

Reabilitação psicossocial de pacientes com doença renal crônica: utilização da clínica ampliada

Psychosocial rehabilitation of chronic renal disease patients: the use of extended clinics

Milady Cutrim Vieira¹; Ana Karina Teixeira da Cunha França²; Ilma Nascimento Sousa Lima³; Zeni Carvalho Lamy⁴; Natalino Salgado Filho⁵

RESUMO

A diálise é um processo prolongado e doloroso que, além de corrigir parcialmente os sintomas, provoca rupturas e severas limitações na vida dos pacientes renais crônicos. Ações pautadas nas diretrizes da Política Nacional de Humanização são necessárias na assistência a esses pacientes e sua aplicação constitui um sério desafio. O presente trabalho tem como objetivo relatar propostas de intervenção multiprofissional junto aos pacientes do Serviço de Nefrologia do HUUFMA, com o intuito de aumentar os recursos para o enfrentamento da doença. O trabalho foi desenvolvido durante a sessão de hemodiálise e em momentos previamente agendados, com a realização de oficinas terapêuticas e atividades lúdicas, expressivas, socioculturais, palestras educativas e momentos de espiritualidade. Essas abordagens têm se mostrado relevantes, pois impulsionam o paciente a comportamentos mais construtivos frente à doença. Verifica-se melhora de suas funções afetivas, ocupacionais e sociais, influenciando na sua condição biopsicossocial.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Insuficiência Renal Crônica; Estilo de vida; Apoio Social; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Dialysis is a prolonged and painful process that besides the partial correction of the symptoms also creates disruptions and severe limitations to the chronic renal patient's life. Actions based on the National Humanization Policies guidelines are needed to these patients care and its application is a great challenge. This work objective is to report the proposals of multiprofessional intervention to the patients in the Serviço de Nefrologia do HUUFMA, in order to improve the resources to face the illness. The work was developed during a hemodialysis session at previously arranged periods, with therapeutical workshops and leisure activities, expressive socio-cultural educative lectures and spiritual meditation. These approaches have been relevant, as they motivate the patients towards more constructive behaviors in face of the disease. It is noted the improvement of the affective, occupational and social functions, with influence in their bio-psycho-social condition.

Key words: Health Care Humanization; Chronic Renal Failure; Life Style; Social Support; Patient Care Team.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) vem assumindo importância global, em virtude do exponencial aumento dos casos registrados nas últimas décadas.¹ De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, no Brasil estima-se a existência de

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela UFMA. Terapeuta Ocupacional do Serviço de Nefrologia do HUUFMA.

² Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFMA. Professora de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão.

³ Mestranda em Saúde Materno Infantil pela UFMA. Psicóloga do Serviço da UTI Cardio do HUUFMA.

⁴ Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira.

Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA.

⁵ Doutor em Medicina (Nefrologia) pela UNIFESP. Reitor da Universidade Federal do Maranhão.

Instituição:
Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA).

Endereço para correspondência:
Milady Cutrim Vieira Cavalcante,
Rua B, nº53, Quadra35, Cohatrac-I
E-mail: miladycutrim@yahoo.com.br

87.044 pacientes em terapia dialítica, com incremento de 103,9% dos casos no período de 2000 a 2008.²

Essa doença é definida como lesão renal, associada ou não à diminuição da filtração glomerular inferior a 60 mL/min/1,73 m² por período igual ou superior a três meses e está classificada em cinco estágios clínicos.³

À medida que evolui, aparece como uma das enfermidades crônicas com significativo impacto na vida das pessoas. Na fase mais avançada, o estágio cinco, quando o ritmo de filtração glomerular atinge níveis inferiores a 15 mL/min/1,73 m², o rim não consegue realizar suas funções básicas compatíveis com a sobrevivência do indivíduo. Torna-se necessário iniciar a terapia renal substitutiva (TRS).³

A TRS, diálise ou transplante, alivia os sintomas e preserva a vida dos pacientes, mas não possui caráter curativo.⁴ A diálise é um processo prolongado e doloroso que, a partir da filtração, retira todas as substâncias indesejáveis acumuladas pela perda da função renal.⁵ Apesar dos avanços da tecnologia na área de diálise terem contribuído substancialmente para o aumento da sobrevivência dos pacientes renais crônicos, a permanência por tempo indeterminado em tratamento dialítico pode interferir na qualidade de vida dessa população.⁶

Entre as terapias dialíticas, diálise peritoneal e hemodiálise (HD), a segunda corresponde à modalidade de tratamento mais utilizada universalmente.⁷ O procedimento hemodialítico é realizado por meio de acesso vascular, utilizando-se um cateter de duplo lúmen percutâneo ou uma anastomose subcutânea denominada fístula artério-venosa (FAV)⁸, estabelecendo-se circulação extracorpórea contínua.⁹ É normalmente realizado três vezes por semana, com duração de três a quatro horas por sessão, não havendo previsão do tempo em que o paciente permanecerá em programa dialítico.¹⁰ Portanto, além de corrigir só parcialmente os sintomas apresentados, a HD provoca mudanças adicionais no estilo de vida.¹¹

No tratamento hospitalar, os pacientes são submetidos aos mais variados procedimentos técnicos, exames invasivos, medicações intravenosas, curativos, cirurgias, imobilizações temporárias de pequena ou grande parte do corpo (imposta pela própria doença ou tratamento) e outros, muitas vezes dolorosos e estressantes.¹²

A terapêutica hemodialítica envolve uma complexa equação: um paciente sofrendo de uma doença grave e crônica, a dependência dos profissionais de saúde e da máquina.¹³

Guimarães¹² refere que a doença e o estresse gerado pelo tratamento podem levar os pacientes a

desencadearem diferentes sentimentos: medo, insegurança, ansiedade, depressão, baixa autoestima e sensação de inutilidade. Muitas vezes, sofrem significativas modificações nas relações cotidianas, ficam ociosos, com toda a atenção voltada para a doença. Todos esses fatores, isolados ou somados, podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes.

Verifica-se que a vida dos portadores de DRC é marcada por rupturas e imposição de severas limitações ao cotidiano. Em consequência do tratamento, ocorrem inúmeras modificações no estilo de vida, além de dificuldades funcionais, afetivas, comportamentais e sociais.

As expectativas em relação à saúde e a habilidade para enfrentar as limitações e incapacidades podem afetar, de forma fundamental, a percepção que o indivíduo tem de saúde e sua satisfação com a vida.¹⁴

Os sujeitos, quando hospitalizados ou dependentes de um tratamento, são afastados de sua rede social, ficam ociosos e desencadeiam inúmeros conflitos, o que justifica a realização de ações pautadas nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH tem como objetivo principal aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital e comunidade. Visa à “democratização das relações que envolvem o atendimento”, o “maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente” e o “reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais” ou, ainda, o “reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico”.¹⁵

Constitui um sério desafio a aplicação dessas diretrizes em face da formação dos profissionais que, em geral, é extremamente técnica e pouco humanizada, focalizada no tratamento da doença e não da pessoa acometida pela enfermidade.

Assim, é imprescindível o desenvolvimento de práticas de saúde que vão além da terapêutica tradicional, não priorizando somente aspectos clínicos, mas considerando o quadro psicossocial do paciente. E torna-se importante prestar um cuidado integral que auxilie o portador de DRC em sua nova realidade.

O presente trabalho tem como objetivo relatar propostas de intervenções multiprofissionais, com ênfase na terapia ocupacional, junto aos pacientes do Serviço de Nefrologia do HUUFMA, com o intuito de aumentar os recursos para o enfrentamento da doença. Em última instância, fazer com que os pacientes se percebam mais capazes e produtivos, apesar das dificuldades inerentes à enfermidade e ao tratamento.

Apresentando o serviço

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) tem como política a humanização baseada nas diretrizes da Política Nacional de Humanização, trabalhando na perspectiva de valorização dos usuários e trabalhadores nos mais diversos serviços.

Trata-se de um hospital público, de alta complexidade e de referência na região. Entre os diversos serviços oferecidos à população, dispõe do serviço de nefrologia, que possui cerca de 130 pacientes cadastrados em programa de hemodiálise, e de uma equipe multiprofissional composta de: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Intervenção terapêutica

Sobreviver por longos períodos não significa, necessariamente, “viver bem”, na maioria das vezes existem limitações prejudicando a participação do indivíduo em várias atividades.¹⁶

Partindo do exposto, desenvolvem-se diversas ações realizadas ora pela terapia ocupacional, ora em equipe, visando implementar transformações no cotidiano desses sujeitos. Estas contemplam atividades que ocorrem durante a sessão de diálise ou em horários previamente agendados.

Durante a sessão de HD, é comum observar entre os pacientes a sensação de perda de tempo. A obrigatoriedade de permanecer na instituição por quatro horas, três vezes por semana, é considerada por muitos um período de tempo perdido. Ainda nesse aspecto, permanecem com parte do corpo imobilizado, muitas vezes dormindo, ociosos, irritados e poliquixosos.

As intervenções desenvolvidas durante a HD têm duração média de 50 minutos e abrangem diversas atividades: lúdicas, expressivas, cognitivas, socio-culturais, de lazer, palestras educativas e momentos de espiritualidade.

São exemplos dessa abordagem: a disponibilização da “caixa de surpresas” que possui revistas, jornais, jogos diversos; o uso do circuito interno áudio-visual com transmissão de filmes, vídeos educativos e musicais; parcerias com instituições culturais e voluntários que proporcionam momentos musicais com apresentações de coral e com o uso de violinos, flautas

e violões; lanches e decorações em datas comemorativas, mensagens com abordagens motivacionais e religiosas, etc. Estas permitem aos pacientes vivenciar experiências que podem estimular as funções práticas, ampliar sua participação ativa nos “fazeres”, resgatar autonomia, imagem corporal e trabalhar a socialização.

Verifica-se, com essas condutas, que os pacientes se apresentam acordados por mais tempo e em atividade, aumentando o nível de interação entre eles, refletindo também na mudança do estado de humor e melhora do relacionamento com a equipe. Ademais, as informações transmitidas pelos diversos profissionais promovem mais conhecimento da doença, adesão ao tratamento e envolvimento do paciente em seu autocuidado.

O serviço oferece, ainda, a possibilidade de atividades previamente agendadas, em que o paciente deve se deslocar à instituição em horário diferente das sessões de HD. Estas podem ser oficinas terapêuticas contemplando temas diversos e atividades sociais (confraternizações, passeios, cantatas).

A oficina terapêutica tem duração de três horas, ocorre com grupo de até 15 pacientes e contempla dois momentos. Inicialmente, são exploradas habilidades por meio da produção artística, seguida de espaço para a abordagem do profissional com discussão em grupo. Os temas são definidos conforme datas comemorativas e interesses manifestados pelos pacientes.

Essas oficinas estimulam a criatividade e propiciam a valorização da fala do paciente, discussão da vida cotidiana, reinserção no contexto familiar e social, reconstrução da cidadania, rompimento de isolamentos, resgate e/ou melhora da autoestima e redução dos transtornos emocionais.

Por meio destas, os pacientes mostram-se mais motivados, autônomos, independentes, com nível aumentado de satisfação e autoestima. O aprendizado de técnicas e produções obtido por meio destas contribui também para a complementação da renda de alguns indivíduos.

Entre os temas abordados, foram levantadas questões relativas ao tratamento, cuidados com a FAV, relação interpessoal, manutenção de atividades rotineiras, entre outras. Em três anos já foram realizadas várias oficinas e, como produtos, obtiveram-se: caixas decorativas, porta-lápis, arranjos florais, enfeites natalinos, quadros e telas com uso da técnica de decoupage, trabalhos com EVA, decoração

do ambiente hospitalar em datas festivas e outras confecções com utilização de materiais reciclados.

As atividades sociais também são previamente agendadas e ocorrem no ambiente extra-hospitalar. São realizadas parcerias com instituições que disponibilizam transportes e acesso a eventos. O grupo de renais crônicos já foram a cinema, teatro, praia e museu. Nesses locais, tiveram a oportunidade de vivenciar experiências inéditas, momentos de descontração e interações, contribuindo para a percepção de que, apesar da doença, ainda são pessoas capazes e produtivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva da Clínica Ampliada, verifica-se que as ações desenvolvidas possibilitam um olhar integral às pessoas com DRC, transformando-as em protagonistas em seus tratamentos e em suas vidas.

Os mencionados recursos de reabilitação impulsionam o paciente renal crônico a comportamentos mais construtivos frente aos problemas por que passam. Portanto, essas abordagens têm se mostrado relevantes para promover suporte emocional aos pacientes e compreensão das questões relativas à doença, de modo que estes consigam exercer melhor suas funções afetivas, ocupacionais e sociais, melhorando, assim, sua qualidade de vida.

Por favorecer melhoria nas áreas de desempenho ocupacional (atividades da vida diária, produtivas e de lazer) e auxiliar em um momento frágil de sua existência, quando dependentes de uma instituição hospitalar, observa-se a importância da integração do terapeuta ocupacional nas equipes multiprofissionais que considerem o contexto biopsicossocial do indivíduo renal crônico.

REFERÊNCIAS

1. National Kidney Foundation - NKF K/DOQI. CKD: common, harmful, and treatable – World Kidney Day 2007. *Am J Kidney Dis.* 2007; 49(2):175-9.
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN. Censo Geral 2008. [Citado em 2009 jul. 22]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Censo/2008/censoSBN2008.pdf>.
3. National Kidney Foundation – NKF K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002; 39(Suppl 2):1-266.
4. Bezerra KV. Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2006.
5. Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento.* 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.
6. Rodrigues Neto JF, Ferraz M, Cendoroglo M, Draibe S, Yu L, Sesso R. Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment – a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. *Qual Life Res.* 2000; 9:101-7.
7. Draibe SA. Diálise crônica e transplante renal. In: Prado FC, Ramos JA, Valle IR. *Atualização terapêutica.* São Paulo: Artes Médicas; 1991.
8. Nascimento NM. Avaliação de acesso vascular em hemodiálise: um estudo multicêntrico. *J Bras Nefrol.* 1999; 21(1):22-9.
9. Lima AFC. O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: a busca por uma melhor qualidade de vida [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
10. Lima AFC, Gualda DMR. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. *Nursing.* 2000; 3(30):20-23.
11. Valderrábano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis.* 2001; 38(3):443-64.
12. Guimarães W. A Terapia Ocupacional na Unidade de Internação do HC/UFGM – Hospital-Geral Universitário. *Cad Ter Ocup.* 1998; (1):114-27.
13. Carneiro D. Três textos sobre a prática em grupo operativo no Serviço de hemodiálise do Hospital Geral de Fortaleza. 2001. [Citado em 2007 abr. 27]. Disponível em: <http://www.campogrupal.com/grupooperativo.html>.
14. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med.* 1996; 334:835-40.
15. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1):7-14.
16. Laurenti R. A mensuração da qualidade de vida. *Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49(4):349-66.