

A psicologia no Brasil: Teoria e pesquisa

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)



**Atena**
Editora
Ano 2022

A psicologia no Brasil: Teoria e pesquisa

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)



Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa



Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^o Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Prof^o Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná
Prof^o Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^o Dr^a Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^o Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^o Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins



A psicologia no Brasil: teoria e pesquisa

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Ezequiel Martins Ferreira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P974 A psicologia no Brasil: teoria e pesquisa / Organizador Ezequiel Martins Ferreira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-970-4

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.704220702>

1. Psicologia. I. Ferreira, Ezequiel Martins (Organizador). II. Título.

CDD 150

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A coletânea *A psicologia no Brasil: Teoria e pesquisa*, reúne neste volume dezessete artigos que abordam algumas das possibilidades metodológicas do saber psicológico.

A Psicologia enquanto campo teórico-metodológico traz em suas raízes tanto a especulação filosófica sobre a consciência, a investigação psicanalítica do inconsciente, quanto a prática dos efeitos terapêuticos da medicina e em especial da fisiologia.

E, desse ponto de partida se expande a uma infinidade de novas abordagens da consciência humana, creditando ou não algum poder para o inconsciente como plano de fundo.

A presente coletânea trata de algumas dessas abordagens em suas elaborações mais atuais como podemos ver nos primeiros capítulos em que se tratam do inconsciente em suas relações com os corpos, as contribuições socioeducativas entre outros olhares para o que é abarcado pelo psiquismo humano.

Em seguida temos alguns temas situacionais de nossa realidade imediata quanto aos efeitos psicológicos do isolamento social e o medo da morte.

Uma boa leitura!

Ezequiel Martins Ferreira


SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DA CRIANÇA E O PROCESSO DE MATURAÇÃO NO ÂMBITO FAMILIAR E SOCIAL

Weliton Carrijo Fortaleza

Ezequiel Martins Ferreira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7042207021>

CAPÍTULO 2..... 9

VIOLÊNCIAS NA ESCOLA: COMPORTAMENTO ANTISSOCIAL E SUAS REPRESENTAÇÕES EM UMA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

Ana Paula Serpa Corrêa

Wanderley da Silva


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7042207022>

CAPÍTULO 3..... 21

A PINTURA A DEDO COMO FACILITADORA DO VÍNCULO COM A CRIANÇA AUTISTA

Thaysa Barbosa Gomes

Eduardo Fraga de Almeida Prado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7042207023>

CAPÍTULO 4..... 43


OS PROCESSOS DE CONFRONTAÇÃO E SEPARAÇÃO NO ADOLESCENTE À LUZ DA PSICANÁLISE

Ana Carolina Venâncio Nascimento

Taynara Prestes Milessi

Suziani de Cássia Almeida Lemos

Daniela Scheinkman Chatelard


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7042207024>

CAPÍTULO 5..... 51

A PRESENÇA DO ANALISTA NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE E A APOSTA DE UMA ESCUTA POSSÍVEL

Darla Moreira Carneiro Leite

Karla Corrêa Lima Miranda


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7042207025>

CAPÍTULO 6..... 59

SUICÍDIO, DEPRESSÃO E MELANCOLIA: UMA ANÁLISE DO FILME 'AS HORAS' A PARTIR DA TEORIA PSICANALÍTICA

Tayna Jacintho

Gustavo Angeli

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7042207026>


CAPÍTULO 7..... 76

DETERMINAÇÃO SOCIAL E ADOECIMENTO PSÍQUICO

Tayla Monteiro Queiroz

Lorena Gomes Fonseca

Roberto Willyam dos Santos Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7042207027>

CAPÍTULO 8..... 84


SCHEMAS, QUADROS E PAPÉIS: ELEMENTOS PARA UMA PSICOSSOCIOLOGIA COGNITIVA DA PERSUAÇÃO

Jair Araújo de Lima

José Jorge de Miranda Neto

Juliane Ramalho dos Santos

Maria Luísa Miranda Macedo


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7042207028>

CAPÍTULO 9..... 101

O PROJETO DE CONTROLE DAS EMOÇÕES PELO TRANSHUMANISMO: UMA ANÁLISE PELA PERSPECTIVA DO EXISTENCIALISMO DE JEAN-PAUL SARTRE

Afonso Henrique Iwata Yamanari

Sylvia Mara Pires de Freitas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7042207029>

CAPÍTULO 10..... 110

IMPACTOS DA NECESSIDADE DE ACEITAÇÃO SOCIAL SOB A PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL

Fabio Rodrigues dos Santos Ferreira

Yloma Fernanda de Oliveira Rocha

Ruth Raquel Soares de Farias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70422070210>

CAPÍTULO 11..... 120

BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Deise Elen Oliveira dos Santos Reis

Jéssica de Castro Oliveira


Ruberpaulo de Mendonça Ribeiro Filho

Victor Saraiva

Ana Clara Costa Abreu e Lima

Jean Silva Lourenço

Welton Dias Barbosa Vilar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70422070211>


CAPÍTULO 12..... 126

ATENCIÓN Y APOYOS PARA UNA VIDA DE CALIDAD DE LAS PERSONAS CON

TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO (TEA)

Manoel Baña Castro

Luisa Losada-Puente

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70422070212>

CAPÍTULO 13..... 141


“RITA O PAI SAIU DE CASA E AGORA?”- UMA TÉCNICA TERAPÊUTICA QUE PODE AJUDAR A LIDAR COM A PROBLEMÁTICA DO DIVÓRCIO?

Paula Isabel Gonçalves dos Santos

Joana Cristina Vieira Gomes

Edgar Martins Mesquita

Marta Silva Coelho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70422070213>


CAPÍTULO 14..... 152

DIVÓRCIO/SEPARAÇÃO: EFEITOS E COMPREENSÃO DOS INDIVÍDUOS DESSE PROCESSO

Andressa Carolayne de Alencar Lima

Myrla Sirqueira Soares

Ruth Raquel Soares de Farias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70422070214>

CAPÍTULO 15..... 163

O SENTIDO DA VIDA NA ÓTICA DO PACIENTE EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS ENVOLVIDOS

Valdeci Timóteo Martins

Margareth Marchesi Reis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70422070215>


CAPÍTULO 16..... 183

AVALIAÇÃO E INSTRUMENTALIZAÇÃO DE PROFESSORES PARA INTERVENÇÃO EM ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL I COM QUEIXAS DE TDAH

Andréia dos Santos Felisbino Gomes

Luiz Renato Rodrigues Carreiro

Viviani Massad Aguiar


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70422070216>

CAPÍTULO 17..... 192

APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO EM FORMAÇÃO CONTINUADA EM PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA ANTROPOSÓFICA

Elenice Saporski Dias

Tania Stoltz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.70422070217>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 209

ÍNDICE REMISSIVO..... 210

O SENTIDO DA VIDA NA ÓTICA DO PACIENTE EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS ENVOLVIDOS

Data de aceite: 01/02/2022

Data de submissão: 09/11/2021

Valdeci Timóteo Martins

Centro Universitário Salesiano – UNISALES
Vitória – ES
<https://orcid.org/0000-0003-4322-2319>

Margareth Marchesi Reis

Centro Universitário Salesiano – UNISALES
Vitória – ES
<http://lattes.cnpq.br/3344388249963808>

RESUMO: A evolução da doença renal crônica é insidiosa e assintomática, porém, seus estágios mais avançados resultam em implicações severas à vida dos acometidos, levando-os, muitas vezes, a crença de estarem sentenciados à morte, principalmente àqueles submetidos à terapia renal substitutiva (TRS), uma vez que, não raro, sentem-se mais vulneráveis a angústia, tristeza e desesperança. Considerando tais perspectivas, este estudo buscou compreender se o sentido da vida do modo como é percebido pelo paciente renal crônico influencia na maneira deste lidar com a doença. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, fundamentada na abordagem existencialista mediante o método de investigação fenomenológico, realizada em uma instituição particular que presta serviços médico-hospitalares em nefrologia atendendo pacientes oriundos da rede privada e pública de saúde. Participaram desta pesquisa dez pacientes submetidos a algum tipo de TRS,

com idades entre 22 e 84 anos, sendo 50% do sexo feminino e 50% do masculino. Os dados foram coletados por meio da técnica de grupo focal. Os resultados revelaram que os pacientes adotaram as seguintes estratégias para lidar com a doença: suporte familiar, aceitação/negação e religião/espiritualidade. O significado atribuído ao sentido da vida é particularizado e relaciona-se a perspectiva presente-futuro, destacando-se: a vontade de viver, amor a si próprio, felicidade, satisfação pessoal e consciência da realidade. Observou-se que ao encontrar um sentido em meio ao sofrimento, o paciente sente-se motivado, adere melhor ao tratamento e nutre expectativas positivas quanto ao futuro. Opostamente, pacientes que não elaboraram essa situação mantêm um discurso de incerteza, desesperança e vazio existencial.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia, Terapia renal substitutiva, Sentido da vida.

THE SENSE OF LIFE IN THE PERSPECTIVE OF PATIENTS IN RENAL REPLACEMENT THERAPY: PSYCHOLOGICAL ASPECTS INVOLVED

ABSTRACT: The evolution of chronic kidney disease is insidious and asymptomatic, but its more advanced stages result in severe implications to the lives of those affected, often leading them to the belief of being sentenced to death, especially those submitted to renal replacement therapy (SRT), since, not rarely, they feel more vulnerable to anguish sadness and hopelessness. Considering such perspectives, this study sought to understand whether the meaning of life as perceived by the chronic

renal patient influences the way in which it deals with the disease. This is a descriptive qualitative research, based on the existentialist approach through the phenomenological research method, carried out in a private institution that provides medical- hospital services in nephrology, attending patients from the private and public health network. Ten patients who underwent some type of SRT, aged between 22 and 84 years, 50% females and 50% of males participated in this research. Data were collected using the focal group technique. The results revealed that the patients adopted the following strategies to cope with the disease: family support, acceptance/denial and religion/spirituality. The meaning attributed to the meaning of life is particularized and relates to the present-future perspective, highlighting: the will to live, love to oneself, happiness personal satisfaction and awareness of reality. It was observed that when finding a meaning in the midst of suffering, the patient feels motivated, adheres better to treatment and nourishes positive expectation regarding the future. Oposely, patients who did not elaborate this situation maintain a discourse of uncertainty hopelessness and existential emptiness.

KEYWORDS: Psychology, Renal replacement therapy, Meaning of life.

1 | INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) caracteriza-se pela perda irreversível e progressiva da função renal. Sua etiologia é multicausal e o prognóstico multifatorial. O grupo de risco para DRC inclui diabéticos, hipertensos, idosos, pessoas com; histórico familiar da doença ou que utilizam medicamentos nefrotóxicos, além de indivíduos que tenham sido acometidos de doença no aparelho circulatório; e obesos, cujo índice de massa corporal é igual ou maior que 30 Kg/m². Na maioria dos casos a evolução da doença é insidiosa e assintomática ocasionando diagnósticos tardios (SETTE; TITAN; ABENSUR, 2013).

A DRC é classificada em cinco estágios diferentes com base nas estimativas da taxa de filtração glomerular (TFG), que mensura capacidade renal de eliminação de substâncias do sangue, cujo indicativo de normalidade é; 90 a 125 ml de sangue por minuto (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). Posto isto, segue a classificação; estágio 1: TFG ≥ 90, estágio 2: entre 60 e 89, estágio 3: entre 30 e 59, estágio 4: de 15 e 29, e estágio 5: TFG < 15. Essa classificação permite o manejo adequado do paciente renal crônico pelos serviços de saúde e referência, ademais, orienta a equipe de saúde quanto ao cuidado a ser dispensado a este. Acometidos de DRC podem ser submetidos à três tipos de tratamentos:

Tratamento conservador; consiste no controle dos fatores de risco envolvidos na progressão da DRC e eventos cardiovasculares em pacientes classificados nos estágios de 1 a 3 (NERBASS, 2007 apud GRICIO; KUSUMOTA; CÂNDIDO, 2009);

Tratamento pré-dialítico; direcionado a pacientes inclusos nos estágios 4 e 5-ND (não dialíticos), visando a otimização das ações implementadas no tratamento conservador e prepara-los para o ingresso em alguma modalidade de terapia renal substitutiva (TRS), tendo em vista a progressão da doença. As condições e implicações dessa etapa do tratamento são discutidas e acordadas com o paciente e seus familiares, sendo

considerados aspectos clínico-hospitalares e subjetivos do paciente (PACHECO; SANTOS, 2005), ressaltando que esta última é objeto de discussão neste estudo.

Terapia renal substitutiva; indicada para pacientes cuja TFG equivalente 15% ou menos da funcionalidade de rim saudável podendo chegar até a falência renal total. Os métodos utilizados nesse tipo de tratamento objetivam a substituição da função renal (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007 apud Pecoits; Ribeiro, 2014). Pacientes nessa condição necessitam de acompanhamento nefrológico específico e de equipe de saúde multidisciplinar, que precisa incluir a presença do psicólogo visando o atendimento aos aspectos subjetivos peculiares às pessoas com DRC. Existem três modalidades de TRS, a saber: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal.

Na diálise peritoneal, as toxinas e o excesso de líquidos presentes no sangue são captados pela solução dialítica introduzida na cavidade peritoneal via cateter implantado, e expelidos para fora do corpo pela drenagem da substância injetada. Este processo pode ser do tipo ambulatorial contínuo, realizado pelo próprio paciente ou parente que efetua de quatro a cinco trocas diárias de líquidos; ou automático, em ambiente hospitalar por meio de máquina cicladora que efetua de três a cinco drenagens de líquidos enquanto o paciente dorme. Já a hemodiálise, acontece em clínica especializada onde são realizadas cerca de três sessões por semana, com duração média de quatro horas cada. O paciente é ligado à máquina de diálise por um acesso vascular, que pode ser um cateter venoso central ou fístula arteriovenosa, que filtra artificialmente e o devolve ao corpo do paciente (DAUGIRDAS; BLAKE, 2007 apud Pecoits; Ribeiro, 2014).

O transplante renal consiste na substituição do rim lesionado do receptor pelo órgão saudável do doador compatível que pode ser uma pessoa viva, geralmente pertencente ao ciclo familiar do paciente, ou falecida, mediante constatação de morte encefálica e prévia autorização da família. A fim de evitar a rejeição do órgão implantado e aumentar a sobrevida do enxerto é utilizada a administração periódica de imunossupressores. Apesar de ser considerado o tratamento mais eficiente por possibilitar significativa melhora na qualidade de vida integral do paciente, a extensa fila de espera pelo transplante, sobretudo no Brasil, tende a prejudicar significativamente a saúde psíquica desses sujeitos, potencializando o surgimento de outros problemas de ordem psicológica (PESTANA, 2014).

As políticas públicas voltadas para a DRC contemplam desde ações preventivas à prestação de serviços de alta complexidade. Pacientes inclusos nos estágios de 1 ao 3 são cuidados na atenção básica e nos estágios 4 e 5 na atenção especializada (BRASIL, 2014). Entretanto, os aparelhos existentes no Estado não são suficientes para atender à crescente demanda, sendo necessária, a contratação de serviços de saúde privados.

O relatório anual da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) revelou que somente em 2016 foram contabilizados cento e vinte e dois mil oitocentos e vinte e cinco pacientes em algum tipo de TRS. Os resultados mostraram que 8,6% desses submetiam-se em diálise peritoneal e 4,65% receberam transplante, o restante estava em tratamento hemodialítico.

A taxa de mortalidade bruta neste mesmo ano foi de 18,2% Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2017).

A disposição das unidades especializadas em nefrologia se dá da seguinte maneira: cerca de 70% pertencem à iniciativa privada, 21% à filantropia e apenas 10% à rede pública de saúde. Entretanto, Sesso et al (2017), destacam que a maior parte dos tratamentos é custeado pelo SUS por meio de reembolsos a paciente usuários da saúde suplementar e contratação de serviços de saúde complementar. Um novo relatório da SBN apurou que em média 85% do custo com TRS é financiado pelo SUS, gerando uma despesa anual que ultrapassou dois bilhões de reais (SBN, 2018).

Os critérios para o cuidado ao paciente renal crônico (PRC) na rede pública de saúde foram definidos pela portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Contudo, em 2017 a portaria sofreu alterações dando lugar a um novo documento, a portaria nº 1.675 de 7 de julho de 2018 (BRASIL, 2018).

No entanto, a SBN criticou duramente a forma com que a nova portaria aborda alguns aspectos do cuidado ao PRC como, por exemplo; a relação profissional/paciente, que fixa números mínimos de pacientes para cada profissional, mas não estabelece obrigatoriedade para o cumprimento da lei, deixando a critério de cada serviço a contratação dos profissionais. Apesar de o texto estabelecer que a equipe multidisciplinar para o atendimento ambulatorial especializado deve ser constituída por médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social, não há critério quanto à relação quantitativa de pacientes/profissionais no que se refere a estes dois últimos profissionais (SBN, 2018).

Nas devidas proporções, tanto a assistência social quanto a psicologia são relevantes ao atendimento ambulatorial especializado em DRC. As mudanças decorrentes de sua condição de saúde afetam significativamente a vida do PRC, principalmente no tocante aos processos dialíticos, pelas limitações impostas pelo tratamento impactam profundamente a vida laboral, familiar e psíquica destes pacientes.

O sofrimento não se limita apenas aos pacientes, mas costuma estender-se aos familiares e equipes de saúde envolvidas. Daí a necessidade de acolhimento e de propostas de projeto singular de atenção à saúde aos afetados pela problemática. Contudo, este estudo se restringe a compreensão do sofrimento das pessoas acometidas pelo diagnóstico de DRC não havendo pretensão de ampliar a análise para os outros grupos de sujeitos impactados pela problemática da DRC.

A atuação no contexto hospitalar ainda é um grande desafio para a psicologia, sobretudo, no âmbito da saúde pública. Existem muitas limitações no que se refere à práxis desse profissional, além da ausência de uma legislação específica que trate do assunto. Todavia, a flexibilização da atuação do profissional psicólogo no setor, possibilita a elaboração de modelos de intervenções que o aproxima de um cenário de atuação mais adequado (MATURANA; CALLEGARI; SCHIAVON, 2016).

Outra dificuldade encontrada é a realização de uma abordagem multidisciplinar conforme previsto na portaria 1.675. Muitas equipes de saúde ainda mantêm uma comunicação deficiente e boa parte dos profissionais atua de forma individualizada e fechada. O trabalho da equipe de saúde precisa transcender a conotação reducionista de apropriação exclusiva do conhecimento pelo profissional de saúde, e, caminhar em direção ao entrelaçamento dos saberes. De modo que, ao mesmo passo que cada profissional ocupa e dá conta do seu espaço no ambiente hospitalar, também se abra para a troca de conhecimentos com outros profissionais a fim de facilitar a elaboração de uma intervenção mais eficaz.

Logo, a equipe de saúde precisa se apropriar da noção de clínica ampliada e compartilhada tal qual propõem Campos e Amaral (2007), em que o olhar dos profissionais de saúde vá além da doença ou da cura e contemple também, e ao mesmo tempo, o sujeito adoecido, considerando os fatores subjetivos e psicossociais, além dos aspectos físicos que são amplamente abordados pelas equipes de saúde e estudo. Nesse sentido, reiteramos a importância deste trabalho que propõe um olhar ampliado que visa a qualidade de vida desse sujeito, colocando-o na cena deste adoecimento e reconhecendo a forma peculiar com que cada um lida com sua angústia.

No que tange à qualidade de vida, boa parte dos diagnosticados concebem a ideia de estar sentenciado à morte, principalmente aqueles cujas possibilidades de transplante são mais difíceis (GONÇALVES, 2012).

As perspectivas do paciente agregadas a atenção global recebida tanto de familiares e amigos quanto da equipe de saúde, faz com que este elabore “caminhos de esperança e desesperança em sua trajetória no processo de adoecer e na relação com o mundo” (CASTRO, 2009 apud GONÇALVES, 2012, p. 13). A autora chama a atenção para a ocorrência da discussão sobre o tema “morte” em todos os estágios da DRC. Entretanto, para PCR_s submetidos em TRS, uma vez que, não raro, estão mais vulneráveis a angústia, tristeza e desesperança, esse espectro se revela com maior incidência. A finitude está mais factual na realidade desses pacientes, porém, a resposta ao problema é individual e dependerá também de outros fatores, como por exemplo, a posição subjetiva frente à situação.

Em face do exposto, buscou-se com esta pesquisa responder a seguinte questão: De que modo o sentido da vida dado ao paciente renal crônico terminal pode influenciar na maneira com que este lida com a doença? Este estudo objetivou investigar como o PRC em terapia substitutiva significa a própria vida no contexto do adoecimento. Para tal procurou-se identificar os modos com que o PRC lida com a doença; conhecer a concepção de sentido da vida pelo PRC; e, relacionar a concepção de sentido da vida pelo PRC com o modo deste lidar com o adoecimento.

Trata-se de estudo que aborda um tema significativo no campo da saúde, haja vista a crescente incidência da DRC no Brasil. Torna-se ainda mais amplamente relevante pela

ênfase dada aos aspectos subjetivos relacionados ao sujeito acometido pela DRC, já que a abordagem sobre esta ótica, na prática; por vezes, tem sido colocada num plano inferior aos dos aspectos biológicos e fisiológicos do paciente, ou até mesmo negligenciada por esse modelo de cuidado que não inclui como essencial o profissional psicólogo e suas práticas focadas na subjetividade, que visam ampliar o olhar para além da doença alcançando o sujeito que padece.

Isto fica claro na portaria de nº 1.675 de 7 de julho de 2018 (Brasil, 2018) que estabelece a necessidade do psicólogo no cuidado ao PRC, mas não estipula a quantidade de leitos por profissional, resultando numa sobrecarga contingencial que interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados. Essa constatação é frequentemente percebida por psicólogos que atuam neste âmbito quando os próprios pacientes reivindicam a presença destes em trabalhos grupais de escuta terapêutica, mais especificamente, pois, muitos pacientes têm dificuldade para se expressar no leito, isto pode ser atribuído a uma característica pessoal, mas também às condições de tratamento no leito que não lhes reservam nenhuma privacidade.

1.1 O sujeito renal crônico: sua existência e projetos de vida

A maioria das pessoas diagnosticadas de DRC entra em processo sofrimento. Não é raro observar nesses sujeitos a angústia em função da sensação de impotência que tal condição proporciona. As limitações impostas pela doença e tratamento afetam profundamente o funcionamento de suas vidas desde as mais simples rotinas diárias. Tanto a saúde física quanto psíquica tende a ser alterada, além disso, implicações clínicas, aspectos emocionais, sociais, econômicos, restrições alimentares, dentre outras, colaboram para sua desorganização psíquica (SIMONETTI, 2004 apud RESENDE; SANTOS; SOUZA; MARQUES, 2007).

A recuperação do controle do que é possível realizar mesmo estando acometido pela DRC é uma das chaves para um processo de reabilitação do estado de saúde integral, que considera e potencializa atitudes e ações no lidar com a situação de forma contextualizada, porém, em um cenário pouco estimulante. É muito importante que a equipe de saúde entenda esse processo; e que o psicólogo busque tal compreensão a fim de ajudar este paciente a lidar com os vários aspectos pertinentes à doença mantendo-se motivado para a vida e projetos pessoais.

Frankl (1990) evidencia a necessidade de todo ser humano buscar um sentido para a própria vida, e, encontrar um sentido em meio ao sofrimento é altamente relevante para a superação deste. A falta de sentido ao homem leva-o ao desespero, e conseqüentemente, ao vazio existencial. Por mais trágica e dolorosa que seja a situação vivenciada haverá sempre um sentido, e o que definirá se este foi encontrado ou não, será a atitude do sujeito frente a essa condição. “Aquilo que ele se torna - dentro dos limites dos seus dons e do meio ambiente - é ele que faz de si mesmo” (p. 113).

Kübler-Ross (1981), identifica cinco perspectivas que mostram como o ser humano lida com as tragédias. A negação, caracterizada como um mecanismo de defesa psíquico, em que a pessoa busca evitar a realidade vivenciada a fim de burlar as emoções pertinentes ao processo; a raiva, estado em que o sujeito se sente injustiçado e tenta encontrar um culpado; a barganha, o indivíduo entra um processo de negociação a fim de se livrar do problema, lançando mão de promessas como: “serei uma pessoa melhor”; a depressão, fase de sofrimento intenso, comum em casos de perdas extremas, não necessariamente está relacionada à patologia; por fim, a aceitação, que se caracteriza pela visão mais realística que o sujeito lança sobre situação.

É comum pessoas acometidas de adoecimento crônico vivenciarem tais perspectivas, e por vezes, questionam a própria existência. O existencialismo postula a finitude como um fenômeno inerente ao humano. Heidegger (1993) utiliza o termo Dasein, que significa “ser-aí”, para conceber a ideia de homem como um ser lançado no mundo. Na concepção heideggeriana, este “ser-no-mundo” não é completo. Esta não totalidade do ser o coloca aberto às possibilidades do “vir-a-ser” ou “poder-ser” num espaço de temporalidade. Ontologicamente o ser-no-mundo é também ser-para-a-morte: “assim, a morte se converteu como possibilidade própria do Dasein, o ser da realidade humana se define como ser-para-a-morte” (ANGERAMI, 2007, p. 30).

Para Sartre (1997), a morte põe fim a todos os projetos elaborados pelo ser. Nesta visão o homem é o que consegue “ser” em sua existência. Na lógica Sartreana o homem ao nascer não “é”, e vê-se diante das possibilidades que lhe são postas, vindo a se constituir a partir escolhas que faz. É nessa noção de liberdade que reside à angústia humana, pois, liberdade é liberdade para escolher, e; diante das incertezas dessas escolhas e da responsabilidade que terá pelas consequências, instaura-se o sofrimento.

É compreensível que alguns PRC_s fragilizados pelo adoecimento, tratamento e risco de morte, tenham atitudes de negação no sentido pleno da palavra, enquanto outros se mantêm motivados na luta pela sobrevivência: “a morte é, muitas vezes, um processo vital que determina inclusive a própria condição da vida” (ANGERAMI, 2007, p. 30).

1.2 Revisão de literatura

Reis, Guirardello e Campos (2008), analisaram pacientes em tratamento dialítico e evidenciaram circunstâncias como: ausência de perspectiva para o futuro; iminência de morte, relação de dependência da máquina; perda de autonomia; preocupação com colegas sob o mesmo tratamento, etc. A risco iminente de morte para esses pacientes os impede de pensar no futuro e intensifica o nível de ansiedade que pode ser um complicador nesse contexto.

Ao estudar os impactos emocionais do tratamento dialítico na vida do paciente renal crônico, Freitas e Cosmos (2010) evidenciam o papel do psicólogo no ambiente hospitalar. Trabalhar adequadamente os aspectos psíquicos envolvidos na relação paciente/doença

e o vínculo deste com a equipe de saúde pode auxiliar positivamente para o bem-estar do paciente.

Os aspectos psicossociais de doze sujeitos em tratamento dialítico foram descritos por Ibiapina et al (2016). Setimentos de tristeza e revolta foram relatados pelos participantes. A tristeza está diretamente associada à instabilidade e medo no que concerne a esta nova etapa de tratamento, a revolta se dá pela não aceitação da condição de adoecimento crônico.

Para Rudnicki (2014) destacou a importância da adesão ao tratamento dialítico como potencializador de resultados positivos. O estudo apontou a rede de apoio global, e a segurança como fatores estimuladores estratégia de enfrentamento.

Orientar o paciente quanto ao autocuidado foi fundamental para a eficácia da adesão à TRS, não só pelo paciente mais também de seus familiares. Santos, Rocha e Berardinelli (2011) avaliaram como essas orientações, estendidas aos familiares, auxiliaram positivamente os resultados nesse processo. Os autores concluíram que esclarecimentos acerca da doença e formas de enfrentamento, possibilitaram maior comprometimento dos atores envolvidos.

A relação de jovens acometidos de DRC em contexto de TRS foi estudada por Carvalho, Moreira e Nunes (2012). Percebeu-se que há falta de informação sobre a doença e sua complexidade. Estágios de pesar como: raiva, barganha, negação depressão e aceitação foram evidenciadas entre os participantes. Para estes pesquisadores, somente após o movimento de aceitação, os acometidos puderam voltar a sonhar e retomar seu crescimento.

Mediante a exposição dos fatos esta pesquisa justificou-se nas percepções apreendidas nos ambientes de tratamento. Observou-se que o tema “morte” é frequente entre PRC, e parece exercer certa influência quanto à adesão ao tratamento. Espera-se que os resultados deste estudo fomentem na comunidade acadêmica em direção a novas pesquisas acerca desta temática, e contribua com as equipes de saúde na elaboração de novas estratégias de intervenção junto a estes pacientes. De igual modo almeja-se que as reflexões produzidas nesse estudo auxiliem ao PRC quanto à ressignificação da própria existência e melhoria de sua qualidade de vida.

2 | MATERIAIS E MÉTODO

Esta pesquisa é de caráter qualitativo descritivo, fundamentada teoricamente na abordagem existencialista. Como objetivo principal buscou-se compreender se o sentido da vida do modo como é percebido pelo paciente renal crônico influencia na maneira deste lidar com a doença. O método de investigação fenomenológico permitiu resgatar os significados atribuídos pelos sujeitos ao objeto de estudo. A pesquisa qualitativa descritiva tem por particularidade “a descrição das características de determinada população ou

fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2009, p. 28). Este estudo foi realizado em uma instituição que presta serviços médico-hospitalares no setor privado com especialidade em nefrologia na região da Grande Vitória/ES e que recebe paciente, tanto da rede privada quanto da rede pública de saúde.

Os participantes foram selecionados por acessibilidade. De acordo com Gil (2009), esse tipo de amostra não probabilística dispensa qualquer rigor estatístico. Inicialmente o grupo amostral foi constituído por 19 pacientes renais crônicos em TRS. Participaram efetivamente desta pesquisa 10 pacientes, tendo em vista a desistência de nove, por motivos variados como: não comparecimento no horário marcado para a coleta de dados. O tempo de diagnosticado entre os participantes variou de 1 a 10 anos, todos se encontravam em tratamento hemodialítico no mínimo há 30 dias e no máximo há 9 anos. Apenas participante já havia sido submetido a outro tipo de TRS, a saber, diálise peritoneal ambulatorial contínua.

As características sociodemográficas dos leitos da amostra foram: do total de participantes 50% se declararam do sexo feminino e 50% masculino. A faixa etária registrada foi de 22 a 84 anos de idade; 60% se declararam católico e 40% protestante. Metade dos participantes declarou-se solteiro, o restante se dividiu entre 30% casados e 20% separados ou viúvos. Todos possuíam casa própria, 80% moravam com suas famílias enquanto 20% sozinhos. 40% da amostra informou possuir de 1 a 3 filhos, 20% de 4 a 8, o restante relatou não ter filhos. Quanto à escolaridade, 60% cursaram ou estava cursando ensino superior, os outros 40%, ensino fundamental e médio. Apenas um participante se mantém em atividade laborativa, os demais estão aposentados ou recebem algum outro tipo de benefício do governo. 50% declarou renda familiar superior 5 salários mínimos, 30% margearam entre 3 e 5, e, 20% até 2 salários.

O instrumento de coleta de dados foi a técnica de grupo focal de formação homogênea, cujos “membros são similares nas dimensões essenciais com respeito à questão da pesquisa” (FLICK, 2012, p. 120). A escolha dessa técnica justificou-se na complexidade do tema proposto neste estudo, por se tratar de um assunto pouco explorado e que requereria respostas de cunho subjetivo de seus participantes. O grupo focal permite atingir níveis de reflexão que métodos convencionais de coleta de dados não permitem. Sua perspectiva dialética possibilita a troca de experiências entre os participantes, em que cada um tem liberdade para expor seu ponto de vista a partir das discussões geradas por meio de subtemas disparadores. O tema central tende a ser mais problematizado permitindo comentários críticos diferentemente do que geralmente ocorre em uma entrevista individualizada ou questionários padronizados (BACKES et al, 2011).

Os dados foram coletados durante o mês de abril de 2019 mediante aprovação da direção da referida instituição. Os participantes foram divididos aleatoriamente em dois grupos, o primeiro grupo composto de seis participantes, e o segundo, quatro. Cada grupo participou de um encontro com duração média de uma hora que ocorreram em datas e

horários distintos no auditório da instituição supracitada. O próprio pesquisador, sob supervisão da professora orientadora da pesquisa, foi o moderador dos encontros que consistiu em uma roda discussão livre onde foi debatido o tema central deste estudo por meio de subtemas disparadores.

Para a análise e interpretação dos dados se fez necessário filmar, gravar e transcrever os encontros na íntegra. Posteriormente, foi efetuada uma leitura minuciosa dos dados objetivando uma compreensão integral. Em seguida uma nova leitura permitiu a identificação das unidades de sentido, que depois descobertos seus significados, foram destacadas em grau de relevância aos objetivos desta pesquisa. As unidades de sentidos foram agrupadas por similaridade e analisadas sob o viés da abordagem Existencial.

Os aspectos éticos foram contemplados nesta pesquisa conforme a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Os sujeitos da amostra depois de lerem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, participaram desta pesquisa voluntariamente. Para garantir sigilo e anonimato dos participantes, foram utilizadas as nomenclaturas “E1 a E6” para os participantes do primeiro grupo, e, “R1 a R4” para os do segundo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização dos grupos focais nos permitiu observar e escutar de forma qualificada e criteriosa os participantes, sendo possível destacar categorias para uma análise mais detalhada e focada nos objetivos do estudo. Os subtemas disparadores foram muito importantes e funcionaram como facilitadores para a participação ativa dos sujeitos nos grupos. Quanto a forma de os pacientes lidarem com a doença, foram identificadas as seguintes categorias: suporte familiar, aceitação/negação e religião/espiritualidade. Na sequência foi explanado acerca do sentido da vida na perspectiva do PRC e sentido da vida como potência para lidar com a DRC.

3.1 Suporte familiar

Os relatos retratam as dificuldades nos momentos iniciais quando o diagnóstico é comunicado ao paciente e seus familiares. Foi possível observar impactos psíquicos subsequentes; bem como limitações físicas e sociais impostas pela doença. Verificou-se, que o auxílio da família foi fundamental para uma possível reorganização emocional, conforme o relato que se segue: “Minha família graças a Deus eles apoiam muito, tenho recebido muito apoio da família [...]” (E4).

Para o existencialismo, cada ser humano é singular e responsável por suas ações, contudo, está inserido num campo social relacionando-se com o outro e com o mundo. Nesse processo relacional, o sujeito tende a afetar o contexto à sua volta ao mesmo tempo

em que é afetado por ele, de modo que, suas vivências sempre serão atravessadas pela do “outro”. A apreensão dos significados resultantes dessa correlação será determinante ao projeto existencial de cada sujeito, sendo a família, o principal grupo social estruturante deste (SARTRE, 1987).

Nesta mesma direção, a psicologia compreende a família como primeiro ambiente psicossocial contribuinte para o desenvolvimento da personalidade humana, local onde ocorrem os contatos iniciais com a sensação de pertencimento pelos indivíduos. Suas características principais são: os fortes laços de afeto estabelecidos, o compromisso mútuo e a permanência duradoura de seus membros (MACEDO, 2013).

Atkinson e Murray (2010) destacam a ocorrência de dois extremos na dinâmica familiar: a unificação de seus membros, como mecanismo de defesa e proteção; ou, o afastamento destes. No primeiro caso, os laços afetivos são fortalecidos, sentimentos de carinho, amor e cuidado tornam-se mais evidentes, adequações no *modus vivendi* grupal e prioridades são estabelecidas objetivando a melhora da qualidade de vida do acometido e sobrevivência do grupo. No segundo, o afastamento dos membros e a falta de apoio familiar podem intensificar o sentimento de angústia vivenciado pelo PCR. Muitos pacientes, ainda que fisicamente próximos de sua parentela, experienciam a sensação de isolamento e solidão pela impossibilidade de partilha de sua carga emocional, potencializando o surgimento de sentimentos como medo, e tristeza (CECÍLIO; DE ARRUDA; MARCON, 2015).

É fundamental que a equipe de saúde, quando oportuno, insira a família no processo terapêutico. Inúmeras são as possibilidades terapêuticas decorrentes da interação entre profissionais de saúde e familiares de pacientes, tendo em conta, a especificidade de cada caso. Todavia, deve-se atentar para que os níveis estressores pertinentes ao processo terapêutico não tornem a relação equipe de saúde/família, ruidosa.

A família tem um papel relevante no que se refere processo terapêutico do PCR, sendo assim: ter empatia, prover espaço para escuta, acolher as demandas familiares decorrentes do processo de tratamento, esclarecer de dúvidas, e; fornecer de informações necessárias sobre a doença e tratamento; são ações importantes para o estabelecimento do vínculo e fortalecimento da relação de confiança entre as partes, porém, isto somente é possível quando a equipe de saúde se prepara devidamente para lidar com esta problemática (OLIVEIRA; SOMMERMAM, 2012 apud SALGADO; BRANCO; MACHADO, 2016).

3.2 Aceitação/negação

Para Resende et al. (2007), o modo com que cada sujeito vivencia suas experiências é também um modo de dar sentido à própria vida. Isto ficou evidente pela observação de que cada participante possui um modo peculiar de lidar com a doença. Alguns por meio da aceitação, encarando a adesão ao tratamento como possibilidade de melhorar sua

qualidade de vida, outros pela negação dos sinais e sintomas como forma de burlar o sofrimento, ainda que a adesão ao tratamento seja efetiva.

A angústia, na visão existencialista, transcende a conceituação simplória de associações com intercorrências dolorosas e transitórias ao ser humano como, por exemplo, o adoecimento. Angerami (2007), ao citar Kiekgaard, Heidegger e Sartre, ressalta que a angústia é inerente a todo ser humano e a classifica em três tipos que se ligam entre si: angústia de ser, angústia do aqui-agora e angústia da liberdade.

Essa última, no tocante a este estudo, relaciona-se diretamente com a ação humana no sentido de mover-se, posicionar-se e escolher; e ao aperceber-se sozinho, tendo que posicionar-se ante as possibilidades que lhe são dadas, se angustia. É nesse movimento que reside à liberdade humana, ou seja, tornar-se consciente de suas limitações e potencialidades se responsabilizando pelas escolhas que faz; quer seja negando-as, quer seja aceitando-as.

Agora eu, eu acho assim, eu não tô doente não! Eu não sinto nada, assim, aparentemente eu não sinto nada. Tô indo pra hemodiálise, quando venho, venho porque é obrigado [...] Mas, eu não encaro que eu tô doente, eu estou em tratamento. Não sinto nada Graças a Deus! (E5)

Ao negar tal realidade o referido participante age de forma inautêntica, tomando a ação pela ação – adesão ao tratamento – e não por um estado de consciência de si, numa clara ocultação da doença. A aceitação para Sartre (1997) se dá pela conscientização da própria realidade, enquanto negação constitui-se em negar-se a si mesmo, uma “nadificação” do ser com o objetivo de ocultação ou fuga da realidade, uma atitude de má-fé conforme o conceito sartreano.

O modo como PCR aceita ou não a condição de adoecimento é determinante para melhora de sua qualidade de vida. Para Kübler-Ross (1981), nem sempre negação é sinônimo de resistência ao tratamento, assim como a aceitação pode significar o oposto do que costumeiramente pensamos. Muitas vezes negação e aceitação são apenas mecanismos que o sujeito se apropria para manter-se equilibrado em situações adversas. De acordo com a autora, o ser humano em situação de tragédia ou perda inclina-se à negação como mecanismo de defesa, esta pode se manifestar de duas maneiras, parcial ou assumida. A negação parcial é também ansiosa e implica num movimento de defesa temporário inicial de resistência à condição, com o passar do tempo tende a dar lugar à aceitação parcial. Na negação assumida o paciente vivencia a irrealidade da doença como forma de burlar a dor ou sofrimento.

Em ambos os casos, a equipe de saúde, sobretudo a psicologia, precisa estar atenta ao mecanismo utilizado pelo paciente buscando compreender e respeitar o modo que este escolheu para lidar com a doença. É preciso fazer diferenciação entre negação como resistência inicial e negação como meio de enfrentamento da doença. De igual modo, aceitação da condição de adoecimento crônico, pode não significar “desistência” da vida,

e sim uma visão mais realística acerca do adoecimento e da perspectiva futura, numa vivência congruente, em que o objetivo primeiro seja a qualidade de vida para si e para os que o cercam, ainda que em fase terminal.

Profissionais despreparados tendem a Intervir de forma inadequada, com base no tecnicismo metódico e tradicionalista que podem agravar a situação do paciente principalmente no que se refere aos mecanismos psíquicos para lidar com a situação: “Isso demonstra a necessidade de examinarmos mais de perto nossas reações no trabalho, pois elas se refletem no comportamento dos pacientes, contribuindo até para seu bem-estar ou sua piora” (KÜBLER-ROSS, 1981, p. 61).

3.3 Religião/espiritualidade

Ao se depararem com as limitações psicossociais decorrentes da doença do tratamento e do drama vivenciado pela perspectiva de finitude da existência, alguns participantes disseram que recorreram à espiritualidade em busca de consolo e esperança; “[...] a gente num tem outra alternativa, a gente tem que aguardar os propósitos de Deus e levar a vida né?” (E4).

Para Madeiro et al (2010), situações de adoecimento grave ou risco iminente de morte tendem a estimular a busca pela espiritualidade, tal fenômeno é atribuído à necessidade de autoconservação, proteção e recompensa. A religiosidade/espiritualidade pode ser utilizada como importante ferramenta no auxílio à adesão ao tratamento. Pacientes com vínculos religiosos costumam aderir ao tratamento, ser mais otimistas, esperançosos, e buscarem melhora da qualidade de vida se comparados aos que não professam a fé espiritual.

Contudo, Pinto e Falcão (2014) chamam a atenção para o fato de que ao mesmo tempo em que a fé religiosa é salutar para a manutenção da motivação do PRC, pode também ser um obstáculo ao tratamento. Quando considerada como único meio de cura, o apego exclusivo à fé e a esperança de um milagre, faz com que este abandone ou se descuide do tratamento clínico.

Acerca da religião e a fé no contexto da saúde/doença, Pargaments (1997 apud SIQUEIRA, 2012) enumeraram três estilos diferentes quanto ao uso da religião na resolução de problemas, a saber: Self-directing (autodiretivo), em que o homem é responsável em solucionar o problema pela liberdade concedida por Deus; Self-deferring (delegante), onde responsabilidade é transferida a Deus unicamente, e; Collaborative (colaborativo), pela ocorrência da colaboração mútua, Deus e o ser humano se empenham para solucionar o problema.

Dentre os estilos supracitados, pode-se inferir que o self-deferring (delegante) seria o menos adequado, pois, na maioria das vezes desestimula a adesão ao tratamento. Tal pensamento vai ao encontro da crítica Sartreana à religiosidade, sobretudo a cristã, que diante da angústia da liberdade, “inventa Deus” para se eximir da responsabilidade da escolha:

“Pensamos que o problema não é o da sua existência [Deus]; é preciso que o homem se reencontre e se convença de que nada pode salvá-lo dele próprio [...]. Nesse sentido, o existencialismo é uma doutrina da ação” (SARTRE, 1987, p. 22, 23).

Não há como negar ocorrência do fenômeno religião no contexto do DRC, mas cuidado, que a atuação do profissional psicólogo inserido nesse contexto precisa ser empática e isenta de julgamento de valores, procurando compreender o paciente do lugar onde este se encontra. Outrossim, a humanização do atendimento em superação do modelo biomédico, implica na consideração das dimensões subjetivas e aspectos psicossociais pertinentes a cada sujeito.

Neste caso, alerta-se para compreensão das implicações do fenômeno da religião no contexto do adoecimento crônico, ou seja, se este contribui para a adesão efetiva ao tratamento, ou se está funcionando como um mecanismo de defesa que induz o sujeito à negação e com isso prejudica a adesão ao tratamento, ou, favorece a ocorrência de uma aceitação passiva em que o sujeito se entrega a uma situação que não é possível mudar, senão, através de uma força superior, no caso Deus.

3.4 O sentido da vida na perspectiva do PRC

Acerca deste subtema disparador, as respostas foram variadas. Cada participante relacionou significações particularizadas. Pôde ser percebido forte influência de fatores subjetivos e valores pessoais. Sentimentos como: vontade de viver; amor a si próprio; felicidade; satisfação pessoal; e consciência da realidade, foram diretamente relacionados à temática. Na maioria dos relatos, a concepção dos participantes circundou uma perspectiva presente-futuro, em que, a ação no presente está sob a expectativa de realizações futuras, bem como a percepção da temporalidade humana.

Barbosa, Francisco e Efken (2008), salientam que o sujeito num contexto de adoecimento costuma perceber a doença como um “grande golpe do destino” (p.34). Segundo estes autores, diante da perspectiva da morte o paciente propende a pensar sobre seu passado e a questionar acerca do que fizera, está fazendo e poderia ter feito em sua vida. Sentimentos como: medo, incerteza e angústia permeiam o sujeito, que terá, ante a irreversibilidade da condição, de posicionar-se, seja de forma autêntica ou inautêntica.

De acordo com Heidegger (1978) a morte é algo inerente e inseparável da existência, portanto; o DASEIN (ser-aí) é também “ser-para-a-morte”. É nessa angustia existencial que o homem consciente da realidade de “ser-para-a-morte” vislumbra também o “não ser”, no sentido de incompletude, pendência, de um ainda “pode- ser”. Essa definição se dará por meio do posicionamento inautêntico em que o sujeito foge de sua condição existencial de ser-para-a-morte, negando-a e negando a si mesmo, estagnando ou dando fim a seu projeto de vida; ou autêntico, em que o homem assume tal realidade e a significa como motor que impulsiona para retomada do crescimento pela abertura de novas possibilidades.

Para Heidegger (1993) “a angústia singulariza a presença em seu próprio “ser-no-mundo” que, na compreensão, se projeta essencialmente para as possibilidades.” (p. 251).

Daí a importância observada por Frankl (1999), de o homem encontrar um sentido para a própria vida, mesmo em meio ao sofrimento e angústia. Para este autor, a todo o momento e em toda parte a pessoa é confrontada pela decisão de modificar a condição de sofrimento em projeto de realização existencial. Ao encontrar um sentido na vida o sujeito tende a enxergar novas perspectivas que o ajudarão a enfrentar e se adaptar melhor às situações de fragilidade, quer sejam de ordem físicas ou psíquicas, (FREIRE; RESENDE; SOMMERHALDER, 2000).

Assim sendo, é fundamental que o psicólogo no contexto hospitalar auxilie ao paciente na busca pelo sentido, de modo que este ressignifique possibilidades que se seguem ao diagnóstico. A psicologia, nesse sentido, tem muito a contribuir para a reorganização emocional e crescimento pessoal considerando os aspectos subjetivos de cada sujeito.

3.5 O sentido da vida como potencia para lidar com a DRC

Os resultados desse subtópico revelam que os pacientes que encontraram algum sentido em meio ao sofrimento, alimentam sentimentos de esperança, otimismo e segurança. Opostamente, àqueles com dificuldade para tal, sentem-se inseguros, frustrados e temerosos quanto ao futuro.

Uns se apropriam de lições positivas e consegue retomar o crescimento pessoal, outros se revoltam e entram em desespero. No que se refere ao desespero, Frankl (1990) o diferencia da dor propriamente dita, pois “uma dor, uma doença pode ser incurável; mas o paciente só se desespera quando não pode ver qualquer sentido no sofrimento” (p.39).

Para o existencialismo, o homem existe por meio de suas realizações e não por sua própria vida pura e simples, pois não há sentido para a vida enquanto existência única e isolada, logo, essa consciência o conduz à busca desse sentido, e para tal, necessitará de realizações afetivas, profissionais, emocionais, ou de qualquer outra natureza (ANGERAMI, 2007), do contrário tende a mergulhar em um vazio existencial:

Eu, num tenho esperança de ser transplantado, porque, a minha idade já tá bem avançada, estou com 78 anos, acho pra mim, que não convém eu submeter a essa cirurgia, entendeu? [...] no meu modo de pensar, tá quase no fim da etapa né? Num sei se é vantajoso nem pra mim nem pra ninguém se submeter a uma cirurgia dessa, sabendo que a idade da gente é o prazo 80, [...] é difícil, eu acho né. (E3)

Este depoimento exemplifica como participantes se sentem desmotivados por não encontrarem um sentido em meio ao. Tal fato corrobora com a não adesão ao tratamento ou uma adesão superficial. Nota-se que a desesperança e solidão fazem parte do discurso desses pacientes, que parecem vivenciar o adoecimento de modo incongruente, pois, ao mesmo tempo em que se submetem ao tratamento não estão efetivamente comprometidos

com ele. Para Frankl (1990) uma doença, por mais severa que seja, não deva ser sinônimo de perda ou empobrecimento de sentido, e, pode às vezes, dependendo de como é vivenciada, significar ganho.+

O papel da psicologia, portanto, é ajudar o sujeito a refletir e resguinificar sua existência enquanto “ser-no-mundo”, munindo-o de ferramentas que lhe permita agir ao encontro do que lhe é significativo, ou seja, a busca de um sentido. Conforme preconiza o existencialismo, cada sujeito é responsável em construir seu caminho e escrever sua própria história a partir das escolhas que faz. Como afirma Angerami (2003), “o paciente é visto enquanto totalidade senso perceptiva e não como um ser dicotomizado em diversas partes que muitas vezes nem sequer se tocam ainda que tangencialmente” (pág. 94). Em suma, a promoção do autoconhecimento ajudará o paciente a se movimentar em direção ao autocrescimento.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As limitações psicossociais decorrentes do adoecimento e tratamento, na maioria dos casos, fragiliza seriamente a vida dos acometidos. Os modos adaptativos à condição de DRC se dão de forma particularizada para cada sujeito e tem relação direta com os processos de subjetivação de cada um. Observou-se uma multiplicidade de estratégias utilizadas pelos pacientes para lidar com a doença, tais como: busca de apoio familiar, posturas de aceitação ou negação, e apego à fé.

No caso do apoio familiar, os laços afetivos, a reciprocidade de sentimentos como amor, carinho, afeto entre seus membros, foram citados como fatores motivacionais importantes para a continuidade da vida. Observou-se que pacientes privados do apoio familiar apresentaram dificuldades para superar seu estado de angustia frente ao adoecimento. A aceitação vivenciada por alguns participantes foi resultante de uma consciência que os levaram a agir com responsabilidade e a assumir o protagonismo de suas próprias histórias. A negação, não necessariamente representou o abandono do tratamento, mas sagrou-se como um mecanismo de defesa contra o sofrimento e a angustia. A religiosidade apareceu como suporte emocional e alimentador a esperança.

Os participantes concebem o sentido da vida relacionando-o a vontade de viver; amor a si próprio; felicidade; satisfação pessoal; e consciências da realidade. Tais concepções relacionam-se à singularidade com que cada sujeito lida com o sofrimento. Encontrar um sentido em meio ao sofrimento motiva o paciente quanto a adesão ao tratamento, aumenta sua qualidade de vida e nutre expectativas quanto ao futuro. Em contrapartida, pessoas com dificuldades na resolução dessa situação mantem um discurso de incerteza, desesperança e vazio existencial.

Longe da generalização dos resultados, contudo, sugere-se uma atuação mais efetiva da psicologia nesse setor, tendo em vista que a DRC afeta o sujeito não só no corpo, mas em

todas as áreas de sua vida. A atuação da psicologia precisa transcender a relação paciente/doença e atentar para as particularidades de cada sujeito, mesmo em um contexto hospitalar. Notou-se que disponibilização de espaços que viabilize escuta individual e coletiva por meio da realização de encontros grupais que permitam a troca intersubjetiva, equipe de saúde/paciente e/ou paciente/paciente, é uma importante ferramenta nestes casos.

Ademais, urge a necessidade da intesificação da capacitação da equipe de saúde, tanto durante o processo de formação, quanto em cursos de especializações livres ou institucionais no que se refere a essa temática, co o intuito de auxiliar o paciente na busca pela retomada de seu crescimento pessoal, na ressignificação da própria existência e na melhora de sua qualidade de vida. Vislumbra-se com isso contribuir para uma melhor compreensão desse assunto e o incentivo a novas pesquisas acerca deste tema.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI, V. A. **Psicoterapia e subjetivação**: uma análise de fenomenologia, emoção e percepção. São Paulo: Thomson, 2003.

ANGERAMI, V. A. **Psicoterapia existencial**. 4 ed. São Paulo: Thomson, 2007.

ATKINSON, L.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan. 2010.

BACKES, D. S. et al. **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas**. O mundo da saúde, v. 35, n. 4, p. 438-4, 2011. Disponível em: <https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf> Acesso em: mar. 2019.

BARBOSA, L. N. F.; FRANCISCO, A. L.; EFKEN, K. H. **Morte e vida**: a dialética humana. Lisboa Portugal: Aletheia, 2008.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 56, n. 2, p.248-253, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000200028>> Acesso em: jan. 2019.

BRASIL, Ministério da saúde. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico, 2014. Disponível em: <https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014_rep.html> Acesso em: mar. 2019.

BRASIL. **Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html> Acesso em abr. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde-CNS. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em abr. 2019.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. DO. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 846-859, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwwzQ865pBS/?lang=pt>> Acesso em: abr. 2019.

CARVALHO, M. F. DE; MOREIRA, M. R. C.; NUNES, C. M. Estágios do pesar nos discursos de jovens em tratamento renal substitutivo. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 2, p. 203-208, 2012. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4052>> Acesso em: mar. 2012.

CECÍLIO, H. P. M.; DE ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. A dependência do cuidado familiar na perspectiva do doente crônico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**. v. 7, (n. 4, p. 3305-3316, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750948013.pdf>> Acesso em: marc. 2019.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. São Paulo: Penso Editora, 2012.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**. São Paulo: Vozes, 1999.

FRANKL, V. E. **A questão do sentido em psicoterapia**. São Paulo: Papirus, 1990.

FREIRE, S. A.; RESENDE, M. C.; SOMMERHALDER, C. Sentido de vida – indagações e perspectivas psicológicas. **Cadernos de Psicologia da SBP**. v. 1, n. 1, p.11-18, 2000. Disponível em: <<http://www.cadernosdepsicologia.org.br/index.php/cadernos/article/view/51>> Acesso em: mai. 2019.

FREITAS, P. P. W. DE; COSMO, M. Atuação do Psicólogo em Hemodiálise. **Rev. SBPH**. v. 13, n. 1, p. 19-32, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100003> Acesso em: set. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, C. S. As representações sociais sobre a doença renal crônica. Dissertação de Mestrado, **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, Universidade Federal do Paraná, 2012. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Caroline%20Gon%C3%A7alves.pdf>> Acesso em: mar. 2019.

GRICIO T. C.; KUSUMOTA L.; CÂNDIDO M. L. Percepções e conhecimentos de pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador. **Rev. Eletr. Enferm**, 2009. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33242/17580>> Acesso em: abr. 2018.

HEIDEGGER, M. **Introdução à Metafísica**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. v. I e II. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

IBIAPINA, A. R. S. et al. Aspectos Psicossociais do Paciente Renal Crônico em Terapia Hemodialítica. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/924/553>> Acesso em: mar. 2018

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 1 ed. Tradução Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

MACEDO, R. M. A família do ponto de vista psicológico: lugar seguro para crescer? **Cadernos de Pesquisa**. v. 91, p. 62-68. 2013. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/877/883>> Acesso em: mai. 2019.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm**. v. 23, n. 4, p.546-51, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>> Acesso em: jan. 2019.

MATURANA, A. P. P. M.; CALLEGARI, B.; SCHIAVON, V. Atuação do psicólogo hospitalar na insuficiência renal crônica. **Psicologia Hospitalar**. v. 14, n. 1, p. 94-116, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100006> Acesso em: dez. 2019.

PACHECO, G. S.; SANTOS, I. DOS. Cuidar de cliente em tratamento conservador para doença renal crônica: apropriação da teoria de orem. **Rev. enferm. UERJ**. v. 13, n. 2, p. 257-262, 2005. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-413376>> acesso em: out. 2019.

PECOITS, R. F. S.; RIBEIRO, S. C. **Modalidades de terapia renal substitutiva: hemodiálise e diálise peritoneal**. São Luís: UNASUS/UFMA, 2014.

PESTANA, J. O. M. DE A. (org). **Transplante renal**. São Luís: UNASUS/UFMA, 2014.

PINTO, A. N.; FALCÃO, E. B. M. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. **Rev. bras. educ. méd**. v. 38, n. 1, p. 38-46, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000100006&script=sci_abstract&tling=pt> Acesso em: nov. 2019.

REIS, C. K. DOS; GUIRARDELLO, E. B.; CAMPOS, C. J. G. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Rev. bras. enferm**. v. 61, n. 3, p. 336-341, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300010&script=sci_abstract&tling=pt> Acesso em: nov. 2019.

RESENDE, M. G. et al. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. **Psicol. clín.**, Rio de Janeiro. v. 9; n.9, p. 87-99, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-56652007000200007>> Acesso em: mai. 2019.

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**. v. 7, n. 1, p. 105-116, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822014000100011&tling=pt&nrm=iso> acesso em: out. 2019.

SALGADO, C. L.; BRANCO, M. M. M. C.; MACHADO, P. M. A. **A família no processo de cuidar do paciente com doença renal crônica**. 1 ed. São Luiz, EDUFMA, 2016.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, V. 64, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200018> acesso em: jan. 2019.

SARTRE, J. P. **Questão de método**. In Coleção Os pensadores. 3 ed. p. 109-191. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

SARTRE, J. P. **O Ser e o Nada**: Ensaio de Antologia. Petrópolis: Vozes, 1997.

SESSO, R. C. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **J. Bras. Nefrol.** v. 39, n. 3, p.261-266, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf > Acesso em: jan. 2019.

SETTE, L.; TITAN, S.; ABENSUR, H. **Princípios básicos de nefrologia**. São Paulo: Artmed, 2013.

SIQUEIRA, M. P. M. **Enfrentamento religioso em situações de sofrimento**. Dissertação de mestrado. Puc. São Paulo, 2012. Disponível: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15128>> acesso em: dez. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2017**, São Paulo. v. 39, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf> Acesso em: nov. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **SBN Informa, Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia**, v. 25, n. 114, 2018. Disponível em: <<https://arquivos.sbn.org.br/uploads/sbninforma114-2.pdf>> Acesso em: jan. 2019.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aceitação e compromisso 110

Acolhimento 21, 29, 32, 34, 35, 38, 39, 47, 48, 54, 55, 57, 141, 166, 197

Adoecimento psíquico 76, 78

Adolescência 5, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 69, 79, 148, 158

Amadurecimento 1, 2, 4, 5, 7, 21, 25, 27, 28, 30, 36, 37, 38, 39

Apoio 126, 129, 134, 136

Aprendizagem 9, 25, 78, 80, 81, 92, 94, 114, 119, 127, 183, 184, 185, 186, 187, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206

Atividade física 15, 79, 120, 121, 122, 123, 125

C

Calidad de vida 126, 129, 131, 132, 136, 138, 140

Cognição 12, 92, 183, 199

Comportamento antissocial 9, 10, 13

Conjugabilidade 152

Constituição psíquica 3, 43, 45, 46

Crenças nucleares 110

Crianças 3, 4, 10, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 39, 79, 81, 93, 114, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 158, 159, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190

Criatividade 9, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 23, 27, 35, 37, 39, 95, 143, 144, 198

D

Depressão 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 69, 72, 73, 74, 75, 78, 80, 111, 118, 119, 169, 170

Desarrollo de la capacidad 126

Desenvolvimento 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 36, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 57, 67, 72, 76, 77, 81, 82, 83, 110, 113, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 127, 141, 142, 143, 144, 148, 152, 153, 154, 157, 158, 159, 160, 173, 183, 184, 185, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 209

Determinante social 76

Distorções cognitivas 110, 111, 116

Divórcio 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162

E

Efeitos da separação 152

Emoções 5, 24, 101, 102, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 114, 116, 117, 119, 143, 149, 169, 184

Escola 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 29, 58, 60, 89, 91, 122, 127, 148, 161, 183, 185, 194

Escuela inclusiva 126

Existencialismo 101, 118, 169, 172, 176, 177, 178

F

Formação continuada 10, 192, 193, 194, 195, 203, 205, 206

H

Habilidades motoras 121, 122, 123

Hospital 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 89, 164, 180

I

Imperativo hedonista 101, 102, 108

Infantojuvenil 1, 2

Interação social 24, 115, 121, 125

Intervenção 21, 22, 29, 30, 32, 52, 53, 54, 57, 79, 95, 123, 124, 143, 170, 183, 185, 187, 188, 189, 190, 191

M

Melancolia 47, 49, 55, 57, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75

O

Objeto-transicional 21

P

Parentalidade 152, 153, 160

Persuasão 84, 85, 93, 94, 96, 97

Pertencimento 18, 62, 68, 110, 111, 173, 198, 204, 205

Presença do analista 51, 57

Processos terapêuticos 84

Proteção social 6, 76, 77, 78, 82, 83

Psicanálise 1, 19, 21, 23, 25, 43, 45, 46, 49, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 90, 118, 209

Psicologia 5, 21, 23, 43, 49, 51, 57, 58, 59, 60, 73, 74, 75, 83, 84, 85, 87, 92, 101, 102, 112,

118, 119, 145, 160, 161, 162, 163, 166, 173, 174, 177, 178, 179, 180, 181, 190, 192, 193, 194, 195, 203, 205, 206, 209

Psicologia hospitalar 51, 57, 58, 181

Psicossociologia cognitiva 84

R

Relação familiar 1, 2, 3

Relações sociais 7, 84, 112, 115

S

Sedução 84, 85, 96, 98

Sentido da vida 163, 167, 170, 172, 176, 177, 178

Separação conjugal 152, 154, 158, 159, 160, 161

Sono 120, 121, 122, 123, 124, 148

Suicídio 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75

T

TDAH 183, 184, 185, 187, 188, 189, 190, 191

Técnicas terapêuticas 141

Teoria dos schemas 84, 91, 92

Terapia renal substitutiva 163, 164, 165, 181

Transhumanismo 101, 102, 105, 107

Transtorno do espectro autista 21, 22, 23, 24, 120, 121, 123, 125, 185

Trastorno del espectro del autismo 126, 127, 138

V

Vínculo 5, 21, 22, 26, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 81, 86, 89, 114, 157, 170, 173

W

Winnicott 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 39, 40

A psicologia no Brasil: Teoria e pesquisa

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



A psicologia no Brasil: Teoria e pesquisa

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

