situação de crise ameaçadora, e criará estratégias para auxiliá-lo a lidar com esse sofrimento psicológico, que são os recursos de enfrentamento da doença.

Esses recursos podem ser funcionais, caso sejam eficientes considerando a contribuição positiva no tratamento, ou disfuncionais, na medida em que sejam ineficazes para a sua melhora. Um exemplo de recurso funcional é a fala da participante Carla, quando diz que se está viva e passou por tudo relativo ao tratamento porque precisa cuidar de seus 3 filhos pequenos, e isso é o sentido da sua vida e do seu tratamento. Um exemplo de

enfrentamento disfuncional são os momentos que Joana tenta desistir do tratamento e se isolar da família.

Compreende-se como enfrentamento funcional quando este atende à demanda apresentada sem prejuízos ao paciente. Quando o sujeito consegue ressignificar os complicadores do tratamento, como raiva, culpa e medo, e direciona essa energia para o alcance das conquistas almejadas, como proatividade, autonomia, empoderamento, expectativa favorável aos cuidados, entre outros.

Considera-se o enfrentamento disfuncional quando o paciente não consegue sair da zona de conflitos internos e externos, apresentando os quadros mais complexos de transtornos psicológicos. Vale salientar que independentemente do tipo de enfrentamento, o paciente está tentando dar conta de tudo que está acontecendo. O próprio fato da projeção de culpa, negação, dificuldade de adesão ao tratamento, são formas de enfrentamento, no entanto, disfuncionais.

É importante compreender que todo sentimento, ação ou pensamento são formas que o sujeito encontra de enfrentar essa situação de adoecimento. Logo, os sintomas depressivos e de ansiedade, humor irritável, apatia entre outros, são também recursos de enfrentamento que o sujeito encontrou para se organizar psicologicamente, pois talvez sem eles, o paciente não teria condições de suportar esse sofrimento.

Visto isso, é imprescindível que o profissional da psicologia esteja presente e atuante nessas questões relacionadas às reações do paciente, quadros depressivos, sintomas importantes como angústia e medo de morrer, apatia e impotência, vontade de desistir do tratamento e dificuldades na adesão, seja por questões subjetivas, seja por questões sociais, econômicas, geográficas, entre outras, na medida em que cabe ao psicólogo facilitar e oferecer condições para que o paciente ressignifique os sentimentos relacionados ao adoecimento, através da escuta empática, do suporte ou apoio psicológico bem como de outras estratégias.

Contudo, essas questões não cabem única e exclusivamente ao profissional da psicologia. Ele é o mais indicado para trabalhar a percepção que o paciente tem de si e do tratamento, as estratégias de enfrentamento, os sentimentos e emoções relacionados, entre outras questões. No entanto, o



cuidado do paciente é responsabilidade da equipe como um todo, visto que não é a doença e o sintoma apenas que estão ali, é também um ser humano acometido por esses agravos, que sofre e sente dor no corpo físico e simbólico.

Nem sempre o paciente tem um bom vínculo terapêutico com o psicólogo, ou com um familiar. Por vezes o vínculo é com um fisioterapeuta, médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem. E esse profissional com quem ele estabeleceu uma relação de confiança pode, em conjunto com o psicólogo, facilitar a vivência do processo de hospitalização, avaliar e tentar criar estratégias de enfrentamento funcionais, atenuar o sofrimento psicológico, entre outras demandas apresentadas pelo paciente.

Já em relação aos significados relacionados ao adoecimento, o tempo que esses pacientes ficam hospitalizados é um fator significativo para a sua organização psicológica, pois o prolongamento da permanência no hospital pode gerar uma série de sentimentos e emoções que não contribuem de forma favorável para o enfrentamento deste processo, tais como angústia, medo, tristeza, ansiedade, solidão, impotência, perda de função social, perda de autonomia, baixa autoestima e depressão.

[...] nunca pensei que ficaria tanto tempo aqui internado, daqui a pouco vai fazer 5 meses que estou longe de casa, da família, das minhas coisas. A cada dia que passa a gente vai ficando mais triste, chega até pensar que nunca vai sair daqui ou só se for num saco (Bruno).

[...] não pensei que aguardaria tanto tempo para fazer a cirurgia e para sair daqui. Estou cansada, esgotada, quero dormir na minha casa, ver meus filhos, quero minha vida de volta. Ficamos o dia todo olhando pro teto, lá pra fora, sabendo dos problemas em casa e não podendo fazer nada. Não vejo a hora de sair daqui (Carla).

[...] pensei que ficaria aguardando uns 10, 15 dias a cirurgia no máximo, estou desde agosto (4 meses) aqui, cansei de olhar pras mesmas coisas, mesmas pessoas, sem poder colocar o pé pra fora daqui (Joana).



Vemos nas falas dos participantes Bruno, Joana e Carla o quanto a permanência no hospital foi para eles um fator negativo e fonte de sofrimento. Dependendo da forma com que o paciente lida com o tempo de internação, caso este seja prolongado, gera um mal-estar não só no usuário como na equipe em si, o que vai se tornando mais um fator que não contribui para este tratamento.

De acordo com Bonomo e Araújo (2009), ansiedade, raiva e depressão são sintomas que tanto podem desencadear problemas cardíacos, como intensificá-los. Os autores exemplificam que a ansiedade pode aumentar o risco de arritmias ventriculares fatais; assim como raiva e hostilidade podem estar ligadas a processos isquêmicos e também eventos coronarianos agudos.

Quando há uma atribuição de DRC em conjunto com a DC, é mais complicado ainda tendo em vista que, segundo Rodrigues (2014), não só o tempo de internação, mas o tempo em que o sujeito fica em tratamento dialítico podem ter significados negativos no seu humor e personalidade, os quais funcionam por fim como dificultadores do acompanhamento, fazendo com que por vezes o paciente abandone o tratamento.

Na fala de Bruno, ele refere uma tristeza constante e a ideia de que só vai sair do hospital quando morrer, não só pela gravidade da sua patologia, mas pela verbalização da demora, ausência e precariedade nos cuidados oferecidos pela rede do serviço de saúde, já que estava há cinco meses internado. Em uma de suas falas, Joana também se refere à demora da cirurgia, junto a possibilidade de morte:

[...] falam pra eu me contentar porque tive sorte de conseguir me internar aqui, pra eu esperar, pois, sou privilegiada, mas esquecem que ir pra cirurgia não é certeza de que saia viva, aí passei esse tempo todo internada pra nada (Joana).

Percebe-se que o tempo de internação prolongado é um fator desencadeante de vários sentimentos, emoções e conflitos para todos os envolvidos no cuidado. Para o paciente, devido ao risco de agravos há a necessidade de permanecer no hospital, recluso, longe das pessoas que ama, trabalho, casa, entre outros aspectos; para a equipe, quando esta fica fatigada

e frustrada frente a limitação na assistência ao paciente; e ao próprio hospital pelo ônus e pela pressão sofrida pelo paciente, família e equipe, frente a busca para dar andamento ao tratamento.

A experiência da residência proporcionou um olhar muito além do cuidado ao sujeito enfermo na síndrome cardiorenal, oportunizando perceber como o serviço funciona em sua totalidade, e qual a cultura organizacional da instituição e da clínica médica onde o estudo foi realizado. É notório a dificuldade que alguns profissionais têm em reconhecer que muitos dos sentimentos, emoções e conflitos, como raiva, culpa, estresse, angústia que o paciente projeta na equipe, não é pessoal ou profissional, mas derivado da própria situação de adoecimento.

O profissional que está à frente do cuidado é o primeiro a ser direcionado a essa gama de reações, devido ao fato de este ser a referência desse paciente. E se esse profissional, independentemente de sua categoria, começa a introjetar sentimentos negativos para a sua prática, pode vir a ser mais um gerador de conflitos, não contribuindo de forma favorável para o enfrentamento do paciente frente ao adoecimento. Logo existe a necessidade de não só o paciente, mas também a equipe como um todo, estar dispostos a escutar, planejar, transformar, considerar, orientar e interagir em todos os momentos da relação de cuidado.

A forma com que o paciente lida e se porta no tratamento da doença cardiorenal frente a sentimentos e emoções, com a ajuda da equipe e do psicólogo, é chamada de enfrentamento, considerando-se que é uma situação ameaçadora à vida e à subjetividade do mesmo. O enfrentamento dar-se-á de duas formas, funcional e disfuncional.

Não só o psicólogo, mas a equipe como um todo tem um papel primordial na perspectiva de atuar e compreender o enfrentamento do processo de adoecimento do paciente. Pois quando o enfrentamento é disfuncional, gera um mal-estar no paciente e na própria equipe, portanto, tem-se que considerar todas as variáveis que o paciente está vivenciando, para saber manejar os cuidados e a relação com o mesmo.

Porém, não é totalmente correto pensar que o enfrentamento funcional não pode trazer também problemas para a relação com a equipe de saúde.

Pois o paciente passa a se sentir empoderado, autônomo, aquele que questiona as condutas, procedimentos e regras da equipe. Nesses casos há um fator muito tênue e complexo, pois, a necessidade de se trabalhar não só o paciente, mas a própria equipe que não compreende que este apenas está exercendo o que é lhe é de direito e isso não diminui o saber e a competência dos profissionais.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente estudo, pode-se tecer algumas considerações acerca das dificuldades relacionadas ao enfrentamento da doença em pacientes cardiorrenais. Entre tais dificuldades, salienta-se inicialmente os aspectos preventivos quanto à saúde. Tal fator fez-se pertinente na fala dos participantes, na literatura e na experiência da residência, visto que, a precariedade, ineficiência e/ou ausência de ações preventivas propiciam o acometimento e agravos da patologia em questão.

Há que se considerar a dificuldade em se realizar o trabalho preventivo, mediante o ainda baixo investimento em políticas públicas de atenção primária e de baixa densidade tecnológica; a qualificação insuficiente para a prevenção e promoção de saúde, vista com frequência nos profissionais que estão atuando nos serviços da rede; o próprio usuário, que demora a chegar no serviço por ter a concepção de que saúde é a ausência de doença, pela dificuldade que existe em conseguir estar inserido no serviço, e entre outras questões que não contribuem para este sujeito garantir o seu direito à saúde.

A literatura aponta para um alto índice dos elementos desencadeadores da síndrome cardiorrenal, como hipertensão, diabetes, hábitos alimentares, estilo de vida sedentário, trabalho, fumo, ingestão de álcool, entre outros aspectos que fazem parte do grupo de fatores de risco possíveis de serem modificados, os quais poderiam ser eliminados ou atenuados mediante estratégias de prevenção e promoção de saúde, diminuindo o acometimento ou agravos da doença cardiorrenal.

Outro ponto importante, é destacar a diversidade das dificuldades relacionadas ao tratamento de pacientes cardiorrenais. Um agravante para esses complicadores é a realidade social e o contexto em que os pacientes acometidos estão inseridos, compreendendo-se que todo tratamento exige estratégias de cuidado por parte da equipe e do paciente, no entanto, nem todo paciente tem condições de realizá-las.

Isso não se trata simplesmente de uma questão financeira, pois deve se considerar os aspectos culturais, espirituais, psicológicos, biológicos, geográficos e da vigilância em saúde, entre outros que circundam a vivência

deste sujeito. Caso isso não ocorra ou não seja adequado, aumentam as possibilidades de o paciente abandonar ou realizar com ineficácia o tratamento.

Portanto, antes da equipe apresentar as orientações e recomendações referente aos cuidados durante e pós-internação, é necessário escutar aquele de quem se fala, e considerar imprescindivelmente importante as colocações trazidas pelos usuários. A partir deste momento, será possível a criação de um plano terapêutico eficaz, em que o próprio paciente se perceberá como responsável pelo mesmo e tenha condições de executá-lo junto com a equipe.

Por fim, destacam-se os sentimentos e significados relacionados ao enfrentamento do tratamento. O processo de adoecimento é doloroso, sofrido e complexo, isso faz com que vários sentimentos e emoções emergam, tais como: raiva, medo da morte, fantasias, culpa, angústia, frustração, impotência, alteração da percepção da autoimagem, baixa autoestima, perda da função social, afastamento do trabalho, isolamento, entre outros, chegando até a desencadear quadros psicológicos importantes, como transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, entre outros.

O estudo mostra que quanto maior o prolongamento da internação, mais o paciente pode vir a apresentar dificuldades e sintomas emocionais e subjetivos que prejudiquem o enfrentamento do processo de adoecimento, contribuindo de forma negativa no tratamento, inclusive com a possibilidade de abandono das condutas terapêuticas oferecidas pelo serviço.

Cabe ao psicólogo trabalhar essas questões em conjunto com a equipe de saúde, destacando a importância da escuta e do cuidado com o ser humano que foi acometido pela enfermidade. O fazer deste profissional deve estar pautado em dar voz ao sofrimento e à dor do sujeito, a qual por vezes se encontra velada, suprimida ou negada.

Mediante as considerações acima, conclui-se que existem diversas dificuldades relacionadas a doença cardiorrenal, que possuem caráter particular e ao mesmo tempo comuns a outras DCNT. Sendo assim, o sujeito enfermo necessita de estratégias de cuidados da equipe que propiciem que o mesmo apresente um enfrentamento funcional frente à patologia, com o objetivo de facilitar a sua autonomia e o seu empoderamento pessoal, assim como propiciar uma melhora significativa no processo de adoecimento.

Para que isto ocorra, o primeiro passo e o mais importante é perceber que nenhum profissional da saúde cuida da doença, da enfermidade e/ou do sintoma, mas do sujeito que está acometido pela enfermidade. Nem sempre este sujeito apresentará um enfrentamento funcional, haja vista todas as suas particularidades. Desse modo, antes da equipe estabelecer suas prerrogativas de cuidado, há de se considerar as condições que naquele momento o paciente está apresentando para prosseguir no tratamento. E a partir disto, atuar frente às dificuldades apresentadas pelo mesmo, facilitando a relação do paciente com a doença, com equipe e consigo mesmo.



## REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 17, nº 11, Bahia, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em 2 de dezembro de 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BOAS, L. M. S. V; OLIVEIRA, D.C. A saúde nas comunidades ribeirinhas na região norte brasileira: revisão sistematica da literatura. **Revista Investigação Qualitativa em Saúde**. Vol. 2, nº 1, 2016. Disponível em <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/896/880>>. Acesso em 6 de janeiro de 2018.

BONOMO, Ana Myrian Sánchez; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcante Ferreira; **Psicologia Aplicada à Cardiologia: Um Estudo sobre Emoções Relatadas em Exame De Holter**. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**. Vol. 25, nº 1, Brasília, Março, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a08v25n1.pdf>>. Acesso em 3 de outubro de 2016.

BOTELHO, Grinberg Medeiros et al. Programa de Prevenção, Detecção e Tratamento das Cardiopatias Congênitas e Adquiridas – CARDIOPED. **Revista Eletrônica Extensão Cidadã**. Paraíba, 2006. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/extensaocidada/article/view/1351/1024>>. Acesso em 18 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília 2005. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em 14 de dezembro de 2017.

BRITO, Daniela Cristina Sampalo; BARROS, Delba Teixeira Rodrigues. A Orientação Profissional como método terapêutico e reabilitador de pacientes portadores de doença crônicas. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**. Vol.9, nº 2, São Paulo, 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-33902008000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902008000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 14 de outubro de 2016.

CAETANO, Francisca et al. Síndrome Cardiorenal na insuficiência cardíaca aguda: um círculo vicioso. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol. 33, nº 3, Coimbra, 2014. Disponível em <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/pdf/S0870255113003272/S300/>>. Acesso em 8 de outubro de 2016.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do

método. **Revista Informação & Sociedade**. Vol. 24, nº 1, jan/abr, 2014. Disponível em [http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/\\_repositorio/2015/12/pdf\\_ba8d5805e9\\_0000018457.pdf](http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/_repositorio/2015/12/pdf_ba8d5805e9_0000018457.pdf). Acesso em 14 de fevereiro de 2016l.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 57, nº 5, set/out, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2006.

CASTRO, Elisa Kern. O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar – SBPH**. Vol. 8, nº 1, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582005000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 22 de outubro de 2016.

CASTRO, Elisa Kern; GROSS, Carla Quarteiro. Percepção sobre a doença renal crônica de pacientes em hemodiálise: revisão sistemática. **Revista Salud & Sociedad: investigaciones en psicología la salud y psicología social**. Vol. 14, nº 1, Antofagasta, 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-74752013000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752013000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 22 de outubro de 2016.

CESARINO, Cláudia Bernardi; CASAGRANDE, Lisete Diniz Ribas. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 6, nº. 4, Ribeirão Preto, 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13873>. Acesso em 9 de outubro de 2016.

CHAVES, Eliane Corrêa et al. Coping: Significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol. 34, nº 4, São Paulo, 2000. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342000000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400008). Acesso em 11 de março de 2017.

CHERER, Evandro de Quadros et al. Repercussões psíquicas do adoecer: um relato de atendimentos na nefrologia hospitalar. **Revista Psicologia: teoria e prática**. Vol. 14, nº 2, São Paulo, 2012. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872012000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 4 de outubro de 2016.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo, Ed. Vozes, 2006.

COSTA, Fabrycianne Gonçalves et al. Rastreamento da depressão no contexto da insuficiência renal crônica. **Revista Temas em Psicologia**. Vol. 22, nº 2, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2014000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000200015). Acesso em 29 de setembro de 2016.



COSTA, Priscila; LEITE, Rita de Cássia Burgos de Oliveira. Estratégias de Enfrentamento Utilizada pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol. 55, nº 4, São Paulo, 2009. Disponível em

<[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v04/pdf/355\\_artigo5.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/355_artigo5.pdf)>. Acesso em 11 de março de 2017.

EBAID, Cynthia; ANDREIS, Mônica. A intervenção do psicólogo junto a pacientes cardiopatas. **Revista Arquivo Brasil Cardiologia**. Vol. 55, nº 2, São Paulo, 1990. Disponível em

<<http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/Pdfs/1990/V55N2/55020011.pdf>>. Acesso em 1 de outubro de 2016.

FIGHERA, Jossiele; VIEIRO, Eliani Venturine. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. Vol. 8, nº 2, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582005000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200005)>. Acesso em 15 de outubro de 2016.

FILHO, Raul D. Santos; MARTINEZ, Tânia L. da Rocha. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular: Velhos e Novos Fatores de Riscos, Velhos Problemas! **Revista Brasil Endocrinologia & Metabologia**. Vol. 46, nº 3, São Paulo, 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302002000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000300002)>. Acesso em 18 de outubro de 2016.

FREITAS, Kátia Santana et al. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas em UTI. **Revista Escola Ana Nery**. Vol. 16, Nº4, Out/Dez, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400009)>. Acesso em 17 de novembro de 2016.

FREITAS, Paula Pereira Werneck; COSMO, Mayla. Atuação do Psicólogo na Hemodiálise. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar - SBPH**. Vol. 13, nº 1, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 24 de outubro de 2016.

GIMENES, M. G. G. A mulher após a mastectomia. In GIMENES, M. G. G. (org.); FAVARO, M. H. (co-org). **A mulher e o Câncer**. Campinas, São Paulo: Ed. Livro Pleno, 2000.

GUS, Iseu et al. Prevalência dos Fatores de Riscos da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. **Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Vol. 83, nº 5, Rio Grande do Sul, 2002. Disponível em <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2002/7805/78050005.pdf>>. Acesso em 15 de outubro de 2016.



ISMAEL, Silvia Maria Cury. **Sofrer do Coração**. In: QUAYLE, J. M. B. R; LÚCIA, M. C. S. (org.). *Adoecer: As interações do doente com a sua saúde*. Editora Atheneu, 2ª, São Paulo, 2017.

JACQUES, Maria da Graça. **O nexó causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia**. *Revista Psicologia & Sociedade*. Vol. 18, nº1, Minas Gerais, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea15>>. Acesso em 14 de junho de 2017.

JARDIM, P. C. B. V; SOUSA, A. L. L; MONEGO E. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Revista Medicina Ribeirão Preto*. Vol. 29, nº 3, São Paulo, 1996. Disponível em <[http://revista.fmrp.usp.br/1996/vol29n2e3/atendimento\\_multiprofissional\\_paciente\\_hipertenso.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/1996/vol29n2e3/atendimento_multiprofissional_paciente_hipertenso.pdf)>. Acesso em 29 de dezembro de 2017.

JUAN, KELLY. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Revista Psicologia Hospitalar*. Vol. 5, nº 1, São Paulo, 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092007000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000100004)>. Acesso em 4 de outubro de 2016.

KUBZANSKY, L. D; KAWACHI, I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease?. *Revista Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 48, nº 4, Boston, 2000. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399999000914>>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

KNOBLOCH, F. **Reflexões sobre terapia breve em cardiologia**. In: BELKISS, W. R. L. (org.). *Psicologia aplicada à cardiologia*. Editora Fundo Editorial BYK, 9ª, 2001.

KUBLER- ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Editora Martins Fontes, 10ª, São Paulo, 2017.

LAZARUS, Richard S; FOLKMAN, Susan. Cognitive appraisal processes. In: LAZARUS R.S; FOLKAM S. **Stress appraisal and coping**. New York: Springer, 1984, p.22-54.

LIMA, Maria Emilia Amarante Torres. Análise de discurso e/ou análise de conteúdo. *Revista Psicologia em Revista*. Vol. 9, nº 13, Belo Horizonte, 2003. Disponível em <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/166/179>>. Acesso em 4 de janeiro de 2017.

LORENCETTI, Ariane; SIMONETTI, Jatene Pessuto. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 14, nº 6, São Paulo, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a05.pdf>>. Acesso em 15 de março de 2017.

MÁRQUEZ, Lilia Luz Lobo; SERNA, Fernando. Síndrome Cardiorenal. **Revista de la Federación Argentina de Cardiología**. Vol. 42, nº 2, San Miguel de Tucumán, 2013. Disponível em <[http://www.fac.org.ar/1/revista/13v42n2/art\\_revis/revis01/marquez.pdf](http://www.fac.org.ar/1/revista/13v42n2/art_revis/revis01/marquez.pdf)>. Acesso em 26 de setembro de 2016.

MACCULLOUGH, Peter A. Interseção Cardiorenal: confluência para o futuro. **Revista Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. Vol. 88, nº 1, São Paulo, 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007000100020&lng=pt&nrm=iso&tng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000100020&lng=pt&nrm=iso&tng=pt)>. Acesso em 24 de setembro de 2016.

MALTA, D.C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Vol. 15, nº 3, Brasília, Distrito Federal. Disponível em <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>>. Acesso em 9 de dezembro de 2017.

MARTINS, Marielza R. Ismael; CESARINO, Cláudia Bernardi. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 13, nº 5, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000500010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 de novembro de 2016.

MATOS-JUNIOR, Isaac Andrade. A importância da síndrome cardiorenal em pacientes com insuficiência cardíaca aguda: resultados em uma coorte prospectiva. **Monografia submetida a UFBA do Curso de Medicina**. Salvador, 2013. Disponível em <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10427/1/Isaac%20Andrade%20Matos%20Junior.pdf>>. Acesso em 2 de novembro de 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Ed. 29. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MORA, Sylvia Dávila et al. Síndrome Cardiorenal tipo 1: Mecanismos fisiopatológicos e papel dos novos biomarcadores. **Revista Insuficiência Cardíaca**. Vol. 11, nº 2, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.org.ar/pdf/ic/v11n1/v11n1a05.pdf>>. Acesso em 12 de outubro de 2016.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**. Vol. 15, nº 4 jul/ago, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>>. Acesso em 18 de fevereiro de 2017.



NASCIMENTO, Fernando A. Figueira. Uma contribuição às reflexões sobre os aspectos emocionais e o papel do psicólogo na hemodiálise. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar – SBPH**. Vol. 16, nº 1, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582013000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 4 de outubro de 2016.

NUNES, Carolina de Mello Nascimento Seiffert. O Conceito de Enfrentamento e a sua Relevância na Prática da Psiconcologia. **Revista Encontro: Revista de Psicologia**. Vol. 13, nº 19, Campinas, São Paulo 2011. Disponível em <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/viewFile/2519/2411>>. Acesso em 10 de março de 2017.

PADILHA, Renata Vellozo; KRISTENSEN, Christiaan Haag. Estudo exploratório sobre medo e ansiedade em pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco. **Revista PSICO**. Vol. 37, nº 3, Porto Alegre, Dezembro, 2006. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1444/1132>>. Acesso em 3 de outubro de 2016.

PASCOAL, Melissa et al. A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar – SBPH**. Vol. 12, nº 2, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <[http://sociedades.cardiol.br/co/revista\\_arco/2011/Revista04/revista04\\_2011.asp](http://sociedades.cardiol.br/co/revista_arco/2011/Revista04/revista04_2011.asp)>. Acesso em 29 de outubro de 2016.

PEREIRA, Livia de Paula; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Revista Cogitare Enfermagem**. Vol. 14, nº 4, Fortaleza, Ceará, 2009. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16384/10864>>. Acesso em 13 de novembro de 2017.

REIS, Maria Leticia Cascelle de Azevedo. Síndrome Cardiorrenal. **Revista Arquivos Centro-Oeste de Cardiologia**. Nº 4, 2011. Disponível em <[http://sociedades.cardiol.br/co/revista\\_arco/2011/Revista04/revista04\\_2011.asp](http://sociedades.cardiol.br/co/revista_arco/2011/Revista04/revista04_2011.asp)>. Acesso em 17 de outubro de 2016.

RODRIGUES, Dinete Leilane Teixeira. Significados e sentimentos atribuídos ao paciente renal crônico quanto ao tratamento dialítico. Monografia (Monografia em enfermagem) – UFSC, Florianópolis, 2014. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167271/Dinete%20Leilane%20Teixeira%20Rodrigues%20-%20PSICO%20-%20TCC.pdf?sequence=1>>. Acesso em 18 de dezembro de 2017.

ROMANO, B. W. **Psicologia e Cardiologia: Encontros Possíveis**. Editora Casa do Psicólogo, 1ª ed, vol. 1, São Paulo, 2001.

SILVA, A. R. D. Síndrome Cardiorrenal: Diagnóstico e Terapêuticas Atuais. **Dissertação de Mestrado – Universidade da Beira Interior**, Covilhão, 2013. Disponível em



<[www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=4b0e58dd6ea77a36](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=4b0e58dd6ea77a36)>. Acesso em 1 de novembro de 2016.

SILVA, Gabriela Escobar et al. Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourado – MS. **Revista Psicólogo Informação**. Vol. 15, nº 15, São Paulo, 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-88092011000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092011000100007)>. Acesso em 16 de outubro de 2016.

SIVIERO, Pâmila Cristina Lima et al. Insuficiência renal crônica no Brasil segundo enfoque de causas múltiplas de morte. **Revista Caderno de Saúde Coletiva**. Vol. 22, nº 1, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00075.pdf>>. Acesso em 2 de novembro de 2016.

SPINET, Pedro Pimenta de Mello et al. Incidência e Preditores de Síndrome Cardiorenal Aguda durante Tratamento de Insuficiência Cardíaca Descompensada: análise de 332 hospitalizações consecutivas. **Revista SOCERJ**. Vol. 22, nº 2, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=520022&indexSearch=ID>>. Acesso em 24 de outubro de 2016.

SPINK, M. J. P. (org). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1ª ed. 2010.

TEIXEIRA R.S. et al. Participação familiar no tratamento do paciente crônico. **Revista Pró-univerSUS**. Vol. 4, nº 1, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<http://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/view/509>>. Acesso em 3 de janeiro de 2018.

TESSER, Lissoni Naiara; PREBIANCHI, Helena Bazanelli. Atenção psicológica aos pacientes adultos e infantis nos pré e pós-operatório. **Revista Anais do XIX Encontro de Iniciação Científica**. São Paulo, setembro, 2014. Disponível em <[http://www.puc-campinas.edu.br/websist/Rep/Sic08/Resumo/2014813\\_8385\\_430481999\\_resele.pdf](http://www.puc-campinas.edu.br/websist/Rep/Sic08/Resumo/2014813_8385_430481999_resele.pdf)>. Acesso em 04 de outubro de 2016.

VARGAS, Tatiana Victorelli Pires et al. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 14, nº 3, São Paulo, Junho, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt\\_v14n3a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a12.pdf)>. Acesso em 15 de outubro de 2016.

WOTTRICH, Shana, Hastenpflug. "Manifestos do Coração": Significados Atribuídos à Doença por Pacientes Cardíacos Pré-cirúrgicos. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**. Vol. 31, nº 2, Brasília, Junho, 2015. Disponível

em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n2/0102-3772-ptp-31-02-0213.pdf>>. Acesso em 10 de outubro de 2016.

ZAMUDIO, Cesar Torres. Insuficiência Renal Crônica. **Revista Médica Herediana**. Vol. 14, nº 1, Lima, 2003. Disponível em <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2003000100001&script=scj\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2003000100001&script=scj_arttext&lng=en)>. Acesso 26 de setembro de 2016.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

NOME: \_\_\_\_\_.

Nº de REGISTRO na FHCGV: \_\_\_\_\_, CLÍNICA: \_\_\_\_\_.

IDADE: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_.

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_, NATURALIDADE: \_\_\_\_\_.

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_, ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_.

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_, DATA DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_.

## QUESTIONAMENTOS:

- 1) Como você deu entrada no serviço de saúde deste hospital?
- 2) Você já tinha conhecimento dessas doenças e do seu estado de saúde?
- 3) Como você se sentiu no momento de descoberta da doença? E no momento atual do tratamento?
- 4) O que mais incomoda você no tratamento?
- 5) Que sentimentos e emoções essa doença desperta em você?
- 6) Qual a sua perspectiva de vida a partir deste momento?
- 7) Quem é que lhe ajuda para a realização do tratamento?
- 8) Você tem condições de realizar as recomendações dadas no hospital na sua casa?
- 9) Quais as maiores dificuldades durante o tratamento?
- 10) O que mais você acredita que vai mudar ou já mudou na sua vida?
- 11) Como você acredita que deveria ser o tratamento?
- 12) Você esperava que o tempo de internação e o tratamento fosse desta forma?



## APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O objetivo geral deste estudo constitui-se em identificar as principais dificuldades que se fazem presentes no enfrentamento do tratamento de paciente que possuem uma patologia cardiorrenal, como ele percebe e sente esse processo saúde/doença, e com isso, compreender como o profissional da psicologia hospitalar pode realizar sua intervenção zelando pelo cuidado do paciente, no que se refere à temática **"Dificuldades relacionadas ao enfrentamento da doença em pacientes cardiorrenais: uma experiência da residência em psicologia num hospital público"**.

Esse processo ocorrerá através de pesquisa teórica e de campo que subsidiarão um Trabalho de Conclusão da Residência, onde se abordará os principais aspectos relacionados ao tema em estudo, orientado pelo Psicólogo Mestre José de Arimatéia Rodrigues Reis, e elaborado pelo Psicólogo Ivaí Malheiros Miranda, Residente de Psicologia do Programa de Atenção Saúde Cardiovascular, da Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará – UEPA, e que ocorrerá na instituição Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - FPEHCGV

Os riscos encontrados na presente pesquisa estão relacionados a desconfortos psicológicos e a exposição informações pessoais que não são significativas para o estudo. Contudo, o pesquisador se compromete a utilizar o material obtido durante o estudo apenas para a finalidade exposta, garantindo as condições éticas necessárias, bem como ofertando acompanhamento psicológico, procurando evitar qualquer desconforto físico ou emocional ao participante, com o intuito de minimizar os riscos que possa interferir no cuidado e saúde do mesmo.

Este estudo terá como benefícios a construção de conhecimento científico, que possibilita o aprimoramento técnico e teórico de profissionais. Por sua vez, gera um impacto direto e indireto na assistência prestada ao usuário do serviço, desta forma, favorecendo para a diminuição tanto dos fatores complicadores no tratamento de pacientes cardiorrenais, quanto a atenuação do sofrimento psicológico relacionado a internação.

Esta pesquisa não acarretará despesas pessoais para os participantes em qualquer momento do estudo, nem compensação financeira relacionada à

sua participação. Em caso de dúvidas o participante pode entrar em contato com o pesquisador e do Orientador através dos telefones informado abaixo ou com o Comitê de Ética em Pesquisa que analisou o projeto, através do telefone (91) 3276-1770 ou no seguinte endereço Tv. Alferes Costas, s/n – Pedreira, Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

**TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO, APÓS O ESCLARECIMENTO** Eu, \_\_\_\_\_,

portador do RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,

participante dessa pesquisa de campo, declaro estar suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, ficando claros os propósitos e as condições em que se desenvolverão este estudo. Ficou claro ainda, que a minha participação é isenta de despesas e que autorizo voluntariamente a utilização deste estudo dirigido ao objetivo que se destina, sendo que, caso eu queira desistir da participação do presente estudo, esta decisão não comprometerá de qualquer forma o tratamento que estou usufruindo durante esta internação, conforme me foi antecipadamente explicado.

Belém/Pará \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

Declaramos que obtivemos de forma apropriada e voluntária a **autorização** da pessoa que está participando deste estudo. O participante tem desejo de receber os resultados do estudo ( ). Telefone \_\_\_\_\_ e/ou e-mail \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ivaí Malheiros Miranda

\_\_\_\_\_  
José de Arimatéa Rodrigues Reis

## APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

O objetivo geral deste estudo constitui-se em identificar as principais dificuldades que se fazem presentes no enfrentamento do tratamento de paciente que possuem uma patologia cardiorrenal, como ele percebe e sente esse processo saúde/doença, e com isso, compreender como o profissional da psicologia hospitalar pode realizar sua intervenção zelando pelo cuidado do paciente, no que se refere à temática **"Dificuldades relacionadas ao enfrentamento da doença em pacientes cardiorrenais: uma experiência da residência em psicologia num hospital público"**.

Esse processo ocorrerá através de pesquisa teórica e de campo que subsidiarão um Trabalho de Conclusão da Residência, onde se abordará os principais aspectos relacionados ao tema em estudo, orientado pelo Psicólogo Mestre José de Arimateia Rodrigues Reis, e elaborado pelo Psicólogo Ivaí Malheiros Miranda, Residente de Psicologia do Programa de Atenção à Saúde Cardiovascular, da Residência Multiprofissional e Uniprofissional da Universidade do Estado do Pará – UEPA, e que ocorrerá na instituição Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna- FPEHCGV.

Os riscos encontrados na presente pesquisa estão relacionados a desconfortos psicológicos e a exposição informações pessoais que não são significativas para o estudo. Contudo, o pesquisador se compromete a utilizar o material obtido durante o estudo apenas para a finalidade exposta, garantindo as condições éticas necessárias, bem como evitando qualquer desconforto físico ou emocional ao participante, com o intuito de minimizar os riscos que possa interferir no cuidado e saúde do mesmo.

Este estudo terá como benefícios a construção de conhecimento científico, que possibilita o aprimoramento técnico e teórico de profissionais. Por sua vez, gera um impacto direto e indireto na assistência prestada ao usuário do serviço, desta forma, favorecerá para a diminuição tanto dos fatores complicadores no tratamento de pacientes cardiorrenais, quanto a atenuação do sofrimento psicológico relacionado a internação.

Esta pesquisa não acarretará despesas pessoais para os participantes em qualquer momento do estudo, nem compensação financeira relacionada à



sua participação. Em caso de dúvidas o participante pode entrar em contato com o pesquisador através do telefone informado abaixo ou com o Comitê de Ética em Pesquisa que analisou o projeto, através do telefone (91) 3276-1770 ou no seguinte endereço Tv. Alferes Costas, s/n – Pedreira, Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS, APÓS O ESCLARECIMENTO** Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, participante dessa pesquisa de campo, declaro estar suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, ficando claros os propósitos e as condições em que se desenvolverão este estudo. Ficou claro ainda, que a minha participação é isenta de despesas e que autorizo voluntariamente a utilização deste estudo dirigido ao objetivo que se destina, sendo que, caso eu queira desistir da participação do presente estudo, esta decisão não comprometerá de qualquer forma o tratamento que estou usufruindo durante esta internação, conforme me foi antecipadamente explicado.

Belém/Pará \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

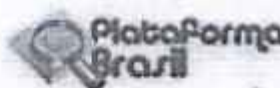
Declaramos que obtivemos de forma apropriada e voluntária a **autorização** da pessoa que está participando deste estudo. O participante tem desejo de receber os resultados do estudo ( ). Telefone \_\_\_\_\_ e/ou e-mail \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ivaí Malheiros Miranda

\_\_\_\_\_  
José de Arimatéia Rodrigues Reis

## ANEXO 1

FUNDAÇÃO PÚBLICA  
ESTADUAL HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Dificuldades relacionadas ao enfrentamento no tratamento de pacientes cardiorenais: uma experiência da residência em psicologia

**Pesquisador:** IVAÍ MALHEIROS MIRANDA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 75051317.9.0000.0016

**Instituição Proponente:** Fundação Pública Estadual Hospital das Clínicas Gaspar Vianna

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.311.339

**Apresentação do Projeto:**

**Projeto de Pesquisa:** Dificuldades relacionadas ao enfrentamento no tratamento de pacientes cardiorenais: uma experiência da residência em

psicologia.**Desenho:**

Este estudo terá como metodologia de pesquisa a abordagem qualitativa, visto que ela possibilita vislumbrar vários fenômenos que estão

relacionados ao ser humano e suas relações consigo mesmo e com o mundo.

As variadas mudanças dos paradigmas relacionados à saúde suscitaram demandas específicas, em que a pesquisa social leva uma representação

significativa neste campo, tendo um papel sine qua non na produção de conhecimento. As relações e a forma pela qual o sujeito ou grupo funciona

dentro de um contexto são singulares para cada situação; tendo em vista isto, faz-se importante um estudo que contemple os objetivos propostos

emergidos do percurso da pesquisa (MINAYO, 2010).

Espera-se com essa abordagem, ter um olhar integral para o sujeito, o qual poderá ser melhor compreendido no contexto de que faz parte. Nesta

modelo, o pesquisador se dirige até o fenômeno para compreender a perspectiva da pessoa sobre

Endereço: Travessa Aldeias Coste sin

Bairro: Bairro Pedreira

CEP: 85.087-660

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3276-1770

Fax: (91)3276-1770

E-mail: cepfhcv@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO PÚBLICA  
ESTADUAL HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



Continuação do Parecer: 2.311.339

ele, considerando os dados obtidos que auxiliem na compreensão do fenômeno e da dinâmica que este possui (FREITAS, 2010). Levando em consideração que o método e a técnica para a análise dos dados devem ter uma perspectiva multifacetada frente a conjuntura dos dados e os significados do produto dos mesmos, a metodologia utilizada nesta pesquisa será a análise de conteúdo. Este método configura-se como um conjunto de técnicas de pesquisa traçadas com o objetivo de buscar sentido em um documento (CAMPOS, 2004). Este método tem sido constantemente utilizado pelas áreas da administração, educação, política, publicidade, sociologia e psicologia, entre outras categorias, que possuem principalmente um enfoque qualitativo na sua pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

**4.1. OBJETIVO GERAL**

Compreende-se que o objetivo geral deste trabalho, constitui-se em identificar as principais dificuldades que se fazem presentes nos pacientes quando vivenciam o tratamento da Síndrome Cardiorrenal.

**4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever os aspectos sociais que são pertinentes ao cuidado do paciente cardiorrenal.
- Entender os sentimentos que estão relacionados ao tratamento do paciente que possui uma doença cardiorrenal.
- Compreender o significado que a doença cardiorrenal tem na vida desses pacientes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O participante desta pesquisa está sujeito ao risco de ter suas informações expostas de forma indevida; esta sujeito a revivenciar emoções/sentimentos e situações que o mesmo não deseja; comunicação ou devolução inadequada dos resultados do estudo. Com tudo, os riscos serão evitados, respeitando o sigilo de informações, utilizando-se de nomes fictícios para identificar os sujeitos; será garantido acompanhamento

Endereço: Travessa Afonso Costa s/n  
 Bairro: Bairro Podreão CEP: 06 087-660  
 UF: PA Município: BELEM  
 Telefone: (91)3276-1770 Fax: (91)3276-1770 E-mail: cepfucqv@yhoo.com.br



FUNDAÇÃO PÚBLICA  
ESTADUAL HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



Continuação do Parecer: 2.311.239

psicológico para os pacientes durante o período de internação, e será informado sobre a possibilidade de ele receber os resultados do estudo no qual participará.

Com isso, pretende-se minimizar a probabilidade de ocorrer algo danoso ao participante, caracterizando-se como transitório se ocorrer.

**Benefícios:**

Este estudo terá como benefícios a construção de conhecimento científico, que possibilita o aprimoramento técnico e teórico de profissionais. Por

sua vez, gera um impacto direto e indireto na assistência prestada ao usuário do serviço, desta forma, favorecendo para a diminuição tanto dos fatores complicadores no tratamento de pacientes cardiorrenais, quanto a atenuação do sofrimento psicológico relacionado a internação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é pertinente, visto que trará benefícios tanto para a comunidade acadêmica como para os participantes da pesquisa, através de maiores conhecimentos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todo os termos obrigatórios foram apresentados.

**Recomendações:**

Recomendamos corrigir a data de coleta de dados ou seja de aplicação dos instrumentos de pesquisa, visto que a data está anterior à aprovação da pesquisa pelo comitê de ética. Logo, sugerimos que faça o ajuste do cronograma e da metodologia quanto à data correta que tem que ser após a aprovação pelo CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos de parecer favorável pela execução da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_906066.pdf	07/09/2017 22:15:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	dificuldades_relacionadas_ao_enfrentamento_no_tratamento_de_pacientes	07/09/2017 22:15:20	IVAI MALHEIROS MIRANDA	Aceito

Endereço: Travessa Afonso Costa s/n  
Bairro: Bairro Pedreira CEP: 88.067-680  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3276-1770 Fax: (91)3276-1770 E-mail: cepfhqv@yahoo.com.br

FUNDAÇÃO PÚBLICA  
ESTADUAL HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS GASPAR VIANNA



Continuação do Parecer: 2.311.339

Investigador	_cardiorrenais_uma_experiencia_da_res ligencia.doc	07/09/2017 22:15:20	IVAI MALHEIROS MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD.doc	07/09/2017 22:07:28	IVAI MALHEIROS MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	07/09/2017 22:07:09	IVAI MALHEIROS MIRANDA	Aceito
Outros	JoseReis.pdf	04/09/2017 11:20:31	José de Arimateia Rodrigues Reis	Aceito
Outros	IvaiMiranda.pdf	04/09/2017 11:20:17	José de Arimateia Rodrigues Reis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.doc	17/08/2017 21:27:00	IVAI MALHEIROS MIRANDA	Aceito
Folha de Rosto	Ivai.doc	17/08/2017 21:12:15	IVAI MALHEIROS MIRANDA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 03 de Outubro de 2017

Assinado por:

José de Arimateia Rodrigues Reis  
(Coordenador)

Endereço: Travessa Afonso Costa s/n

Bairro: Bairro Pedreira

CEP: 66.087-660

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3276-1770

Fax: (91)3276-1770

E-mail: cep@cgv@yahoo.com.br